

REVISTA
**MIGRACIONES
INTERNACIONALES**

REFLEXIONES DESDE ARGENTINA

NÚMERO ESPECIAL - EMERGENCIA POR COVID-19

06.

MAUREEN BIRMINGHAM
ALEXANDRE CLAUDON DE VERNISY
DIEGO TIPPING
KAREN CARPIO
AZUL PICÓN
GEORGINA STICCO
AMANDA HUERTA MORÁN

AÑO 04

CRÉDITOS

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (OIM)

Oficina País para Argentina
Gabriela Fernández, Jefa de Oficina

DIRECCIÓN

Gabriela Fernández

AUTORES

Maureen Birmingham
Alexandre Claudon de Vernisy
Diego Tipping
Karen Carpio
Georgina Sticco
Azul Picón
Amanda Huerta Morán

REVISIÓN DE CONTENIDOS

Carla Gerber

DISEÑO DE TAPAS E INTERIORES

Florencia Zamorano

Las opiniones expresadas en las publicaciones de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) corresponden a los autores y no reflejan necesariamente las de la OIM. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, juicio alguno por parte de la OIM sobre la condición jurídica de ningún país, territorio, ciudad o zona citados, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La OIM está consagrada al principio de que la migración en forma ordenada y en condiciones humanas beneficia a los migrantes y a la sociedad. En su calidad de organismo intergubernamental, la OIM trabaja con sus asociados de la comunidad internacional para: ayudar a encarar los crecientes desafíos que plantea la gestión de la migración; fomentar la comprensión de las cuestiones migratorias; alentar el desarrollo social y económico a través de la migración; y velar por el respeto de la dignidad humana y el bienestar de los migrantes.

Publicado por: Organización Internacional para las Migraciones
Av. Callao 1046 - 2° A
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
C.P. C1023AAQ
Argentina
Tel: +54-11-4815-1035 / 4811-9148
Correo electrónico: iombuenosaires@iom.int
Internet: www.argentina.iom.int/co/

Esta publicación no ha sido editada oficialmente por la OIM.

Esta publicación fue emitida sin la aprobación de la Unidad de Publicaciones de la OIM (PUB).

ISSN 2521-1374

© [2020] Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

Citación: Organización Internacional para las Migraciones (2020), ***Revista Migraciones Internacionales. Reflexiones desde Argentina. N°6***. OIM Argentina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Quedan reservados todos los derechos. La presente publicación no podrá ser reproducida íntegra o parcialmente, ni archivada o transmitida por ningún medio (ya sea electrónico, mecánico, fotocopiado, grabado u otro), sin la autorización previa del editor.

ÍNDICE GENERAL

PRESENTACIÓN	9
01. EL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL, UNA HERRAMIENTA PARA LA SEGURIDAD SANITARIA MUNDIAL Maureen Birmingham	11
02. EL IMPACTO DE LA PANDEMIA SOBRE LA POBLACIÓN MIGRANTE EN LA REPÚBLICA ARGENTINA Alexandre Claudon de Vernisy y Diego Tipping	15
03. POR QUÉ HABLAR DE LA SALUD MENTAL DE MIGRANTES EN MEDIO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 Karen Carpio	31
04. MIGRACIÓN Y GÉNERO EN ARGENTINA EN CONTEXTO DE COVID-19 Azul Picón, Georgina Sticco y Amanda Huerta Morán	45
LOS/AS AUTORES/AS	59

PRESENTACIÓN

En esta ocasión, OIM Argentina presenta el N°6 de la Revista Migraciones Internacionales, Reflexiones desde Argentina. Se trata de un número especial enfocado en los efectos de la pandemia por Covid-19 en la vida de las personas migrantes que residen en la República Argentina.

Dada la excepcionalidad de la situación, este número de la revista también resulta excepcional ya que los autores y las autoras son protagonistas de la respuesta que se está dando, desde Argentina y desde la región, a la situación de la población migrante.

En el primer artículo, la Dra. Maureen Birmingham, representante de OMS/OPS en el país al inicio de la emergencia, nos detalla los puntos fundamentales del Reglamento Sanitario Internacional. Conocer los detalles de dicho instrumento resulta esclarecedor y es importante resaltar la mención a la responsabilidad compartida de los países hacia la seguridad sanitaria mundial como camino necesario para afrontar este desafío en materia de salud pública.

En el segundo artículo, Alexandre Claudon de Vernisy, Jefe de Oficina regional de la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y Diego Tipping, Presidente de Cruz Roja Argentina, nos brindan un detallado análisis de la encuesta realizada por Cruz Roja Argentina a población migrante y refugiada. Aspectos como la situación migratoria, habitacional y laboral son abordados por un actor esencial en la respuesta

a la emergencia, que se encuentra en contacto permanente con la población migrante que solicita asistencia.

En el tercer artículo, Caren Karpio, desde su rol de Oficial Regional de Salud Mental y Asistencia Psicosocial (SMAPS) en la Oficina Regional de OIM para Centroamérica, Norteamérica y el Caribe nos resalta la importancia de tener en cuenta la salud mental de las personas migrantes en la respuesta y recuperación. Se destaca la importancia de garantizar el acceso de las personas migrantes a servicios de salud mental de calidad y bajo costo como un aspecto fundamental para afrontar la crisis generada por la pandemia por Covid-19.

En el cuarto artículo, Azul Picón, Georgina Sticco y Amanda Huerta Morán desde Grow-Género y Trabajo, nos presentan un análisis desde una perspectiva interseccional de cómo el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) afecta diferentes aspectos de la vida de las mujeres migrantes en Argentina. También se incluye un apartado específico sobre la población migrante trans en Argentina, cuyas situaciones de vulnerabilidad específicas resulta fundamental visibilizar. Por último, las autoras realizan recomendaciones que surgen del análisis previo y resultan útiles a la hora de pensar la intervención frente a este colectivo.

OIM Argentina agradece a las autoras y autores por su participación y aporte en un contexto tan apremiante. Nuevamente esperamos que este espacio enriquezca el debate en torno a las respuestas que la población migrante demanda para el adecuado acceso a sus derechos.

Buenos Aires, 31 de agosto de 2020.

EL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL, UNA HERRAMIENTA PARA LA SEGURIDAD SANITARIA MUNDIAL

Dra. Maureen Birmingham

La pandemia por COVID-19 reflejó —una vez más— la importancia que tienen la transparencia y la solidaridad entre países, para la respuesta ante un evento de salud pública con alcance internacional. El Reglamento Sanitario Internacional (RSI o Reglamento) actual constituye la herramienta que en 2005, 196 países, incluidos todos los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), elaboraron y adoptaron como marco común. Según el RSI, los países comparten la responsabilidad hacia la seguridad sanitaria mundial, necesario para enfrentarse a riesgos de salud pública que no conocen de fronteras y modular colectivamente la respuesta sin que las economías sean innecesariamente impactadas negativamente.

Mediante el RSI, los países acordaron desarrollar su capacidad de detectar, evaluar, notificar, y responder, incluido en puntos de entrada, a eventos de salud pública, independientemente de su origen o procedencia, como puede ser el brote de una nueva enfermedad. Para ello, la OMS, se-

gún lo mandado por el Reglamento, apoya, entre otros, a los países en cumplir con su compromiso hacia el fortalecimiento y mantenimiento de esas capacidades. Justamente, asegurar el funcionamiento de los sistemas de detección, notificación, y respuesta de los países es imprescindible dado que, en esta era de globalización, el sistema de salud pública mundial es tan fuerte como su eslabón más débil.

La adopción del RSI actualmente vigente llevó más de 10 años de debates e intercambios entre los países, en los cuales se reconoció que existe un fuerte nexo entre la necesidad de garantizar la seguridad sanitaria mundial y evitar trastornos innecesarios en el tráfico y actividades comerciales internacionales que eventos de salud pública pueden conllevar. El RSI contempla ambos aspectos, haciendo hincapié a su vez en el respeto a los derechos de las personas. El RSI actual representa entonces una herramienta fruto de un extraordinario consenso mundial, cuyas normas son vinculantes para los países, estableciendo obligaciones

tanto para los Estados Partes (los países) como para la OMS.

El Reglamento define el mecanismo de la función de alerta temprana mundial que se basa tanto en la capacidad de detección y notificación de eventos de salud pública de cada país, así como en el monitoreo de múltiples fuentes de información, oficiales y extraoficiales, por parte de la OMS, que, de identificar señales relevantes solicita su verificación al país correspondiente.

Cada evento de salud pública, notificado o verificado, es objeto de una evaluación de riesgo reiterativa realizada conjuntamente por el país y la OMS. El resultado de este proceso de evaluación del riesgo, según lo dispuesto por el RSI, puede resultar en acciones de disseminación de la información sobre un evento de salud pública por parte de la OMS, de despliegue de equipos de respuestas internacionales en el país afectado, y, según el Director General de la OMS lo estime necesario, en la convocatoria de un Comité de Emergencias que asesore al Director General de la OMS sobre si un evento dado, constituye una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). De ser así, es necesario que la OMS emita recomendaciones temporales para orientar la respuesta de los países frente a ese evento.

La ejemplificación de la aplicación del RSI con respecto a la pandemia de COVID-19 es la siguiente. El 31 de diciembre del 2019, a través de fuentes extraoficiales, la OMS tuvo conocimiento de casos de neumonía atípica en la ciudad de Wuhan, República Popular China. El 5 y 12 de enero del 2020 diseminó información sobre este evento a los países y al público. El 22 y 23 de enero del 2020 el Director General, Tedros Ghebreyesus, convocó la

primera reunión del Comité de Emergencias y el 31 de enero del 2020 el mismo Director General convocó la segunda reunión de ese Comité, a raíz de la cual el Director General determinó que la propagación del virus SARS-CoV-2, que causa el COVID-19, constituye una ESPII y emitió las recomendaciones temporales correspondientes. El 11 de marzo del 2020 el Director General declaró el COVID-19 como una pandemia y el 1 de mayo del 2020, a raíz de la tercera reunión del Comité de Emergencias, el Director General emitió recomendaciones temporales actualizadas.

Desde la entrada en vigencia del RSI actual, el 15 de junio del 2007, nueve eventos requirieron que fuera convocado el Comité de Emergencias y seis eventos fueron determinados como ESPII por el Director General de la OMS —Influenza pandémica A/H1N1, Poliomiélitis, Virus del Zika, Virus del Ébola en la África del Oeste, Virus del Ébola en la República Democrática del Congo, y COVID-19—.

Se destaca que países que adopten medidas que exceden aquellas formuladas en las recomendaciones temporales tienen la obligación de notificar a la OMS sobre dichas medidas y de presentar la justificación correspondiente, que la OMS publica según lo dispuesto por el RSI. En el caso de la pandemia de COVID-19 la OMS ha compartido semanalmente dicha información con los Estados Parte. En el caso de las Américas, las primeras medidas no farmacológicas adoptadas por los países fueron aquellas relacionadas con el tráfico internacional, con 33 de los 35 países de la Región implementando dichas medidas para finales de abril del 2020.

El RSI establece que los puntos de entrada de cada país —los puertos, aeropuertos y pasos fron-

terizos terrestres— dispongan de planes para responder a eventos de salud pública. En este marco, las medidas adoptadas en puntos de entrada en el contexto de la pandemia de COVID-19 han representado, y seguirán representando, un desafío por la complejidad operacional que conllevan y el contexto epidemiológico que cambia rápidamente.

Aunque los derechos y la salud de los migrantes no forman parte del alcance directo del RSI, sin embargo, tanto los esfuerzos realizados por los países, y propulsados por el RSI, para fortalecer el sistema de salud en puntos de entrada, así como las orientaciones técnicas publicadas por la OMS en materia de capacidad en puntos de entrada,

representan contribuciones para la salud de los migrantes, aun más en el contexto de la pandemia de COVID-19, que, afectando a albergues y otros entornos vulnerables donde fluyen o permanecen migrantes, requiere la máxima integración multi-sectorial en la respuesta.

En conclusión, el RSI es un instrumento potente para la seguridad sanitaria, aprobado por 196 países en el mundo, que reconoce el fuerte nexo entre la salud y las economías. Es un instrumento para proteger vidas y medios de vida, al tiempo que respeta los derechos humanos, incluso los de los migrantes y refugiados, como elemento clave en el desarrollo sostenible para no dejar a nadie atrás.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Organización Mundial de la Salud (OMS)

2005 *Reglamento Sanitario Internacional*. Tercera edición. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

2020 *COVID-19: cronología de la actuación de la OMS*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

2020 *Consideraciones sobre los ajustes de las medidas de distanciamiento social y las medidas relacionadas con los viajes en el contexto de la respuesta a la pandemia de COVID-19*. Organización Panamericana de la Salud, Washington.

EL IMPACTO DE LA PANDEMIA SOBRE LA POBLACIÓN MIGRANTE EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

Alexandre Claudon de Vernisy y Diego Tipping

INTRODUCCIÓN

Ante los crecientes casos de COVID-19 el 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que el brote por el nuevo coronavirus (2019-nCov) constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), bajo las regulaciones del Reglamento Sanitario Internacional. Profundamente preocupada por los alarmantes niveles de propagación de la enfermedad y por su gravedad, y por los niveles también alarmantes de inacción, la OMS determina en su evaluación que la COVID-19 puede caracterizarse como una pandemia el día 11 de marzo de 2020.¹

Paralelamente, el día 19 de marzo de 2020, con el fin de proteger la salud pública frente a la propagación del nuevo coronavirus, la República Argentina dispuso que todas las personas que habiten en el país o se encuentren en él en forma tempo-

raría deberán permanecer en sus domicilios habituales, sólo pudiendo realizar desplazamientos mínimos e indispensables para aprovisionarse de artículos de limpieza, medicamentos y alimentos. Estas medidas de aislamiento social preventivo y obligatorio, dispuestas para proteger a la población de la pandemia, tuvieron y tienen incidencia en numerosos factores de la vida económica, social y sanitaria de todas las personas.

En relación a las personas que previamente a la pandemia se encontraban en situación de vulnerabilidad podemos afirmar que el COVID-19, y sus consecuencias en la vida social, sanitaria y económica, incrementa esas vulnerabilidades planteando grandes retos de protección para el sector humanitario. En este sentido, el universo de la comunidad migrante en general, es una población que en mayor o menor medida se encuentra en riesgo por motivos propios de las rutas migratorias, la afectación de acceso a derechos,

¹ www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19

la escasez de oportunidades por carencia en los medios de vida, una tendencia que observamos se acentuará, la falta de un alojamiento o acceso digno a la vivienda, la exposición a patrones de discriminación y xenofobia, la trata de personas, entre otras circunstancias adversas.

En la República Argentina, como consecuencia del brote de COVID-19 se dispuso el cierre total de fronteras, lo que afectó severamente el habitual flujo migratorio de los pasos terrestres, La Quiaca y Puerto Iguazú. El ingreso de personas migrantes por pasos terrestres, que en los meses previos a la pandemia alcanzaba entre cinco mil y seis mil ingresos de manera mensual, disminuyó considerablemente hasta llegar a recibir sólo entre 20 y 30 personas mensuales y de forma excepcional por razones de protección internacional. Adicionalmente, el cierre de fronteras junto al aislamiento social preventivo y obligatorio ha impactado de lleno en estas personas, imposibilitando las reunificaciones familiares, la movilidad de las personas migrantes para llegar a su destino final y la necesidad de cumplir el aislamiento para las personas recién llegadas quienes encontraron grandes dificultades para encontrar una vivienda donde transitar la cuarentena.

Frente a este contexto, este estudio buscó medir el impacto de la pandemia reflejado a través de indicadores de situación habitacional, situación migratoria y medios de vida, seguridad alimentaria, salud y protección de las personas migrantes que son residentes en la República Argentina con el fin de adaptar las respuestas humanitarias a las necesidades reales de la comunidad migrante.

METODOLOGÍA

El **objetivo general** de este estudio fue describir la situación sociodemográfica de las personas migrantes que se encuentran atravesando el aislamiento social preventivo y obligatorio debido a la pandemia de COVID-19 en la República Argentina. Los **objetivos específicos** fueron:

1. Caracterizar la situación habitacional de las personas migrantes en la República Argentina,
2. Describir el estatus migratorio y las posibilidades/restricciones que este genera sobre los medios de vida de las personas migrantes en la República Argentina, y
3. Explorar las necesidades de salud y de protección de las personas migrantes en la República Argentina.

Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo, cuali-cuantitativo con diseño longitudinal. El período de recolección de datos se extendió entre el 22 de mayo y el 19 de junio. En este sentido cabe aclarar que tanto por el tipo de diseño como por el tamaño muestral los datos presentados en los resultados determinan únicamente una tendencia general. La muestra fue no probabilística intencional y homogénea, y estuvo conformada por 410 personas mayores de 18 años que brindaron su consentimiento antes de completar el cuestionario.

En cuanto al **instrumento**, se definió como única guía a la entrevista semi-estructurada en versión digital que fue enviada por medios electrónicos a las personas migrantes. En el instrumento se inclu-

yeron 21 ítems, atendiendo a evitar versiones demasiado extendidas que dificultaran la posibilidad de las personas de responder.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La **muestra** estuvo compuesta por 410 personas migrantes residentes en la República Argentina. De entre ellas, casi el 80% (329) provenían de la República Bolivariana de Venezuela, cerca del 10% (36) de la República de Colombia y las 45 (10%) personas entrevistadas restantes se repartieron entre las siguientes nacionalidades haitiana (9), peruana (8), cubana (6), paraguaya (6), boliviana (3), brasileña (3), chilena (2), ecuador (2), jamaicana (2), mexicana (1), rusa (1), senegalesa (1) ucraniana (1).

En relación al tiempo de residencia en la República Argentina, un poco más del 60% (249) de las personas encuestadas se encontraban en el país desde un año atrás o más, el 22% (93) habían pasado entre 6 meses y un año y el 18% restante (68) reportó menos de 6 meses viviendo en la República Argentina.

Si se considera la muestra en su composición por género se observa que el 62% (253) de las personas entrevistadas se autopercebieron como mujer mientras que el 37% (155) se definió a sí mismo como varón y 2 personas se identificaron en una tercera categoría denominada "Otra".

Respecto de la edad de las personas entrevistadas, la edad mínima para la realización del cuestionario fue de 18 años y se reportó la mayor edad en una persona entrevistada de 78 años. La media

muestral se ubicó en los 38 años. Para este determinante, con el fin de facilitar la presentación de los datos en la sección de resultados, se organizaron 3 grupos etarios: de 18 a 29 años, de entre 30 y 59 años y de 60 en adelante. La mayor cantidad de personas entrevistadas se reportó en el grupo de entre 30 y 59 años, siendo casi el 65% (264) las que se inscribieron en este rango, un poco más del 30% (124) de las personas entrevistadas se ubican en el grupo de entre 18 y 29 años y solo 22 reportaron tener 60 años o más.

RESULTADOS

Los resultados arrojados por este estudio se presentan organizados en cuatro grandes temas: a. Situación habitacional, b. Situación migratoria y Medios de Vida, c. Seguridad alimentaria. d. Salud y e. Protección, cada uno de los cuales se analiza según género autopercebido, grupo etario, nacionalidad y tiempo de residencia en el país, entendiendo a estas 4 categorías como determinantes sociales de la salud integral de las personas.

LA SITUACIÓN HABITACIONAL DE LA POBLACIÓN MIGRANTE EN LA REPÚBLICA ARGENTINA EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

Considerando el primer indicador -condición de acceso a la vivienda- el 80% (331) refirió estar alquilando un espacio, el 12% (50) manifestó convivir en la residencia de algún familiar o conocido, 12 personas respondieron que se encontraban en albergues temporales estatales al momento de la

encuesta, 8 en albergues temporales privados, 5 reportaron ser propietarios del espacio en el que viven y 4 refirieron encontrarse en situación de calle.

Si se desglosa cada una de las situaciones habitacionales en relación al género, rango etario, nacionalidad y tiempo de residencia en el país se observa que:

Entre las 331 personas que alquilaban un espacio privado, el 60% (203) fueron mujeres y el 40% (128) varones. Con respecto al rango etario el 90% (298) de ellas refirieron tener entre 18 y 29 años. Si se considera la nacionalidad de este grupo de 331 personas se observa que 259 (78%) fueron venezolanos, mientras que el 20% se repartió de manera homogénea entre personas brasileras, colombianas, peruanas, paraguayas, bolivianas y haitianas y solo 2% fueron de nacionalidad jamaicana, rusa, senegalesa y ucraniana. Acerca del tiempo de permanencia en el país se observa que casi el 70% (221) tenían más de 1 año de residencia en el país.

Entre las 50 personas que convivían en la residencia de un familiar o conocido, 36 se identificaron como mujeres, 12 como varones y 2 se identificaron con la categoría "Otro". Respecto al rango etario, 25 tenían entre 30 y 59 años, 20 señalaron tener entre 18 y 29 años y sólo 5 tenían más de 59 años.

Entre las 20 personas que se encontraban en albergues temporales, 54% (11) fueron varones frente al 43% (9) de mujeres. Respecto del rango etario 10 tenían entre 30 y 59 años, 6 eran personas de entre 18 y 29 años y 4 eran mayores de

60 años. En lo relativo a la nacionalidad de este grupo 15 personas provenían de la República Bolivariana de Venezuela y entre los 5 restantes: 2 provenían de la República de Colombia, 2 de la República de Ecuador y 1 de la República de Chile. Por último, acerca del tiempo de residencia en el país, 11 de ellas tenían menos de 6 meses de permanencia, 7 tenían entre 6 meses y 1 año, y 2 tenían más de un año de residencia en el país.

Las 4 personas en situación de calle eran varones y venezolanos, y 3 de ellos manifestaron estar viviendo en la República Argentina desde hace entre 6 meses y 1 año. De ellos, sólo 1 se reportó en el grupo de entre 18 y 29 años.

Estos datos muestran que tanto la masculinidad como el tener menos de un año de permanencia en la República Argentina incrementan el riesgo de las personas a la fragilización de las condiciones habitacionales.

En relación al segundo de los indicadores considerados, la cantidad de personas con las que convivían los encuestados, más del 41% (169) manifestó estar residiendo en el mismo domicilio con cuatro integrantes o más. Este dato puede entenderse si se consideran las cifras arrojadas por el último Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda del 2010, el cual plantea que el promedio por hogar en la República Argentina es de 3 personas. Aún más, existe una tendencia decreciente según los censos anteriores de 2001 y 1991, por lo que se podría inferir que en 2020 el promedio de personas por hogar es aún más bajo.²

2 https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf

No obstante, en tanto este informe aborda a población migrante, resulta indispensable considerar la cantidad de personas convivientes en relación a un tercer indicador, la cantidad de grupos familiares que comparten una vivienda. Considerando esto, de las 169 personas que compartían la vivienda con 4 o más personas, el 55% (91) refiere compartir esa vivienda con otro grupo familiar. De esta forma, se consolida la tendencia de que muchas familias comparten domicilios existiendo al menos un número considerable en condiciones de hacinamiento. Si bien las causas por las que familias migrantes comparten domicilio no ha sido indagada puesto que la encuesta no tiene como objeto profundizar en dichas cuestiones, puede considerarse que las familias se asocian y conviven bajo un mismo techo para hacer frente a los altos gastos que implica un alojamiento así como para facilitar el acceso a los requisitos no monetarios solicitados para alquilar.

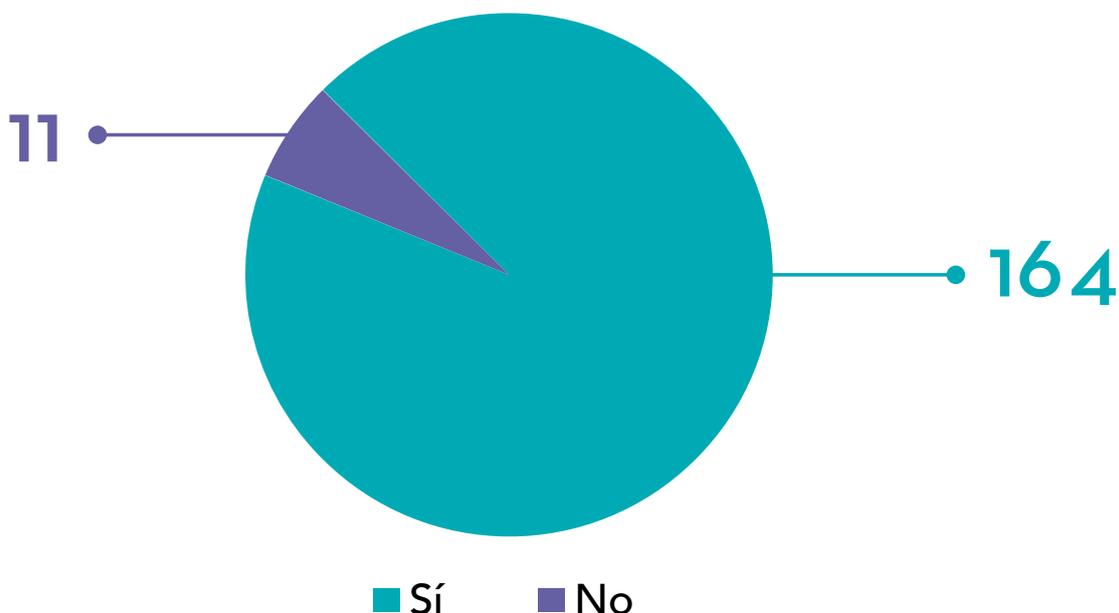
Existe también en este escenario una realidad de protección; la comunidad de acogida es completamente desconocida y la manera de reducir los riesgos, indefectiblemente es aliándose con coterreños que ya hayan estado por un período más prolongado. Con esta lógica están funcionando las diferentes etapas del proceso migratorio (una primera etapa asociada a comunidad más joven y Población Económicamente Activa (PEA), y una segunda muy marcada en donde se dieron procesos de reunificación familiar). Además, es me-

nester incluir para el análisis de esta variable el hecho de que en la República Argentina, en particular en la ciudad de Buenos Aires, los requerimientos para acceder al alquiler de una vivienda incluyen la necesidad de una persona propietaria que adopte para el contrato de alquiler la figura de garante, la condición de presentar recibos de sueldo y la disposición de pagar además del mes de ingreso, un depósito por posibles daños hacia la locación y los gastos que derivan de la firma del contrato. En este punto, muchas personas se encuentran con diversos obstáculos en el acceso a la vivienda y en este sentido, las convivencias colectivas plantean la posibilidad de afrontar gastos en conjunto y disminuir la carga que ello conlleva (no únicamente el peso monetario, sino la necesidad de papeles y trámites arrendatarios, donde aquellas personas que acaban de llegar al país probablemente requieran la asistencia de otras personas migrantes —conocidas o no— que ya estén establecidas y puedan dar soporte documental a su necesidad de arriendo).

En relación al grupo de personas encuestadas que refirió alquilar una vivienda particular (331), así como aquellas que se encontraban habitando albergues temporales privados (N=9), es necesario analizar cómo repercute la imposibilidad de desarrollar las actividades de subsistencia habituales sobre el pago de los alquileres. El siguiente gráfico muestra la distribución de las respuestas:

GRÁFICO N°1

Dificultades para pagar el alquiler y/o servicios durante los últimos 2 meses



Esta tendencia resalta la emergencia habitacional en la población migrante, ya que del total de las personas encuestadas que reportaron estar alquilando (340), un 93% (316) manifestó dificultades para pagar servicios —entre los que se incluyen agua, luz, gas, expensas— o alquileres. La cifra es realmente alta si se la compara con estudios y encuestas enfocadas en las comunidades de acogida³. Proporcionalmente, la población migrante padece mucho más la situación actual bajo pandemia, dato que se traduce en la casi imposibilidad de pagar alquileres o servicios. En este sentido, el bajo ingreso habitualmente se utiliza para satisfacer necesidades más urgentes relacionadas

a la alimentación (que no deja de estar en la base de la pirámide de necesidades). Por otro lado, los resultados arrojados acerca de la dificultad para costear los gastos de alojamiento pueden correlacionarse con las llamadas que recibe la línea 0800 de Cruz Roja Argentina, desde la cual se ha brindado soporte y asesoramiento a 234 personas migrantes, comunicando información acerca de sus derechos frente a situaciones de desalojos forzados a partir de las disposiciones nacionales tendientes a paliar la crisis habitacional en el marco de la pandemia y sobre centros alimentarios y de salud cercanos al lugar en el que se encontraban y al que podían acudir en busca de asistencia.

³ www.who.int/es/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19

SITUACIÓN MIGRATORIA Y MEDIOS DE VIDA

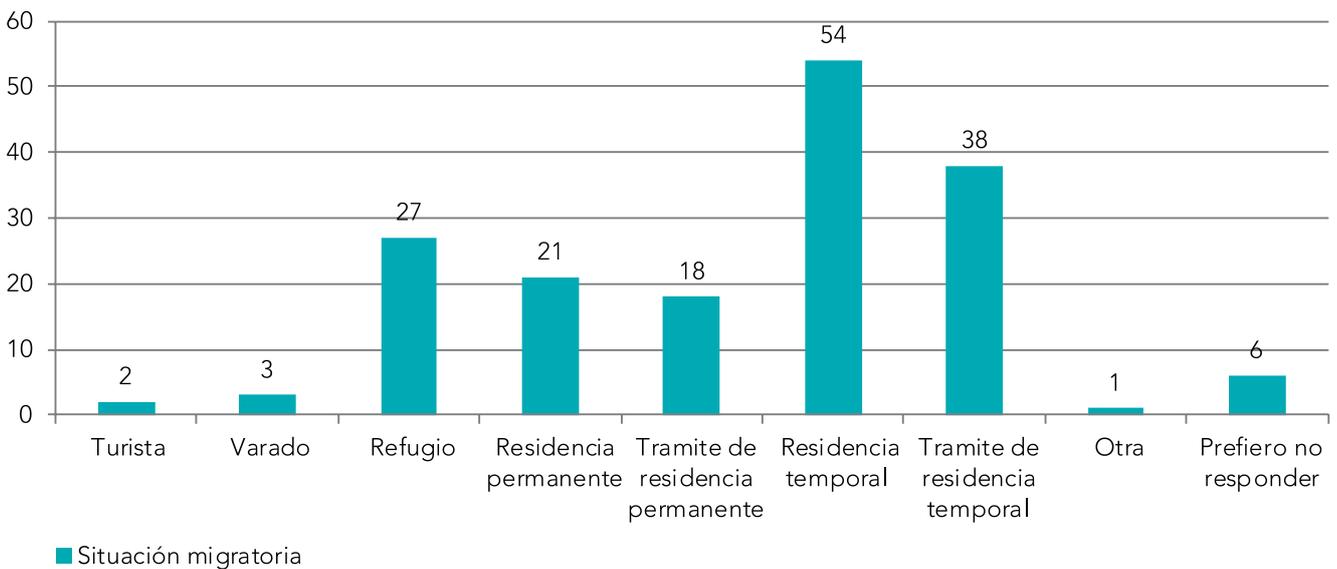
La situación migratoria de las personas encuestadas se clasificó entre las siguientes categorías: turista, varado, refugio o trámite de refugio, residencia permanente, residencia temporaria, trámite de residencia permanente, trámite de residencia temporaria y otras situaciones.

De las 410 personas encuestadas solo el 41,4% (170) respondieron a este ítem. De entre ellas: 54

refirieron contar con residencias temporarias, 38 manifestaron estar tramitándola, 27 se definieron como refugiados o tramitando el refugio, 21 contaban con residencia permanente, 18 tramitando la residencia permanente, 6 seleccionaron la categoría "otra", 3 se encontraban varados, 2 se definieron como turistas y solo 1 seleccionó la opción "prefiero no responder".

GRÁFICO N°2

Situación migratoria



Si se estudia este ítem según género se observa que tanto para las residencias temporarias como permanentes la distribución resulta homogénea, mientras que en el caso del grupo de personas que se encuentran tramitando la residencia temporaria, la residencia permanente o que se encuentran en

situación de refugiadas o en trámite de serlo el número de mujeres es considerablemente mayor. En relación a la categoría "otra" 2 de las respuestas corresponden a mujeres, 2 a varones y 1 a otro. En el único caso en que aparece la respuesta prefiero no responder, se trata de un varón.

Si se considera la situación migratoria según rango etario se observa que entre quienes cuentan con residencia temporaria, la mayor parte tienen entre 30 y 59 años (69% - 37), el 28% (15) tiene entre 18 y 29 años y solo 1 de los encuestados refirió tener más de 60; mientras que entre quienes cuentan con residencia permanente el 74% (14) refirieron tener entre 30 y 59 años al momento de completar la encuesta y sólo 5 tenían entre 18 y 29 años. Con respecto a las personas que se encontraban en condición de refugiadas o refugio en trámite (27) se observa una distribución homogénea entre los rangos de entre 18 y 29 (16) y de entre 30 y 59 años (11).

En cuanto a la nacionalidad, la distribución en todos los grupos de situaciones migratorias resulta homogénea considerando que el 80% de la muestra está compuesta por personas venezolanas.

Por último, en función del tiempo de residencia se observa que todas las personas que refirieron tener residencia temporaria o permanente llevaban 1 año o más en la República Argentina, igual que aquellas personas que manifestaron tener la condición de refugiadas o estar tramitándola.

Se desprende de estos datos que la precarización de las condiciones migratorias se encuentra asociada a la cantidad de tiempo de residencia en el país y que el género parecería ser una variable que también incide en la tramitación de las distin-

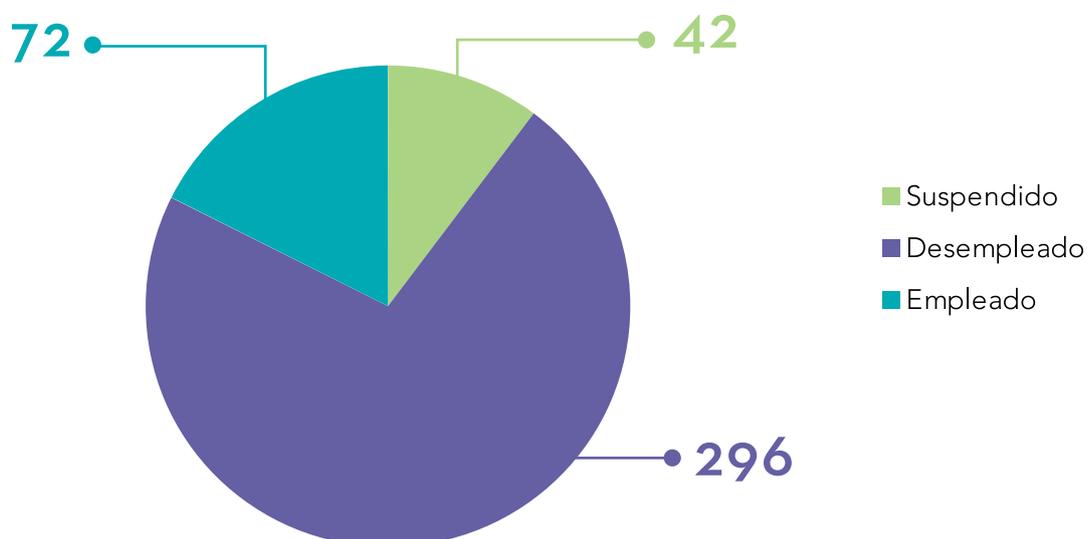
tas situaciones. Esto último debe ser considerado con relación a la distribución social del trabajo, la cual pauta que tradicionalmente son las mujeres —en particular las madres— las que ejercen las tareas de cuidado, entre las que pueden incluirse la realización de los trámites de regularización migratoria de la familia.

Así es que, en tanto la situación migratoria de una persona condiciona las posibilidades y obstáculos que esta encuentra en el acceso a empleo, se ha decidido presentar en un mismo apartado la situación migratoria y de empleabilidad. Respecto a esta última se observa que sólo 72 de las personas encuestadas refieren contar con un empleo. Entre ellas se observó que 16 trabajan de manera independiente o autónoma, mientras que 56 lo hacían en relación de dependencia. Sí se considera a este último grupo según género se observa una distribución homogénea entre géneros, siendo los varones empleados 38 y las mujeres empleadas 34. Si se considera la edad, la mayor parte de las personas empleadas tenía entre 30 y 59 años (67%- 48) y el 32% (23) refirió tener entre 18 y 29 años.

Si abordamos ahora al grupo de personas que se encontraban desempleadas al momento de la encuesta, se reporta en esta condición a alrededor del 71% (296) de la muestra. Además, más de un 10% (42) de las personas manifestaron haber sido suspendidas de sus fuentes de trabajo.

GRÁFICO N°3

Situación de empleabilidad



Si se estudia al grupo de personas desempleadas (296) según género, edad y situación migratoria, se observa que el 66% (195) de estas personas fueron mujeres de entre 30 y 59 años, que se encontraban tramitando su residencia temporaria. Este dato se condice con el informe del INDEC para el segundo semestre del 2019 el cual plantea que el 40% de la población que cuenta con los menores ingresos son mujeres. En este punto pueden considerarse las múltiples posiciones de subordinación que experimentan las mujeres que componen la muestra y que incrementan las vulnerabilidades provocadas por la pandemia. Se trata de personas migrantes, mujeres y con acceso a trabajos no registrados. El trabajo "cuentapropista" al ubicarse mayoritariamente fuera del esquema de servicios esenciales, se ha visto restringido incrementando las vulnerabilidades propias de las economías de subsistencia diaria. Como ejemplo de ello, puede considerarse a la

comunidad senegalesa dedicada mayoritariamente a la venta ambulante.

Ahondando aún más, el impacto sobre los pequeños emprendimientos de personas migrantes, en muchos casos asociados a la manufactura de textiles y/o productos alimenticios, se encuentran en el punto de llegar a vender la totalidad de capitales adquiridos (como máquinas y herramientas de trabajo), para hacer frente con ello a la crisis. Ante esto, se genera un cuadro de vulnerabilidad exponencial por cuanto la población objetivo se desprende de recursos valiosos que han contribuido en su inserción comunitaria para hacer frente a necesidades básicas.

Por último, si se consideran las condiciones registrales de las personas que manifestaron contar con empleo al momento de la encuesta, se reporta que más del 77% (56) se encontraba trabajando en un empleo informal. Solo un 23% (16) de las

personas encuestadas se encontraban empleadas formalmente. En este punto los datos arrojados por la muestra superan a las cifras del INDEC a partir de las cuales se plantea que el empleo informal en la República Argentina alcanza al 50%.⁴ Este aumento en las cifras puede considerarse como una vulnerabilidad incrementada que recae sobre la población migrante no sólo en relación a la situación migratoria que obstaculiza aún más el acceso al mundo del trabajo sino también por la falta de acceso de las personas migrantes a los espacios de asesoría acerca de la ley laboral en la República Argentina y las situaciones de abuso o explotación a las que son sometidos por los empleadores.

La falta de empleos formales implica, en muchos casos, el cese de ingresos durante el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) para las personas que trabajan en esas condiciones. En este punto más del 75% (310) de las personas encuestadas no reportó ningún ingreso durante el ASPO, dato que demarca la emergencia en materia de subsistencia y se refleja directamente en necesidades de insumos básicos y alimentación. A su vez, sólo un 25% (100) de los encuestados se encuentra actualmente percibiendo un ingreso. Este dato será retomado en los apartados siguientes, ya que se trata de un fuerte determinante en el acceso tanto a alimentos como a asistencia médica y a medicación.

SEGURIDAD ALIMENTARIA DE LA POBLACIÓN MIGRANTE EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

Referir a la seguridad alimentaria implica considerar el derecho que tenemos todas las personas a tener una alimentación nutricionalmente adecuada y suficiente. La seguridad alimentaria incluye cuatro dimensiones diferentes: disponibilidad de alimentos; accesibilidad a los alimentos —es decir, la posibilidad real de una persona o comunidad de ingerir esos alimentos—, suficiencia nutricional de los alimentos y estabilidad en la disponibilidad y el acceso a alimentos a lo largo del tiempo.

Analizaremos en este apartado principalmente la dimensión de acceso a alimentos, en tanto se trata del principal indicador sobre el que el instrumento implementado indaga.

A partir de los datos recabados, se constata que 7 de cada 10 encuestados han reportado tener dificultades para acceder a alimentos. En este punto resulta adecuado retomar las condiciones de empleabilidad de las personas encuestadas en tanto condicionantes económicos de la seguridad alimentaria. El hecho de que tres cuartas partes de la muestra no haya contado con ingresos desde que se inició el aislamiento social, permitiría hablar de lo que se conoce como inseguridad alimentaria. Frente a ella, las poblaciones vulnerables desarrollan estrategias para enfrentar las

⁴ https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf

restricciones. Dentro de estas estrategias, cabe destacar la que implica el armado por parte de las personas migrantes de redes de difusión de información acerca de organizaciones de la sociedad civil que proveen kits alimentarios. A partir de la línea telefónica gratuita implementada por Cruz Roja Argentina se ha reportado, tanto en la comunidad venezolana, como en la senegalesa, el armado de redes de comunicación que implican la organización de las llamadas y la difusión entre otros/as compañeros/as de la información recibida.

En el caso de la comunidad senegalesa, era la persona referente —por hablar sin dificultades el castellano— quien se comunicaba con nuestra organización y luego difundía la información mediante un grupo de *Whatsapp* del que formaban parte 35 personas senegalesas. Desde ese grupo recolectaba los datos sociodemográficos de cada una de las personas, los traducía al castellano y los enviaba por mail a las personas teleoperadoras para ser incorporados al listado de entrega de kits alimentarios. Se refleja en este ejemplo que, hablar de seguridad alimentaria, implica considerar procesos complejos de participación comunitaria, a partir de los cuales se tejen entramados de múltiples vínculos que culminan en el desarrollo de prácticas, conductas y líneas de acción orientadas a la obtención de satisfactores —en este caso—, de alimentación.

También a partir de la línea 0800 se han registrado estrategias familiares para hacer frente a la inseguridad alimentaria. Como ejemplo paradigmático de ello aparecen los relatos de mujeres que al comunicarse con nuestra organización narran estar

restringiendo su propia alimentación en función de poder distribuir los pocos alimentos a los que accedían entre niños, niñas y adolescentes de la familia. Esto, desde el enfoque de género, debe considerarse en relación al rol de cuidadoras atribuido a las mujeres y en particular a las madres, a partir del cual se organiza el mito de la abnegación en pos del bienestar de los/as hijos/as. Como correlato de esto y entendiendo al género como una categoría relacional, en las llamadas del 0800 aparecen los relatos de los varones acerca de la frustración que sienten por no poder responder a las necesidades alimentarias del grupo familiar e incluso por no poder garantizar la comensalidad familiar.

Con respecto a la accesibilidad de alimentos, se ha incluido un segundo ítem que indaga la percepción de las personas migrantes acerca de los costos de los alimentos en nuestro país. Más de la mitad de las personas encuestadas (210) refirieron que les resultaban “altos” los precios de los alimentos, el 30% (122) indicó que los precios de los alimentos eran “muy altos”, 62 personas refirieron que encontraban “normales” los precios de los alimentos y solo 16 personas indicaron que se trataba de “precios accesibles”.

Si se considera en conjunto a las personas que indicaron que en la República Argentina los precios de los alimentos son altos y muy altos se constata que alcanzan el 82% (333) de la muestra. Entre estas personas, 212 fueron mujeres, en un 65% (137) tenían entre 30 y 59 años de edad (siendo la media de este grupo de 37 años) y en su gran mayoría (83%-177) provenientes de Venezuela.

Sin embargo, a pesar de estos datos acerca de los costos, cuando se indaga sobre cómo las personas encuestadas perciben el acceso a alimentos en la República Argentina, el 71% (290) lo califica como “bueno” o “excelente”. Esto puede ser entendido nuevamente considerando la nacionalidad, ya que el 80% (327) de la muestra proviene de Venezuela en donde la crisis humanitaria dificulta el acceso a alimentos a precios razonables.

LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN MIGRANTE EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

Como se ha mencionado a lo largo del informe, en estas páginas se considera a la salud como a un proceso complejo y colectivo, determinado por múltiples variables como el género, la edad, la etnicidad, la discapacidad y la clase social. En este sentido, el objeto salud resulta indisoluble de los procesos de enfermedad y muerte y de las prácticas de autocuidado y de cuidado colectivo.

Además, es necesario destacar que el sistema de salud argentino plantea como particularidad el estar compuesto por tres sub-sectores escasamente integrados entre sí: el sector público, el sector de seguro social obligatorio y el sector privado.

Al observar la cobertura con la que contaban las personas al momento de ser encuestadas, el 64% (264) recurría al sistema público de salud —entre el que se incluyen hospitales y centros de salud de asistencia gratuita—, el 24% (100) no había requerido realizar consultas de salud hasta el momento de la encuesta, el 10% (39) contaba con cobertura

privada y el 2% (7) acudía a otros tipo de cobertura entre los que se incluye la seguridad social.

Con respecto a las afecciones crónicas propias o de familiares frente a las cuales las personas migrantes no habían podido acceder a salud, solo el 15% (62) manifestó encontrarse en tal condición. Entre estas personas, 38 vivían hacía más de 1 año en la República Argentina, 17 tenían un tiempo de residencia en el país de entre 6 meses y 1 año y 7 personas se encontraban viviendo en el país hacía menos de 6 meses.

Acerca de la salud mental se ha indagado sobre los malestares emocionales y el estrés que las personas encuestadas habían experimentado desde el inicio del aislamiento. Se entiende por malestar emocional a la sensación subjetiva relativa a un bienestar mermado. En particular, el estrés refiere a un estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al usual y que suele provocar diversos trastornos físicos y mentales.

En referencia a ambas condiciones, se destaca que el 77% (315) de las personas entrevistadas afirmaron tanto para sí misma como para personas allegadas haber estado en contacto con este tipo de situaciones. Si se estudia diferencialmente por género y edad a este grupo de personas, no se observan diferencias significativas entre varones y mujeres y la distribución etaria resulta homogénea entre los rangos de 18 a 29 y de 30 a 59 años. Este porcentaje tan alto puede considerarse en relación con el cambio en los hábitos que plantea para todas las personas el aislamiento social, el cual —en el caso de la población migrante— por las condiciones agravadas de precarización e

inestabilidad laboral que conlleva además el aumento en las barreras económicas en el acceso a alimentos y alojamiento.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE PROTECCIÓN DE LA POBLACIÓN MIGRANTE ANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

Al analizar la esfera de la protección, que apunta a reducir los daños que recaen sobre la población migrante y, en los casos en los que ello no es posible, a evitar que las propias acciones profundicen o generen más daños, se incluyó un ítem sobre la exposición a situaciones de discriminación y violencia.

Se ha entendido por discriminación a los tratos diferenciales y negativos que recaen sobre una persona por pertenecer a un grupo y que repercuten impidiendo, obstruyendo, restringiendo o provocando cualquier tipo de menoscabo en el pleno ejercicio de los derechos humanos fundamentales de esa persona. Por violencia se considera en

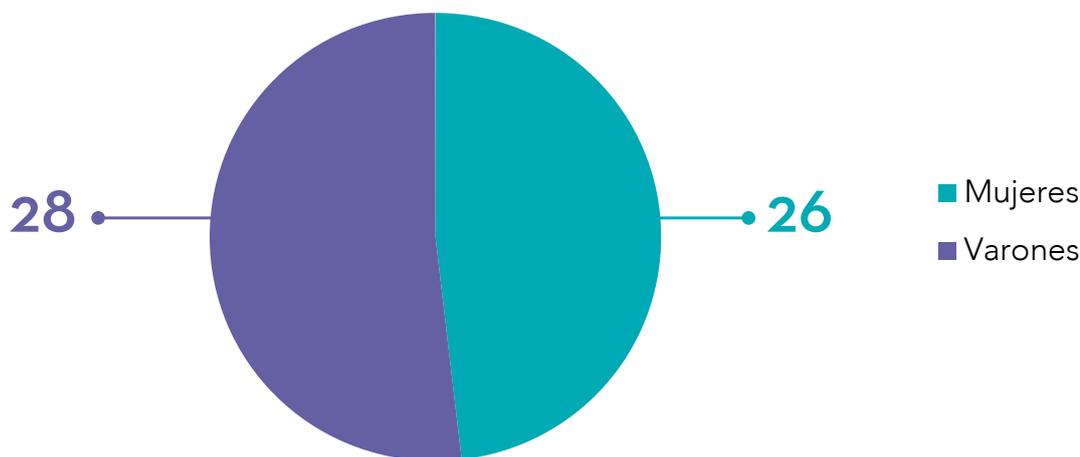
este informe a cualquier conducta que por acción u omisión afecte el bienestar físico, psicológico, simbólico, económico o laboral de una persona.

En relación con este tipo de situaciones, solo 54 personas manifestaron haberse sentido discriminadas y/o violentadas. En este sentido, es indispensable considerar que se trata de un porcentaje bajo, que puede estar relacionado con la falta de percepción de la violencia y de la discriminación en sentidos más amplios. La falta de acceso a seguridad alimentaria, los obstáculos a la hora de ingresar al mercado formal de trabajo y las condiciones de hacinamiento respecto de la vivienda, también son formas de violencia que muchas veces no son tipificadas por las personas como tales.

Sí se estudia este ítem diferencialmente por género se observa una distribución homogénea entre varones y mujeres, sin embargo, al considerar la edad se registra que la mayor cantidad de respuestas positivas acerca del haber sufrido situaciones violentas y/o discriminatorias en el rango etario de entre 30 y 59 años.

GRÁFICO N°4

Situación de discriminación y violencia según género



CONCLUSIONES

Los resultados arrojados por la encuesta ponen de relevancia que el impacto de las crisis y emergencias resulta diferencial según género, clase social, etnicidad, discapacidad y edad. En este sentido es que las medidas de aislamiento y la situación pandémica acentúan las vulnerabilidades a las que estructuralmente se encuentran expuestas en nuestro país las personas migrantes.

La población objetivo, por diferentes motivos, no resulta principal beneficiaria de los programas de asistencia estatal, desde los cuales se prioriza a las personas oriundas del país. En este sentido, adquiere especial importancia la labor de las agencias humanitarias.

Tanto en relación con la situación habitacional, como con la situación migratoria y los medios de vida y el acceso a seguridad alimentaria, salud y protección, se visibiliza la precarización en las condiciones de vida de las personas migrantes que transcurren la pandemia en nuestro país. En este sentido, la correlación entre el nulo ingreso reportado en una parte considerable de casos, la falta de acceso a alimentos y la imposibilidad de afrontar los gastos de alquiler y servicios, resalta la urgencia de atender a esta población con programas que más allá de proponer una respuesta inmediata a las condiciones agravadas por la pandemia, trabajen sostenidamente en la construcción y el refuerzo de los medios de vida con los que cuentan las personas migrantes.

En conclusión, podemos ver que el 80 % de las familias migrantes se encuentran en situación de arriendo y casi el 50% de éstas convive con otra

familia, compuesta por 4 integrantes o más, en el mismo domicilio. Esto puede evidenciar el hacinamiento en el que las familias desarrollan su vida y por ende la probable irregularidad de la situación del arriendo. Además, el 70% de las personas migrantes encuestadas se encuentra actualmente en situación de desempleo. El 30% restante cuenta con un empleo, siendo éste un 78% en relación de dependencia y un 12% de manera autónoma. Cabe destacar que existe un 8% de personas migrantes encuestadas que expresaron encontrarse actualmente con empleo en relación de dependencia pero de manera informal.

En general, el 90% de los encuestados expresa tener inconvenientes para poder costear los gastos de alquiler y servicios. Suponiendo una irregularidad de la situación de arriendo como la expresada anteriormente, esto guarda relación con los llamados al 0800 de la Cruz Roja Argentina por situaciones de desalojos irregulares, no respetando el Decreto 320/2020, promulgado el pasado 29 de marzo, que establece la prohibición de desalojo por falta de pago hasta el 30 de septiembre de 2020.

Observando que las variables desempleo, arriendo y desalojo irregular, y dificultades para poder pagar el alquiler y los servicios se encuentran absolutamente relacionadas, se puede estimar un aumento de la población migrante consecuentemente en situación de calle, en caso de no percibir una variación de este escenario. Frente al 70% de los encuestados que manifiestan tener inconvenientes para costear los gastos de alojamiento, se asocia directamente al 70% de los encuestados que enuncian poseer dificultades a la hora de

comprar alimentos, que a su vez el 80% describe el precio de los insumos básicos como altos o muy altos, como también se relaciona al 70% de personas en situación de desempleo.

Finalmente, el 59% de las personas migrantes encuestadas expresa no percibir ingresos desde el inicio del aislamiento social preventivo y obligatorio, en el marco de una situación habitacional de alquiler. Dentro de este grupo, un 41% se encuentra conviviendo con 4 personas o más, un 25% se encuentra conviviendo con 3 personas, y un 34% convive con 2 personas o solo/a.

POR QUÉ HABLAR DE LA SALUD MENTAL DE MIGRANTES EN MEDIO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

Karen Carpio

El 30 de enero del 2020, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV) como una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) a partir del dictamen del Comité de Emergencias de OMS y en virtud de lo establecido en el Reglamento Sanitario Internacional 2005 (RSI) (OMS, 2020a). La declaración del brote como una ESPII elevó el nivel de alerta de los países, permitió la liberación de fondos internacionales para la respuesta ante emergencias, y generó mucha expectativa y atención por parte de los medios de comunicación alrededor del mundo y de las poblaciones en general.

Menos de dos meses después, en marzo 2020, debido a la rápida propagación del brote, el número de casos confirmados, el número de países afectados por el virus y el incremento en el número de víctimas mortales, la OMS anunció que el nuevo coronavirus, ahora conocido ampliamente como COVID-19, podía ser considerado una pan-

demia. Al hacer este anuncio, el Director General de OMS llamó a la prudencia en el uso del término, advirtiendo que el uso inadecuado de la palabra pandemia podría provocar entre otras cosas un miedo irracional en las poblaciones afectadas (OMS, 2020b).

Si bien la pandemia por COVID-19 es en principio una crisis sanitaria que afecta principalmente la salud física de las personas, la seriedad con la que este virus ha impactado los sistemas de salud de los países, el franco aumento en el número de víctimas fatales a nivel global, así como la ausencia de una vacuna en el corto plazo, han generado importantes consecuencias para la salud mental de las poblaciones afectadas.

¿Pero cómo afecta un virus la salud mental? “En cualquier epidemia es común que las personas se sientan estresadas y preocupadas” (IASC, 2020). Sin necesidad de revisar cifras o análisis complejos, se puede empezar por analizar las medidas implementadas por los países para combatir el virus y mitigar sus efectos negativos y cómo estas

pueden afectar el bienestar emocional, las relaciones humanas, la productividad, las tradiciones y la seguridad laboral, entre otros elementos centrales para la salud mental de las personas. Medidas como el distanciamiento físico, el aislamiento parcial o total (tanto voluntario como obligatorio) y el cierre temporal de fronteras, han generado cambios abruptos en las rutinas diarias de cientos de miles de personas, provocando un aumento en los niveles de estrés percibidos por las poblaciones afectadas. Algunas reacciones psicológicas comunes a una pandemia pueden incluir miedo, ansiedad, confusión, enojo y retraimiento (IOM, 2020a). Investigaciones en epidemias anteriores han resaltado los impactos negativos de este tipo de crisis sanitarias en la salud mental de las personas (Shultz et al., 2014; Tsang et al, 2014; Yip et al, 2010; citado por UN, 2020).

Basta con preguntarse ¿Qué actividades era posible realizar antes de la pandemia que no es posible realizar ahora? ¿Qué temores o preocupaciones cotidianas han surgido, que no estaban presentes antes de la pandemia? ¿Cómo ha cambiado la interacción y relacionamiento entre las personas con la llegada de este virus? Aunque las respuestas pueden ser muy diversas, tienen un denominador común: el cambio abrupto e inesperado en la cotidianidad, unido a la falta de información e incertidumbre sobre el futuro cercano. A medida que el virus se ha esparcido en más países y territorios, las actividades individuales, familiares, comunitarias, e incluso las actividades laborales y productivas se han visto afectadas a nivel nacional e internacional, generando situaciones de crisis en distintos niveles.

A partir de la pandemia por COVID-19 un gran número de personas están experimentando un aumento en el estrés en relación con el impacto del virus en su salud o la de sus familias. Según el Comité Permanente entre Organismos (IASC, 2020) los factores de estrés asociados a la pandemia por COVID-19 pueden incluir: el riesgo de estar infectado e infectar a otros; la confusión de síntomas comunes de otros problemas de salud con COVID-19, provocando miedo a estar infectado; el cuidado de niños y niñas ante los cierres de las escuelas; así como el deterioro de la salud física y mental de poblaciones más vulnerables como las personas mayores o con discapacidades, entre otros.

Algunas de las respuestas comunes que pueden presentar las personas afectadas por COVID-19 directa o indirectamente pueden incluir miedo a enfermarse y morir, evitar acercarse a centros de salud por temor a infectarse, y miedo a perder el sustento, a no poder trabajar o a ser despedidas. En los países en los que se han implementado medidas de distanciamiento físico y/o cuarentena, las personas pueden estar experimentando miedo de ser excluidas o enviadas a aislamiento por estar asociadas con la enfermedad, ya sea por tratarse de un caso sospechoso o por situaciones de racismo. Además, pueden sentir impotencia al querer proteger a sus seres queridos mediante el distanciamiento, pero también miedo de ser separadas de ellos debido al régimen de cuarentena. Además, pueden tener miedo a la sensación de desamparo, aburrimiento, soledad y depresión que puede causar el aislamiento, así como miedo a revivir experiencias de epidemias anteriores (IASC, 2020).

Muchas personas que se encuentran separadas forzosamente de sus seres queridos y redes de apoyo y están experimentando otras consecuencias psicológicas negativas del aislamiento prolongado. Las mujeres, niños y niñas han visto un aumento en la violencia doméstica y el abuso, vinculado a las medidas de confinamiento en el hogar. Asimismo, el exceso de información sobre el virus y sus consecuencias negativas, tanto de fuentes confiables, como de rumores y otras fuentes no confiables, genera confusión e incertidumbre y se ha convertido en una causa común de estrés en las poblaciones afectadas (UN, 2020).

La fragilidad repentina en algunos mercados laborales y particularmente en los sectores informales de la economía, han provocado que muchas personas estén enfrentando dificultades financieras por la pérdida de empleo o medios de subsistencia. La desesperanza asociada a la pérdida del empleo y fragilidad económica ha sido asociada previamente con un aumento de las muertes por suicidio y uso de sustancias psicoactivas. Tal fue el caso de las llamadas “muertes por desesperación” que tuvieron lugar durante la crisis económica de 2008, entre personas estadounidenses en edad laboral (Case y Deaton, 2020 mencionado por UN, 2020). Ante este panorama, no sorprenden los niveles inusualmente aumentados de síntomas de depresión y ansiedad que han sido reportados por varios países afectados por la pandemia (UN, 2020)

Según indicó la Comisión de Salud Mental Global de The Lancet, compuesta por un grupo de exper-

tos internacionales en temas de salud mental, los problemas de salud mental existen en el marco de un continuum que va desde el distrés moderado y temporal hasta condiciones de salud mental severas (Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development, 2018; mencionado por UN, 2020). La pandemia por COVID-19 puede modificar el lugar que ocupan las personas dentro de este continuum, debido a los múltiples nuevos estresores asociados a la emergencia. Asimismo, es posible que quienes antes habían experimentado situaciones de ansiedad o distrés, vean aumentada la intensidad o frecuencias de estos episodios, que desarrollen un trastorno mental o que sufran el deterioro de una condición preexistente (UN, 2020).

Las consecuencias de esta pandemia para la salud mental son cada vez más evidentes. No obstante, la magnitud del problema ha hecho que la gran mayoría de necesidades de salud mental permanezcan desatendidas (UN, 2020). La incapacidad general para responder oportunamente a las necesidades de salud mental asociadas a la pandemia, tienen su raíz en la baja inversión histórica de los estados y otros actores en la modernización de los servicios de salud mental, especialmente en el fortalecimiento de los servicios de salud mental de base comunitaria. Hoy día la salud mental continúa siendo una de las áreas más desatendidas de la salud. Los países gastan en promedio un 2% de sus presupuestos en salud mental (ídem), lo que ha probado ser insuficiente para cubrir adecuadamente las necesidades de las poblaciones.

COVID-19 Y LA SALUD MENTAL Y BIENESTAR PSICOSOCIAL DE LAS PERSONAS MIGRANTES

Existe vasta evidencia que indica que la migración constituye un determinante social de la salud y la salud mental (IOM, 2017; OIM 2017a; 2017b). Esto implica que la salud mental está influenciada no solamente por factores individuales, sino también por las condiciones económicas, sociales y ambientales en que se encuentra la persona durante su vida y a lo largo del proceso migratorio. Para todas las personas migrantes, sin importar la categoría en la que se les clasifique, el migrar puede resultar estresante y complejo, ya que implica dejar el país de origen para adaptarse a un contexto, cultura y situación de vida nuevos (Carta et al. 2005; Bhugra, 2004). Si bien migrar no implica siempre un aumento del riesgo para la salud mental, cuando el proceso migratorio se da en condiciones adversas, el bienestar físico y mental de las personas puede verse comprometido.

El género femenino, las edades avanzadas, el acceso limitado a familiares u otras redes de apoyo, las barreras de idioma en el país de destino, las condiciones de vivienda inadecuadas, el bajo nivel educativo, el bajo estatus socioeconómico, así como la exposición prolongada y acumulativa a situaciones extremas a lo largo del proceso migratorio (especialmente durante la migración forzada), la detención post migratoria, el asilo y la deportación son todos factores asociados al desarrollo de trastornos mentales en población migrante (IOM, 2017; Bhugra 2001; Straiton et al. 2006; Miller, 2004; Porter, 2005) (1, 16-20). A pesar de estos hallazgos, la variación entre estudios sobre prevalencias de trastornos mentales en

personas migrantes y refugiadas es muy amplia y no se cuenta con evidencia clara y consistente que muestre mayores prevalencias de trastornos mentales en comparación con las poblaciones de acogida (WHO, 2018).

Partiendo de lo anterior, y entendiendo que la salud mental es más que solamente la ausencia de enfermedades mentales, la pandemia por COVID-19 supone una serie de desafíos y riesgos adicionales para las personas migrantes, quienes deben enfrentar esta crisis sin contar necesariamente con los recursos o condiciones necesarias para protegerse adecuadamente contra el virus. Según la OIM (2020a) en este contexto la salud mental y el bienestar psicosocial de ciertos grupos de población se encuentran en mayor riesgo; tal es el caso de las personas en centros de detención, identificación o tránsito de migrantes, quienes se encuentran en albergues o campamentos (tanto oficiales como temporales), las personas migrantes varadas, así como las personas víctimas de trata y migrantes en condiciones de explotación.

ACCESO DE LAS PERSONAS MIGRANTES A SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Incluso antes de la pandemia el acceso a servicios de salud mental de calidad y de bajo costo, particularmente en contextos humanitarios era muy limitado en la mayoría de los países, pero especialmente en los países de ingreso bajo y medio. La pandemia ha causado una disrupción en los servicios de salud alrededor del mundo, ocasionando una disminución mayor de la disponibilidad de servicios de salud mental en los países

más afectados por el virus. Entre las principales causas de esta situación se encuentra: el riesgo de infección en establecimientos de larga estancia, incluyendo los hospitales y centros de acogida; las barreras para prestar servicios cara a cara; el personal de salud mental que se ha infectado del virus; y el cierre de establecimientos de salud mental para convertirlos en establecimientos para atender personas infectadas de COVID-19 (Sani et al, 2020 mencionado por UN, 2020).

Partiendo de que incluso antes de la pandemia las poblaciones migrantes eran ya especialmente vulnerables a inequidades en salud (OIM, UNFPA (2012), el contexto de crisis sanitaria ha impactado también el acceso de las personas migrantes a servicios de salud y salud mental culturalmente sensibles y de calidad. Entre las principales barreras se encuentran: el limitado acceso a información sobre sus derechos, sobre el funcionamiento del sistema de salud y sobre los servicios disponibles en el país, la limitada cobertura de los esquemas de seguridad social y barreras de idioma. Asimismo, al provenir de otras tradiciones y culturas, muchas veces las personas migrantes poseen modelos explicativos del distrés emocional diferentes a los del país de acogida, así como creencias y actitudes hacia los servicios de salud mental que se convierten en un obstáculo para que las personas migrantes decidan utilizar los servicios disponibles (WHO, 2018).

El tema del idioma es una de las barreras más importantes para las personas migrantes. En el contexto de la pandemia por COVID-19 es posible que la información sobre los servicios y apoyos disponibles no sea accesible en un idioma que to-

das las personas migrantes puedan comprender. Asimismo, es posible que el personal de salud encargado de hacer la clasificación de casos sospechosos o de determinar a quién debe hacerse una prueba por COVID-19 no esté preparado para entrevistar personas migrantes de diferentes orígenes culturales y que hablan idiomas distintos al del país de acogida. Adicionalmente, las personas migrantes en condición irregular pueden tener dudas para hacer uso de los servicios de salud mental por miedo a ser reportados a las autoridades migratorias y tampoco cuentan con los medios para pagar los tratamientos de su bolsillo (WHO, 2018; Priebe et al, 2016).

Si bien la mayoría de los países de Latinoamérica ofrecen servicios de salud de emergencia a las personas migrantes sin importar su condición migratoria, especialmente en los casos de enfermedades altamente contagiosas en línea con el RSI (2005), el acceso a servicios de salud especializados como suelen ser los servicios de salud mental sigue siendo muy limitado. De la misma manera, la posibilidad de acceder a otros servicios como alojamiento seguro o alimentación que en el contexto de crisis también están siendo demandados por las poblaciones locales, es más limitada; colocando a las personas migrantes en una situación de mayor vulnerabilidad.

EL ROL DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN DURANTE LA PANDEMIA

Si bien los medios de comunicación son esenciales para mantener a las poblaciones informadas sobre los riesgos y las medidas de protección ante

la pandemia, para las personas migrantes esto puede implicar una sobreexposición a información altamente estresante, así como a imágenes fuertes de personas enfermas y fallecidas. Debido a la poca familiaridad con las fuentes de información en el país de acogida, es posible que las personas migrantes no sepan distinguir entre las fuentes confiables y no confiables, generando confusión sobre las medidas que deben seguir. Asimismo, es posible que estén sufriendo una doble exposición a información estresante al seguir los medios de comunicación del país de acogida y del país de origen, cuyos mensajes pueden ser distintos según el momento de la epidemia en que se encuentra cada país y las medidas tomadas por las autoridades locales para hacer frente al virus. A lo anterior se suma la barrera del idioma que puede implicar un limitado acceso a información confiable, o dar pie a malentendidos y rumores cuando no se comprenden las sutilezas de los mensajes que se quieren comunicar en un idioma distinto al propio (IOM, 2020a).

ESPACIOS DE VULNERABILIDAD PARA LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS MIGRANTES

La pandemia se ha convertido en una fuente adicional de estrés para muchas personas migrantes que ya vivían en condiciones precarias y con mucha incertidumbre acerca de su futuro. Algunos lugares como los campamentos, albergues y centros tránsito representan un verdadero riesgo para las personas migrantes ante la imposibilidad de adherirse a las recomendaciones de higiene, distanciamiento social y aislamiento y la inminente propagación del virus.

Para las personas migrantes en tránsito, las medidas de cierre de fronteras han significado una importante fuente de estrés debido a la suspensión de la mayoría de los programas de retorno y reasentamiento, así como la imposibilidad de seguir su proyecto migratorio generando mucha incertidumbre sobre el futuro. Además, las personas migrantes que se encuentran en albergues de tránsito a menudo viven en espacios hacinados y tienen poco acceso a sus redes de apoyo. Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) vivir en condiciones adversas puede aumentar los sentimientos de miedo, distrés y enojo de las personas migrantes (2020a). Además, la adversidad es un factor de riesgo conocido para los problemas de salud mental de corto y largo plazo (Dohrenwend, 2000; mencionado por UN, 2020).

En los centros de detención y otros espacios en donde la movilidad de las personas migrantes está restringida, es común que circule información inexacta y rumores sobre la pandemia y que sea difícil escapar de ellos. Asimismo, las medidas de contención y aislamiento podrían implicar la cancelación de visitas, aumentando el riesgo de aislamiento (IOM, 2020a). Según la OIM, las personas migrantes detenidas podrían experimentar un aumento del estrés, enojo y frustración, resultando en mayor tensión al interior de estos establecimientos (IOM, 2020a).

Las personas migrantes que viven en entornos urbanos pueden estar enfrentando condiciones de alojamiento inadecuadas ante las medidas de confinamiento obligatorio impuestas por algunos países. Estas pueden incluir hacinamiento, limitado acceso a redes de apoyo y dificultades para la

subsistencia. Dichas situaciones pueden agravar también el estrés asociado a su condición migratoria (IOM, 2020a)

Más allá del lugar en que se encuentren, en términos generales, las medidas implementadas por los gobiernos para mitigar los efectos de la pandemia tienen importantes impactos en la movilidad de las personas. Las medidas de restricción de fronteras, la imposición de medidas sanitarias de aislamiento obligatorio al ingresar a un territorio, las medidas de confinamiento total o parcial afectan especialmente a las personas migrantes, crean cuellos de botella y provocan un aumento de la ansiedad de quienes se encuentran a la espera. Según indica la OIM, permanecer en cuarentena o aislamiento por periodos prolongados puede conducir a estrés, agotamiento, desapego emocional, irritabilidad, insomnio, ansiedad, aumento del uso de sustancias psicoactivas, baja concentración, indecisión, bajo rendimiento laboral, desmotivación y/o desánimo. Estas emociones pueden permanecer posterior al periodo de aislamiento (IOM, 2020a).

Asimismo, las personas migrantes suelen ser sujetas a violaciones a sus derechos fundamentales, incluyendo xenofobia y discriminación (OIM, 2016). En el contexto de COVID-19 esto puede incrementarse al aludir que las personas migrantes son portadoras del virus, cuando en realidad el verdadero problema son las condiciones inadecuadas en las que algunas personas migrantes deben hacer frente a la pandemia, aumentando el riesgo de que contraigan el virus.

ORGANIZACIÓN DE LA RESPUESTA DE SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL DE MIGRANTES ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

En el contexto de respuesta a emergencias o situaciones humanitarias el Comité Permanente entre Organismos (conocido como IASC por sus siglas en inglés) utiliza el término compuesto “salud mental y apoyo psicosocial” (SMAPS) para describir “cualquier tipo de apoyo local o externo con miras a proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o tratar trastornos mentales” (IASC, 2007). El sistema humanitario global, que incluye, pero no se limita a las Agencias del Sistema de Naciones Unidas, utiliza este término para agrupar una amplia variedad de actores que trabajan de manera conjunta en la respuesta ante situaciones de emergencia.

En el marco de una crisis sanitaria como la provocada por la pandemia por COVID-19 la respuesta a la emergencia debe incorporar no solamente a los actores del sector salud, sino también a los actores del sector social, económico, educativo y de seguridad, entre otros sectores que deben confluir para asegurar una respuesta sólida que responda a las distintas necesidades de las poblaciones. El término compuesto SMAPS permite incorporar la terminología utilizada en sectores diversos, incorporando así abordajes biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales y antropológicos en la respuesta a una misma emergencia.

Como parte de las acciones de respuesta a la emergencia por COVID-19, el grupo de referencia de IASC en SMAPS está apoyando equipos en más de veinte emergencias humanitarias, con el objetivo de fortalecer la respuesta ante esta pan-

demia. Además, tanto IASC junto como otros organismos internacionales e instituciones especializadas han desarrollado una gran cantidad de documentos técnicos que buscan servir como guía para la organización de las actividades de apoyo a distintos grupos de población, incluyendo las poblaciones migrantes (IASC, 2020; IOM, 2020a).

IASC (2007) rige toda acción de SMAPS en situaciones de emergencia a partir de seis principios fundamentales (ver Tabla 1). Estos principios permiten asegurar la protección de los derechos humanos de las personas beneficiarias, el involucramiento de las comunidades locales, la calidad de las intervenciones, la sostenibilidad posterior a la emergencia y la coordinación entre los diferentes actores en el terreno.

TABLA 1

Principios fundamentales propuestos por IASC para la respuesta de SMAPS en situaciones de emergencia

PRINCIPIO FUNDAMENTAL	DEFINICIÓN BREVE
1. Derechos humanos y equidad	Promover los derechos humanos de las personas afectadas por la emergencia, protegiendo a los grupos de más riesgo de vulneración de sus derechos.
2. Participación	Maximizar la participación de las poblaciones afectadas por la emergencia, incluyendo diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de la asistencia brindada; y facilitando la recuperación del control de las decisiones que afectan sus vidas y se apropien de las acciones de asistencia que se llevan a cabo en sus comunidades
3. Ante todo, no dañar	Comprender que la asistencia humanitaria y el trabajo en SMAPS puede causar daños no intencionales en las mismas poblaciones que se desea asistir, por lo que se deben implementar acciones para reducir el riesgo de daño como implementar únicamente acciones basadas en evidencia y desarrollar sensibilidad cultural y asegurar que los equipos cuenten con las competencias técnicas adecuadas para brindar la asistencia.
4. Aprovechar los recursos y capacidades disponibles	Fomentar las capacidades locales de las poblaciones afectadas, apoyando su capacidad de agencia, autoorganización y autoayuda, fortaleciendo los recursos que ya existen a nivel comunitario y procurando la sostenibilidad de los procesos.
5. Sistemas de apoyo integrados	En lo posible procurar que las actividades desarrolladas como respuesta a la emergencia sean integradas en sistemas más amplios a nivel comunitario o nacional, como puede ser el sistema de salud local, de manera que se beneficie un mayor número de personas, las acciones sean más sostenibles y generen menor estigma.
6. Apoyos a niveles múltiples	Responder a las diversas necesidades de salud mental y bienestar psicosocial de las poblaciones organizando un sistema en múltiples niveles bien diferenciados pero complementarios y simultáneos. Estos niveles deberán incluir: servicios básicos y seguridad; apoyos a la comunidad y la familia; apoyos focalizados; y servicios especializados.

Elaboración propia a partir de IASC, 2007

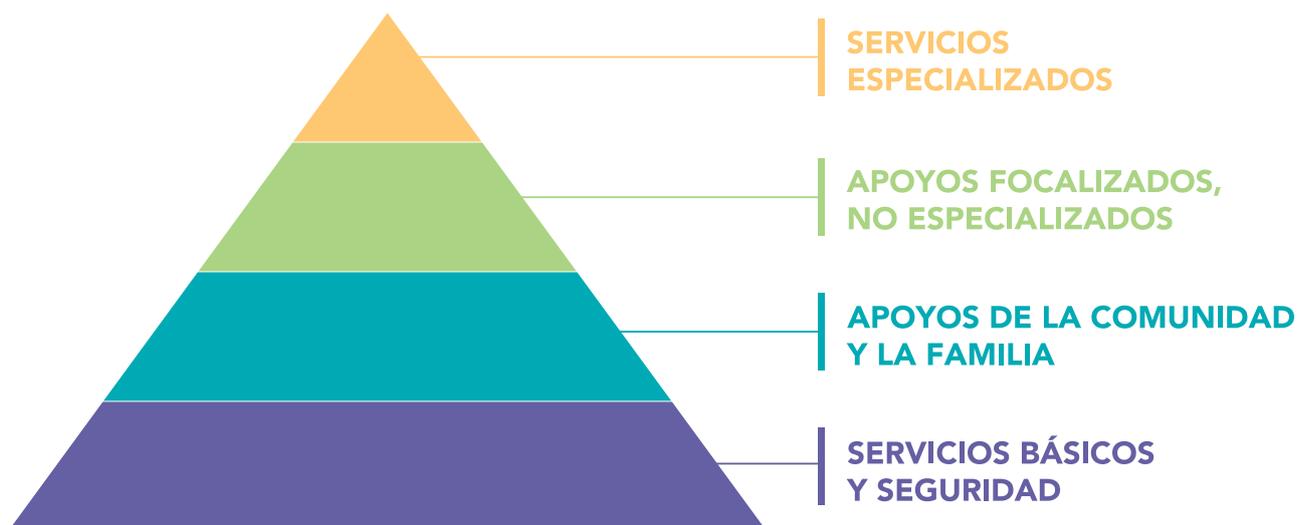
La recomendación de IASC de organizar la respuesta de SMAPS en apoyos de niveles múltiples aplica a los esfuerzos para responder a las necesidades de salud mental y bienestar psicosocial de las poblaciones migrantes ante la pandemia por COVID-19. La pirámide propuesta por IASC (ver figura 1) es la base para la organización de una respuesta sólida de SMAPS ante una emergencia y debe ser entendida como un marco de referencia para guiar a los actores locales en la organización de las acciones, procurando existan servicios disponibles y accesibles para las poblaciones migrantes en todos los niveles de la pirámide. Cabe destacar que esto no implica que un solo actor deberá proveer de todos los servicios indicados, sino más bien que se deberá promover la coordi-

nación oportuna con los demás actores involucrados en la respuesta, tanto gubernamentales como de sociedad civil y organismos internacionales, evitando así la duplicación de acciones, el desperdicio de recursos valiosos y la generación de mayor confusión en las rutas de acceso a los servicios requeridos por las poblaciones afectadas.

Ante las restricciones de movimiento y de interacción física con las poblaciones beneficiarias existentes el contexto de la pandemia por COVID-19, se han implementado métodos innovadores de prestar servicios de salud mental vía remota y han surgido iniciativas para fortalecer el apoyo psicosocial de los más vulnerables (UN, 2020).

FIGURA 1

Pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias



Fuente: IASC, 2007

RECOMENDACIONES PARA RESPONDER A LAS NECESIDADES DE SMAPS DE LAS PERSONAS MIGRANTES

Tanto la OMS como otras organizaciones especializadas en salud han propuesto una serie de recomendaciones para atender las necesidades de SMAPS de las poblaciones durante la pandemia por COVID-19. En esta línea el IASC desarrolló una Nota Informativa sobre cómo abordar la salud mental y aspectos psicosociales del brote por COVID-19 (IASC, 2020). La nota incluye una serie de recomendaciones específicas a tener en cuenta para el desarrollo de una respuesta de SMAPS robusta, entre las que se incluyen:

- ▶ Adaptar las acciones de SMAPS al contexto local, entendiendo que el virus se propaga a diferentes ritmos en los distintos países y que cada localidad contará con necesidades específicas y recursos diferenciados para hacer frente a la crisis conforme va evolucionando el brote;
- ▶ Fortalecer la SMAPS en la respuesta al COVID-19, asegurando que las consideraciones psicosociales y de salud mental sean tomadas en cuenta en el diseño global de la respuesta, incluyendo en el diseño de mensajes preventivos apropiados para el público meta, en los procesos de identificación de casos sospechosos y positivos, la planificación de sitios de cuarentena, entre otros aspectos;
- ▶ Implementar mecanismos de coordinación claros entre todos los sectores y actores involucrados en la respuesta, facilitando el intercambio de información y la comunicación, partiendo de la premisa de que la SMAPS debe conside-

rarse una cuestión transversal que trasciende al sector salud;

- ▶ Partir de los servicios existentes en cada región y país, iniciando con un mapeo de las estructuras disponibles en cada localidad para apoyar los esfuerzos de SMAPS. La identificación y depuración de las líneas de remisión o referencia de casos entre las distintas instancias involucradas se considera una acción crítica, así como asegurar que las personas que están brindando asistencia de SMAPS estén capacitadas para ejercer dichas funciones con las diferentes poblaciones. Se sugiere además, tomar todas las precauciones para asegurar que las personas con trastornos mentales preexistentes o emergentes tengan continuidad de acceso a su medicación, así como a otros apoyos psicosociales comunitarios e institucionales, durante el brote;
- ▶ Fortalecer de las estructuras de atención locales, incluyendo las estructuras gubernamentales formales, los sectores de la sociedad civil, las organizaciones de base religiosa y líderes comunitarios.
- ▶ Crear o fortalecer de entornos de protección de los grupos más vulnerables, tales como las líneas telefónicas de ayuda directa para las personas que se sientan angustiadas;
- ▶ Incorporar un enfoque de “toda la sociedad”, lo que implica ocuparse de las necesidades de toda la población y no solamente de quienes han tenido contacto directo con el virus o con personas de grupos de edad, género o país de origen particular;

- Planificar con una perspectiva a largo plazo, considerando que los recursos que se inviertan puedan fortalecer estructuras de salud mental, asistencia y bienestar a largo plazo, aun después de que sea superada la crisis.

En la misma línea de IASC y con el fin de apoyar a los equipos de primera respuesta en sus actividades de apoyo a la salud mental y bienestar psicosocial de las poblaciones migrantes, la OIM desarrolló una Guía y Caja de herramientas sobre SMAPS en la respuesta al COVID-19. Si bien esta guía fue diseñada en principio para ser utilizada por los equipos de OIM, las recomendaciones y recursos pueden resultar útiles para cualquier organización que trabaje con personas migrantes en distintos espacios de vulnerabilidad como campamentos, centros de detención y tránsito, entornos urbanos y albergues, entre otros espacios.

Entre las recomendaciones para la ampliación de las acciones de SMAPS con población migrante en el contexto de la pandemia, la OIM sugiere promover la implementación de medidas de protección e higiene, particularmente en entornos en donde el distanciamiento físico es difícil de alcanzar como los albergues, centros de detención y campamentos. Se recomienda el desarrollo de campañas de comunicación con enfoques interculturales y utilizando canales informales como redes sociales, podcasts y radio; de manera que la información llegue a las personas migrantes en su idioma. Se recomienda asimismo promover rutinas saludables en las personas migrantes, pero considerando las posibilidades de cada contexto para implementarlas. En este sentido se recomienda también facilitar el equipo e insumos necesarios

para llevar a cabo las actividades de forma segura, teniendo en cuenta las provisiones nacionales de salud, higiene y distanciamiento. Asimismo, se recomienda la organización de rituales religiosos diarios o semanales para las personas migrantes en los idiomas adecuados, tanto vía remota como presencial en caso de ser posible, así como la facilitación de rituales funerarios para quienes deben enfrentar la pérdida de un ser querido durante la pandemia (IOM, 2020a).

UN LLAMADO A LA PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y BIENESTAR PSICOSOCIAL DE LAS PERSONAS MIGRANTES ANTE LA PANDEMIA

La buena salud mental es un aspecto crítico para el funcionamiento social y debe estar al frente y al centro de toda respuesta país para recuperarse de la pandemia por COVID-19 (OMS, 2020a). En mayo de 2020, en el marco del lanzamiento del *Policy Brief* sobre COVID-19 y la necesidad de actuar en la salud mental, el Secretario General de Naciones Unidas hizo un llamado a la comunidad internacional y a los estados para ampliar las acciones que buscan proteger y promover la salud mental y bienestar de las personas afectadas por la pandemia, especialmente quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad. Según las Naciones Unidas, la continuidad y fortalecimiento de los servicios y programas de salud mental debe considerarse una prioridad en el marco de la respuesta ante la crisis sanitaria por COVID-19, evitando un aumento en los trastornos mentales en el futuro. De manera positiva, la respuesta a la pandemia representa a su vez una oportunidad

para mejorar la disponibilidad y costo-efectividad de intervenciones en salud mental urgentes, más allá del contexto de crisis sanitaria (UN, 2020).

En aras de proteger y promover la salud mental de las poblaciones ante de la pandemia por COVID-19, las Naciones Unidas recomiendan priorizar tres acciones que se detallan en el Policy Brief mencionado anteriormente. En primera instancia, se sugiere aplicar un abordaje de toda la sociedad para promover, proteger y cuidar la salud mental de las personas, asegurando incluir un abordaje psicosocial en las acciones fuera del sector salud, y respondiendo proactivamente a las adversidades que enfrentan ciertos grupos de población. Esto implica, por ejemplo, trabajar de manera concertada con otros actores para comunicar sobre COVID-19 en formas que promuevan la salud mental y el bienestar psicosocial de las poblaciones. Esto significa también, en el caso de las poblaciones migrantes incorporar el lenguaje intercultural en la atención, asegurando que la información esté disponible en un idioma que puedan comprender (UN, 2020).

En segundo lugar, asegurar la disponibilidad ampliada de servicios de salud mental y apoyo psicosocial de emergencia, incluyendo: apoyar acciones comunitarias que fortalecen la cohesión social, reducen la soledad y promueven el bienestar psicosocial de los grupos más vulnerables; mejorar el acceso a intervenciones remotas como la tele-terapia, asegurar la continuidad de la atención para personas con condiciones severas y discapacidad psicosocial, y priorizar la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales severos y discapacidad psico-

social, asegurando el acceso equitativo a servicios de salud relacionados con la pandemia (ídem).

En tercer lugar, apoyar la recuperación de la pandemia construyendo servicios de SMAPS que sean útiles a futuro. Esto implica aprovechar el interés actual en el tema para promover el establecimiento de servicios de salud mental de base comunitaria, no institucionales. Promoviendo la inclusión de los servicios de salud mental como parte de la cobertura universal de las personas más vulnerables, incluyendo las personas migrantes en situación irregular, y fortaleciendo las capacidades del recurso humano para brindar asistencia en SMAPS a personas migrantes, con un enfoque intercultural (incluyendo los actores fuera del sector salud, como sociedad civil y líderes comunitarios) (ídem).

Ante un panorama como el actual, en donde la movilidad humana es un factor relevante que debe ser considerado en todas las acciones de respuesta a la emergencia, el verdadero reto para la comunidad internacional, para los estados y otros actores involucrados está en responder a las necesidades de salud mental tomando en consideración los contextos migratorios y las necesidades específicas identificadas para los grupos más vulnerables. Esto implica planificar desde una perspectiva de salud pública, integrando a las poblaciones migrantes a los servicios de salud mental preexistentes, prefiriendo los servicios de salud mental de base comunitaria y tomando en cuenta aspectos geográficos, culturales y de idioma, en los esfuerzos de ampliación y fortalecimiento de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial locales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bhugra, D.

2004 Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, N°109, págs. 243 a 258.

Carta, M.G., M., Bernal, M.C., Hardoy, J.M., Haro-Abad

2005 Report on the Mental Health in Europe Working Group. Migration and mental health in Europe (State of the Mental Health in Europe Working Group: appendix 1). *Clinical Practice Epidemiology Mental Health*. Págs. 1 a 13.

Inter-Agency Standing Committee (IASC)

2007 Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes. Puede consultarse en: <https://www.who.int/hac/techguidance/iascguidelinespanish.pdf?ua=1>

2020 Nota Informativa provisional: Cómo abordar la salud mental y los aspectos psicosociales del brote de COVID-19. Puede consultarse en: https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Spanish%29_0.pdf

International Organization for Migration (IOM)

2017a Health of Migrants: Resetting the Agenda. Report of the 2nd Global Consultation. Geneva, Switzerland. Puede consultarse en: https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/DMM/Migration-Health/GC2_SriLanka_Report_2017_FINAL_22.09.2017_Internet.pdf

2020a Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) in the COVID-19 Response: Guidance and Toolkit for the use of IOM MHPSS Teams: Version II. IOM, Geneva.

Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

2012 Pautas para mejorar el bienestar psicosocial de las poblaciones migrantes y en situación vulnerable. Puede consultarse en: http://publications.iom.int/system/files/pdf/pautas_para_mejorar.pdf

2016 Informe Regional sobre Determinantes de la Salud de las Personas Migrantes Retornadas o en Tránsito y sus familias en Centroamérica. Imagen Gráfica El Salvador, S .A. de C.V. 82 págs.

2017a Lineamientos Estratégicos para el Abordaje de la Salud de Personas Migrantes en tránsito por Mesoamérica. OIM San José, Costa Rica. Puede consultarse en: <http://rosanjose.iom.int/site/sites/default/files/Lineamientos%20Estrat%C3%A9gicos%20para%20el%20Abordaje%20de%20la%20Salud%20de%20las%20personas%20Migrantes%20en%20Transito%20por%20Mesoam%C3%A9rica%202017.pdf>

2017b Informe sobre las Migraciones en el Mundo. Puede consultarse en: https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2018_sp.pdf

OIM, UNFPA

2012 Manual de Referencia: Migración Saludable en América Central. Puede consultarse en: https://publications.iom.int/es/system/files/pdf/manual_referencia_1.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS)

2016 Reglamento Sanitario Internacional (2005). Puede consultarse en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246186/9789243580494-spa.pdf;jsessionid=12D24DF83D582C961379619CB383CEB8?sequence=1>

2020a Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV). Puede consultarse en: [https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

2020b Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. Puede consultarse en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

2018 Atlas de salud mental de las Américas 2017. Washington, D.C. Puede consultarse en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49664>

Priebe, S., D. Giacco y R. El-Nagib

2016 Public health. aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. Puede consultarse en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/317622/HEN-synthesis-report-47.pdf?ua=1

United Nations (UN)

2020 United Nations Policy Brief: Covid-19 And The Need For Action On Mental Health. Puede consultarse en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf

World Health Organization (WHO)

2018 Mental Health Promotion and mental health care in refugees and migrants: technical guidance. Puede consultarse en: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/mental-health-promotion-and-mental-health-care-in-refugees-and-migrants-2018>

MIGRACIÓN Y GÉNERO EN ARGENTINA EN CONTEXTO DE COVID-19

Azul Picón, Georgina Sticco, Amanda Huerta Morán

El Covid-19 desató una emergencia sanitaria y económica a nivel mundial. Sin embargo, no afecta a todas las personas por igual. Las mujeres y las personas migrantes son dos de los colectivos que se ven afectados con mayor dureza, dado que vivían situaciones de vulnerabilidad social previo a la pandemia. En este contexto excepcional, trataremos de analizar desde una perspectiva interseccional y de género cómo es la situación de las mujeres migrantes y personas Trans, así como sugerir buenas prácticas.

INTRODUCCIÓN

La migración es, ante todo, un derecho humano inalienable y es inherente a la condición humana. Las personas históricamente han migrado. Según el Informe sobre las migraciones en el mundo 2020, publicado por OIM, en 2019 alrededor de 272 millones de personas residían fuera del país en el que nacieron, es decir el 3,5% de la población mundial. La migración es un fenómeno com-

plejo, que combina factores objetivos y subjetivos, y que puede darse a gran escala o de manera singular. Las mujeres constituyen la mitad de esa población migrante a nivel mundial.

Los motivos que llevan a las personas a migrar no son siempre ni solamente su propia voluntad. Existen condiciones estructurales que impulsan la movilidad de las personas, que pueden ser económicas (necesidad de mano de obra en países de destino, pobreza crónica, crisis, catástrofes), políticas y sociales (persecución, guerras, conflictos nacionales o étnicos), en las que se enmarcan los procesos migratorios. Las mujeres también migran escapando de situaciones de violencia de género, y existe una razón menos estudiada de migración que es por motivos de identidad de género u orientación sexual, donde las personas buscan países con mayores niveles de aceptación y oportunidades. Otros motivos no voluntarios, aún más complejos son: trata de personas, refugiados/as y solicitantes de asilo. Entender esta complejidad y analizarla desde una perspectiva

de género e interseccional, permite enriquecer el estudio del fenómeno.

Tradicionalmente los estudios sobre migraciones no tuvieron un enfoque de género. Las mujeres fueron invisibilizadas o incluidas como meras acompañantes de las decisiones de los varones migrantes, quienes encarnaron la figura del migrante autónomo. Pero desde hace algunas décadas se viene expresando y estudiando una tendencia a la feminización de las migraciones. Este concepto no refiere solamente a que la cantidad de mujeres que migra es mayor, sino también a que cada vez más lo hacen de manera autónoma o como pioneras del movimiento familiar. Es decir que se trata de un proceso cualitativo y cuantitativo de mujeres que migran sin estar “asociadas” a un varón que lo haya hecho previamente (Pombo, 2014).

MIGRACIÓN Y GÉNERO DESDE UNA MIRADA INTERSECCIONAL

El género es una construcción histórica y social que organiza las relaciones entre los sexos a partir de las diferencias biológicas. Consiste en un conjunto de ideas, mandatos, representaciones y valoraciones que la sociedad asigna a lo femenino y a lo masculino: roles, funciones, actitudes, comportamientos que son constitutivos de la subjetividad de las personas y están presentes en todos los ámbitos de la vida social. Esta variable no solo es relacional, sino que además es jerárquica (constituye relaciones de poder) y no refiere simplemente a varones y mujeres en el sentido biológico. Como herramienta de análisis, el género nos

permite desnaturalizar las diferencias construidas en torno a la femineidad y masculinidad y reparar en las desigualdades que conllevan.

Abordar las migraciones con perspectiva de género implica estudiar cómo esta variable atraviesa todos los aspectos de la experiencia migratoria. El género incide en una multiplicidad de factores entre los que se encuentran las motivaciones que llevan a las personas a migrar, las decisiones acerca de quiénes deben migrar, las vicisitudes y riesgos en el tránsito fronterizo, las redes sociales y la inserción laboral en el país de destino, el envío y administración de remesas, los vínculos con el país de origen y los programas y políticas públicas implementados para migrantes, entre otras cuestiones (Pombo, 2014). Es decir, que el género tiene implicancias y repercusiones multidimensionales (a nivel individual, familiar, local, nacional, transnacional) y puede influir prolongando los roles tradicionales y las relaciones de desigualdades entre varones y mujeres, aunque también —en algunos casos— para desafiarlos y cambiarlos.

El concepto de interseccionalidad hace referencia a que las mujeres no son un grupo homogéneo, sino que hay un conjunto de experiencias de opresión que se articulan profundizando las condiciones de desigualdad que viven las diferentes mujeres. Categorías como la clase, la raza, la etnia, la identidad de género, la orientación sexual, la condición de migrante, entre otras, también están jerarquizadas y se interrelacionan de manera tal que exponen a mayores situaciones de vulnerabilidad, violencia y discriminación a quienes combinan estas características. Así como no están en la misma situación los varones que las mujeres,

tampoco lo están las mujeres con estudios universitarios y tez clara, respecto de las mujeres trans, migrantes, pobres y/o afrodescendientes.

En este sentido las posibilidades de inserción laboral varían según el país de origen, el nivel de estudios alcanzados, la pre-existencia de prejuicios sobre una determinada etnia, la edad, la identidad de género y la orientación sexual. Por ejemplo, la situación de las personas migrantes chinas, que están en el país desde hace 30 a 50 años, y cuya población está en su mayoría (70%) inserta en comercio (en particular supermercados, considerados esenciales), no es la misma que la de las personas migrantes venezolanas, entre quienes el 55% tiene un trabajo informal, y en este contexto lo han perdido⁵. En este sentido, conocer la particularidad de las mujeres dentro de sus grupos de origen, permite obtener más información sobre cómo la clave de género se relaciona con la situación de las personas migrantes en Argentina.

FEMINIZACIÓN DE LAS MIGRACIONES

Como mencionamos en la introducción, la feminización de las migraciones es un fenómeno creciente en las últimas décadas. Se trata de un proceso cuantitativo y cualitativo: cada vez son más las mujeres que migran y que lo hacen de manera autónoma. Y esa migración está estrechamente vinculada al desarrollo del capitalismo global y la desigual relación entre países de origen y destino.

En Argentina, el Censo Nacional de Población de 2010, registró 1,8 millones de personas migrantes. Más de la mitad (53,9%) eran mujeres. Cuatro países explican el 68% de estas migraciones: Paraguay (30,5%), Bolivia (19%), Chile (10,6%) y Perú (8,7%). A este perfil de migrante debe añadirse la más reciente migración venezolana que, según datos de la Dirección General de Migraciones en 2018 constituyeron el principal flujo migratorio en el país⁶.

La experiencia migratoria puede ofrecer nuevas oportunidades en beneficio de las mujeres, mayor independencia y autonomía, mejores condiciones económicas. Sin embargo, así como la migración puede operar rompiendo los roles de género tradicionales, puede también afianzarlos y fortalecerlos. En la mayor parte de los casos las mujeres trabajadoras migrantes se enfrentan con barreras como la discriminación, la precarización y la vulneración de derechos, ya sea en el mercado de trabajo como a nivel social.

Si en Argentina las mujeres ya están más expuestas a la precarización laboral, este porcentaje aumenta si al género y la pertenencia de clase se agrega el origen étnico y la situación de migración. Según datos de la EPH, la tasa de empleo en Argentina, es de 43,9% para las mujeres y de 62% para los varones de 14 años y más (Indec/EPH 1t 2020). Esta brecha aumenta 4 puntos porcentuales cuando incorporamos la variable de migración: el 42% de las mujeres migrantes están ocupadas versus el 64% de los varones (Indec/ EPH 1t 2020).

⁵ <https://www.tiempoar.com.ar/nota/impuestos-y-servicios-las-principales-deudas-de-las-familias-en-epocas-de-pandemia>

⁶ <https://www.lanacion.com.ar/economia/empleos/mercado-laboral-el-empleo-informal-crece-al-ritmo-de-las-sucesivas-cri-sis-nid2353100>

Es decir que si en el total de la población urbana, la tasa de actividad muestra una brecha de 18 puntos porcentuales entre varones y mujeres, esta brecha aumenta a 22 pp para las mujeres migrantes. Es importante tener en cuenta que los datos disponibles son del primer trimestre de 2020, es decir, antes de la implementación del ASPO. Por lo tanto, si bien es evidente que las medidas de aislamiento tuvieron un importante impacto a nivel laboral, no disponemos aún de los datos concretos para evaluarlos de una manera comparativa.

En nuestro país, la mayoría de las mujeres migrantes son trabajadoras provenientes de países latinoamericanos que logran acceder principalmente a trabajos caracterizados por la alta informalidad, menor valoración y peor remuneración como el trabajo doméstico remunerado, la manufactura y las actividades agrícolas. El 33% de las mujeres migrantes se emplea en el **sector del servicio doméstico** y el 18% en el **comercio** al por mayor y/o en comisión o consignación. En el caso de los **varones migrantes**, se emplean mayormente en la **construcción** (34%) (Indec/EPH 1t 2020).

La industria textil que en Argentina se caracterizó históricamente por ser la rama industrial que más mujeres empleó, desde hace décadas emplea a mujeres migrantes, principalmente provenientes de Bolivia, en talleres clandestinos, realizando trabajo semiesclavo o servil y cuyo reclutamiento se enmarca muchas veces en la trata de personas con fines de explotación laboral (Fernández y Legnazzi, 2012).

La informalidad de estos trabajos también las pone en peor situación para negociar las condiciones laborales, al no contar con respaldo sin-

dical ni protección jurídica y siendo muy difícil la organización. Las dificultades para acceder a la documentación necesaria para adquirir un estatus migratorio regular (cuya dificultad varía según el país de origen), presenta una nueva barrera en el acceso a los derechos que añaden una cuota más en la falta de protección jurídica y menor acceso a la justicia.

En síntesis, las mujeres migrantes corren más riesgo de sufrir diferentes tipos de violencia: están más expuestas al maltrato emocional, físico, abusos sexuales y de autoridad tanto en el tránsito migratorio como en el país de recepción (Pombo, 2014). A nivel laboral, además de la desprotección y precarización, por las dificultades mencionadas en el acceso a derechos, están expuestas a una mayor vulnerabilidad a la violencia de género, al acoso sexual en el trabajo y en una posición más difícil para hacer frente a estas violencias (Onu Mujeres, 2015).

CONTEXTO DE PANDEMIA

Actualmente estamos viviendo una situación excepcional producto de la pandemia de Covid-19. El desconocimiento de la enfermedad y el virus, y la rapidez en la propagación y contagio del mismo, han llevado a una situación de crisis sanitaria que ha obligado a los países a tomar políticas preventivas de manera urgente: el aislamiento social, la cuarentena, el cierre de fronteras, entre otras, que han causado efectos diferenciales en la población, afectando de manera desigual a los grupos más vulnerables.

En Argentina, como en la mayoría de los países de Latinoamérica, nos encontramos en una situación de aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) desde el 20 de marzo, que ha tenido efectos regresivos en materia laboral y económica y que ha llevado, en muchos casos, a la profundización de las desigualdades en las condiciones de vida de la población.

Las mujeres, las personas LGBTQI+ y la población migrante en general, se encuentra entre los grupos más afectados por las medidas. El espacio Agenda migrante 2020⁷ llevó a cabo un relevamiento⁸ para dar cuenta de la situación de los migrantes en Argentina durante el ASPO. El diagnóstico dio como resultado que el 58% de las personas migrantes dejó de recibir su ingreso o salario a partir de la cuarentena. Solo el 25% tenía trabajo formal antes del aislamiento mientras que un 55% tenía trabajo informal o esporádico (changas).

Si bien se implementaron medidas de ayuda social para disminuir el impacto económico en los sectores más vulnerables, estas resultaron insuficientes y de acceso muy limitado para el sector migrante. Según el diagnóstico el 79% no pudo acceder a ninguna ayuda social. Solo el 6% pudo acceder al Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) mientras que el 47% no pudo registrarse y el 33% se registró pero no se lo otorgaron⁹.

El requisito de poseer una residencia regular de 2 años de antigüedad, resulta restrictivo para muchas de las personas migrantes que se vieron impedidas de acceder a la única medida específicamente implementada para garantizar la subsistencia de estos sectores muy golpeados en lo económico por la implementación del ASPO. Un 29% no tiene la documentación (ya sea porque no la inició, o porque el trámite estaba en proceso o tiene la residencia precaria) y esto constituye una barrera para acceder a otros derechos y beneficios sociales. En este sentido, los más vulnerables entre los migrantes son quienes ingresaron recientemente al país. A la dificultad para el acceso a la documentación que le permite regularizar la situación migratoria, se suma la falta de redes sociales y familiares, que pueden prestar la contención necesaria.

Otro de los problemas relevados a los que estuvieron expuestos es a los abusos y violencia institucional por parte de las fuerzas de control. “De las 1266 personas que contestaron la encuesta, 58 indicaron haber sido víctimas o haber presenciado alguna situación de violencia institucional reflejada en diversas expresiones de abuso de poder policial: arrestos, maltrato por parte de efectivos, pedidos de DNI en forma arbitraria, golpes e insultos” (Agenda migrante, 2020). Lamentablemente, el informe no cuenta con información desagrega-

⁷ Lucía Martínez, “Cuál es la situación de los migrantes en la Argentina durante la cuarentena”, Chequeado.com, 21 de mayo de 2020.

⁸ “Por primera vez en la historia, en 2018 los venezolanos lideraron el ranking de inmigrantes que llegaron al país”, La Nación, 25 de enero de 2019.

⁹ Colectivo integrado por más de 100 organizaciones de migrantes y derechos humanos, entre las que se destacan Amnistía Internacional, el Centro de Estudios Legales y Sociales y la Campaña Migrar no es Delito.

da por género, como para identificar las particularidades de las problemáticas de las mujeres.

En relación a lo laboral, la alta informalidad de los trabajos a los que acceden las personas migrantes implicó que la mayoría hayan perdido su fuente de subsistencia. Muchos de los trabajos como construcción, venta ambulante, changas han sido suspendidos y en el caso de las mujeres también lo fueron los trabajos en casas particulares. Según un estudio realizado a trabajadoras de servicio doméstico solo el 17% pudo continuar trabajando¹⁰.

Los trabajos que no fueron interrumpidos se vieron afectados por otras problemáticas. Por un lado, la limitación o falta de transportes, que impidió la movilidad para realizar actividades consideradas esenciales como por ejemplo la producción frutihortícola que emplea a migrantes bolivianos en algunas zonas rurales. Por otro, que son trabajos con alta exposición al contagio y precariedad, como es el caso de las plataformas como Rappi, Glovo o Uber, que en promedio emplean a más del 50% de migrantes, o los trabajos relacionados al cuidado de niños y niñas, de personas mayores, servicios de salud, cajeros/as o vendedores en comercios de alimentos. Es decir, se expusieron, realizando tareas esenciales, que permitieron que el resto de la población pueda cumplir con el aislamiento bajo la premisa “yo me quedo en casa”. Finalmente, la desprotección característica de los trabajos informales permitió que se perpetraran abusos en las condiciones laborales, por ejemplo

en casas particulares en las cuales empleadores obligaron a las trabajadoras a pasar la cuarentena en su lugar de trabajo.

La falta de ingresos o salarios conlleva a problemas habitacionales (hacinamiento, dificultades para garantizar el pago de alquileres, desalojos, no renovación de contratos) y de inseguridad alimentaria. Como contracara, a la insuficiencia de medidas adoptadas por parte del Estado para paliar esta situación, se contrapusieron numerosas acciones de solidaridad en barrios y asentamientos que se sostuvieron desde las organizaciones de migrantes, centros comunitarios, comedores, etc. que ayudaron a mitigar el impacto, sosteniendo desde lo material como desde lo emocional a las personas más afectadas, proveyendo alimentos, ropa, insumos de limpieza, colaborando con el cuidado de niños/as y adultos/as mayores, etc.

¿QUÉ PASA CON LAS MUJERES?

El virus del Covid-19 y la crisis que desencadenó afecta a todas las personas independientemente de su género. ¿Por qué decimos, entonces, que afecta con mayor fuerza a las mujeres?

Hay dos razones por las cuales las mujeres están más expuestas a las consecuencias de la crisis sanitaria: por un lado, las mujeres son mayoría en las áreas de salud, están sobrerrepresentadas entre las enfermeras y el personal de limpieza, pero

¹⁰ Encuestaron a 1266 personas migrantes, solicitantes de asilo, refugiadas y beneficiarias de visados, entre el 9 y el 26 de abril del corriente. Además realizaron 33 entrevistas en profundidad a referentes de organizaciones y colectivos migrantes del país, con el fin de ofrecer evidencia empírica para conocer la situación de la población migrante ante el avance del coronavirus y realizar recomendaciones en materia de políticas públicas.

también las hay médicas, técnicas y administrativas. Según un informe de la OMS¹¹ el 70% de los/as trabajadores de salud, son mujeres. Así como sucede con las áreas de educación, donde también existe una abrumadora mayoría femenina entre los/as trabajadores, estas ramas feminizadas suelen tener una menor valoración y salarios más bajos. Esto deriva de que son tareas relacionadas con el cuidado, roles tradicionalmente femeninos, y que por ser consideradas una prolongación de tareas “naturalmente” femeninas, suelen tener mayores tasas de precariedad y jornadas extensas. Entre las mujeres migrantes, un 6% de ellas se desempeña en el sector salud, en tanto solo un 3% de los varones lo hacen (Indec/EPH 1t 2020).

En segundo lugar y no por eso menos importante, porque son las mujeres las que realizan en mayor medida tareas de cuidado no remuneradas. El cuidado de niños y niñas, personas mayores y con discapacidad recaen mayoritariamente sobre mujeres y niñas que ante el cierre de establecimientos educativos y de cuidado y la dificultad de acceder a redes o tercerizar el cuidado, han visto aumentada esta labor¹². Según la Encuesta de Uso del Tiempo en contexto de Covid-19, realizada por Grow, las mujeres dedican 2 horas más que los varones al cuidado de niños y niñas, destinan 1 hora más que ellos a acompañarlos en sus tareas escolares y por último, destinan 1 hora más a cocinar y limpiar /desinfectar. En promedio, las mujeres les dedican a las tareas de cuidado y domésticas no remuneradas 10h 24' por día, mien-

tras que los varones les destinan 6h 48'. En hogares con hijos/as menores de 12 años, las horas de cuidado alcanzan las 13h en el caso de las mujeres y 9h 24' para los varones. Estas tareas restan tiempo disponible para el trabajo remunerado, aún en aquellas personas que pueden hacerlo y lo hacían antes de la cuarentena: 40% de las mujeres que trabajaban 9 horas pasaron a trabajar menos de 6.

Uno de los datos preocupantes con respecto a la vulneración de derechos de las mujeres durante las medidas de aislamiento, es el aumento de la violencia basada en el género. Según un informe del Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidades, las denuncias y consultas por violencia de género aumentaron un 39%¹³, y hasta el 31 de julio se registraban 97 femicidios desde que comenzó el confinamiento, según un informe del Observatorio de las violencias de género “Ahora que si nos ven”.

MUJERES, TRABAJADORAS Y MIGRANTES

Pero ¿qué pasa cuando las categorías se relacionan? La mirada interseccional permite analizar desde una perspectiva de género, derechos humanos e intercultural, cómo la triple condición de mujeres, trabajadoras y migrantes, es decir, las categorías de género, clase y situación de migración se interrelacionan entre sí y con otras, generando un abanico de situaciones que puede colocar en una situación de desventaja a quienes las poseen.

¹¹ Otro 6% estaba esperando el resultado al momento del estudio y un 8% no se había enterado de la ayuda.

¹² Encuesta a trabajadoras/es de casas particulares y su situación laboral en contexto de aislamiento por la pandemia de Covid19 en Argentina. CEIL-Conicet.

¹³ Gender equity in the health workforce: Analysis of 104 countries, Health Workforce Working paper 1, OMS, Marzo 2019.

No se trata de una suma de opresiones que simplemente se acumulan, sino los efectos que se generan cuando se articulan, permitiendo identificar las desigualdades y las estructuras sociales que le dan origen.

Las mujeres migrantes llegan de sus lugares de origen con una matriz de género, con las ideas, mandatos y representaciones que en su cultura definen lo femenino y lo masculino y las relaciones entre los géneros, así como con los usos y costumbres en relación a lo laboral y lo social. Al llegar a un nuevo país quedan inscriptas en nuevas relaciones. Quién ha migrado se encontrará con un nuevo universo de normas, códigos y costumbres. Quedará incluida en nuevas categorías que la sociedad receptora ha forjado y le asigna, ya sea en relación al género, como al país de origen: diferentes son las categorías que en Argentina se asignan a extranjeros provenientes de países europeos, latinoamericanos, asiáticos o africanos. Modos de nombrar, estereotipos, prejuicios y discriminación, que debe aprehender y resignificar y que convivirá en mayor o menor medida, con el universo de costumbres de su lugar de origen.

Como hemos visto en apartados anteriores el trabajo doméstico y de cuidados aparece como un mercado privilegiado para las mujeres trabajadoras migrantes: un 35% de ellas se dedica al trabajo en casas particulares, porcentaje que asciende al 69% en el caso de las mujeres paraguayas y al 58% en el caso de las mujeres peruanas (Mallimacci y Magliano, 2018). A esto se suma el trabajo no remunerado cuando regresan a sus hogares: la llamada doble jornada laboral.

En este contexto, esto implica para ellas un nivel más alto de exposición si han podido mantener su actividad económica: "las mujeres trabajadoras del hogar migrantes se convierten en eslabones débiles en la cadena de contagio, pues no siempre pueden atender las recomendaciones de salud y prevención porque tienen que salir a trabajar para preservar sus medios de subsistencia o cumplir con requisitos administrativos de su situación migratoria" (OIM/Acnur/Onu Mujeres, 2020). En los casos en que no pudieron mantener sus empleos por las medidas sanitarias, a las consecuencias socioeconómicas por la falta, reducción o retraso en sus ingresos, se añade el aumento de las tareas domésticas y de cuidado al interior de sus hogares.

Situaciones de mayor vulneración viven quienes no están aún asentadas en el país o ciudad de destino, sino que se encuentran en tránsito. En el tránsito migratorio, las mujeres están expuestas en un alto grado al maltrato emocional, físico y al abuso sexual. La Recomendación General 26 de la CEDAW manifiesta que "cuando están en tránsito, las mujeres migrantes pueden enfrentar diferentes vulneraciones de sus derechos humanos. (...) son vulnerables al abuso sexual y físico a manos de agentes, coyotes, escoltas, autoridades y otros durante su paso por los países de tránsito. Las migrantes que trabajan como comerciantes transfronterizas, por ejemplo, pueden ser especialmente vulnerables a los abusos por parte de traficantes, delincuentes e incluso de las mismas autoridades fronterizas que se supone tienen el deber de protegerlas" (Pombo, 2014). Por las medidas de restricción impuestas en los diferentes países a raíz de la pandemia

están en situaciones de incertidumbre y expuestas a mayores riesgos: en muchos casos abandonadas a su suerte, obligadas a permanecer en centros de acogida o situación de calle, donde no se respetan los protocolos sanitarios, sin documentación, ni redes de contención.

Las mujeres migrantes en situación de violencia de género, se enfrentan a una situación de extrema gravedad. “Las mujeres y niñas migrantes y refugiadas pueden experimentar un aumento de casos de violencia sexual y basada en género derivados de las medidas del aislamiento y confinamiento en los hogares o albergues, las cuales tienen miedo a denunciar por su estatus migratorio o por dependencia derivada de sus casos de solitud de la condición de refugiado; además de encontrarse imposibilitadas para acceder a servicios de atención o canales de denuncia” (OIM/Acnur/Onu Mujeres, 2020). Si tienen trámites en curso que dependen del estatus migratorio del agresor, es una barrera más para pedir ayuda, denunciar y poder salir de la situación de violencia. El encierro

acrecienta las posibilidades de violencia y vuelve más difícil que cuenten o puedan acceder a redes familiares o comunitarias de apoyo en el país de destino.

Es necesario ser cuidadosos con asociar de manera simplista “mujer migrante=vulnerabilidad” ya que puede presentar una visión homogeneizante de las mujeres migrantes como objeto - víctima. Sin embargo, eso no implica desconocer que las condiciones estructurales de los países de origen, tránsito o destino, puede ser una fuente de vulnerabilidad, que están expuestas a mayores riesgos por el hecho de ser mujeres y que probablemente vivan situaciones marcadas por la desigualdad de género, de clase, racismo y/o xenofobia. Pero sin entender a las mujeres como sujetos monolíticos por fuera de las relaciones sociales que construyen, sino teniendo en cuenta la amplia heterogeneidad de este colectivo, que cuentan con experiencias históricas y que pueden ser sujetos protagónicos de procesos de emancipación y conquista de su autonomía.

SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN TRANS

La población Trans en Argentina vive una pandemia, pero una pandemia de pobreza, exclusión social y migración forzada. Si bien Argentina es un país en la vanguardia del acceso al derecho a la identidad con la Ley de Identidad de Género de 2012, este derecho es una puerta para el acceso a los demás derechos fundamentales de las personas Trans.

Previo a la pandemia de COVID19, y mucho antes de la Ley de Identidad de género de 2012, las personas Trans en Argentina se han visto obligadas a desplazarse dentro del territorio nacional, llegando a las grandes ciudades huyendo de la discriminación y la violencia en sus ciudades de origen. Este fenómeno también se replica con personas Trans oriundas de los países fronterizos que llegan al país huyendo de sus países por el no acceso a los derechos fundamentales, la pobreza y la exclusión social. Esta migración creció significativamente con la Ley de Identidad de Género, pues estas personas Trans además de buscar la sobrevivencia económica también llegaron en búsqueda del reconocimiento de su identidad auto percibida.

Toda esta situación de migración y desplazamiento forzado resulta en que la población Trans en Argentina se concentra en las grandes ciudades y la fuente de trabajo principal es el trabajo sexual. Al no estar reconocida esta actividad y no haber acceso a otras fuentes de trabajo, todo esto se traduce en pobreza y mayor exclusión social, implicando el no acceso a la vivienda, a la educación, salud integral y violencia institucional, y finalmente a una sobrevivencia en la que las mujeres Trans tienen una expectativa de vida de 35 a 40 años en la región (RedLacTrans, 2014). Esta es la pandemia a la que las personas Trans están sometidas históricamente.

Con la pandemia del COVID19 se ha visibilizado la situación de exclusión social que sufren las personas Trans. “La cuarentena, los toques de queda, la emergencia sanitaria, la prohibición de circulación y la falta de políticas públicas con enfoque de derechos —ya previo a la pandemia— han expuesto el agravamiento acelerado de la situación de pobreza y exclusión de la población Trans” Así lo manifiestan en el Informe “Las Vidas Trans en tiempos de pandemia” publicado por la Red Latinoamericana y del Caribe de personas Trans (RedLacTrans, 2020).

El informe también destaca que cuando comenzó la cuarenta en Argentina las personas Trans que ejercen el trabajo sexual como única fuente de ingresos económicos, al cabo de 15 días, imposibilitadas de estar en la calle, se quedaron sin recursos para acceder a alimentos, productos de higiene, y en muchos casos fueron desalojadas de las pensiones y hoteles donde viven.

Respecto al acceso a la salud integral y la prevalencia del VIH en la población Trans aseguran que “ante la falta de evidencia científica que señale directamente que las personas con VIH presentan alguna vulnerabilidad específica durante la pandemia de COVID-19” los servicios sanitarios deben contemplar la protección, el respeto de las personas con VIH y garantizar la entrega de los tratamientos retrovirales por tres meses consecutivos.

Amanda Huerta-Morán

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Cómo observamos los estudios realizados a partir de la pandemia no contemplan una mirada interseccional. Así, cuando se analiza la situación de las personas migrantes si bien se incluye un indicador de género, en los análisis posteriores se trabaja como si se tratara de un grupo homogéneo. De igual manera, en las investigaciones sobre servicio doméstico, uso del tiempo, adaptación al teletrabajo, se focaliza en el enfoque de género, pero no se considera la condición de migración. Esta situación pone en evidencia la necesidad de abordar la mirada intersectorial, que permita dar respuestas acertadas.

Las crisis desatadas por la pandemia de covid-19 requieren respuestas urgentes. Los derechos de las mujeres y otras identidades, así como de las personas migrantes deben ser garantizados y para eso se requieren acciones coordinadas e integrales que apunten a mitigar los impactos sociales y económicos de la crisis, desde un enfoque interseccional y de género, que permita entender el entrecruzamiento de vulnerabilidades, y que apunte a tomar medidas efectivas a fin de prevenir y erradicar las violencias que se derivan de esta condición.

Por este motivo, proponemos las siguientes recomendaciones en **relación a los derechos de mujeres, niñas y personas LGBTQI+ migrantes y refugiadas:**

1. Generar datos desagregados por género, edad, nacionalidad, formación, orientación sexual y condición de discapacidad, para contar con información que permita elaborar proyec-

tos y políticas públicas que atiendan de manera efectiva a la población migrante.

2. Generar un espacio de articulación institucional con perspectiva interseccional, de género y de derechos humanos, formado por áreas del gobierno, organizaciones sociales, de migrantes, de género y de derechos humanos vinculados a la temática para asegurar un abordaje integral de las problemáticas de mujeres, niñas y personas LGBTQI+ migrantes y refugiadas.
3. Garantizar que las personas migrantes y refugiadas reciban atención médica, incluyendo los servicios de salud sexual y reproductiva, garantizando la distribución de kits de dignidad que aseguren la higiene menstrual de mujeres y niñas migrantes y refugiadas. Asegurar atención especializada con todas las medidas de cuidado y protección para mujeres embarazadas así como a personas trans, garantizando continuidad de tratamientos en caso de ser necesario, independientemente de su nacionalidad y estatus migratorio
4. Ofrecer información segura y confiable —buscando la forma para llegar a la mayor cantidad de mujeres migrantes y refugiadas— acerca de los canales de denuncia en casos de violencia doméstica, laboral o institucional, así como de organismos y organizaciones especializadas en la atención de niñas y mujeres migrantes y refugiadas.
5. Reforzar la activación de protocolos de identificación y atención a mujeres y niñas víctimas de trata de personas.

6. Asegurar el acceso a mujeres y niñas en situación de violencia de género o sobrevivientes de violencia sexual a refugios seguros, garantizando insumos alimentarios y de higiene, así como respetando todos los protocolos de cuidado y seguridad.
7. Generar medidas preventivas de la violencia por razones de género y migrantes. Así como la creación de programas para capacitar y sensibilizar a las personas de las Fuerzas de Seguridad y de los Centros de Salud en esta temática.
8. Facilitar la reunificación familiar y la continuidad de tratamientos médicos que quedaron interrumpidos por el cierre de fronteras.
9. Habilitar mecanismos de regularización accesibles y sin costo que permitan acelerar, en la medida de lo posible, los procesos y procedimientos de definición de estatus migratorio y/o de asilo, para evitar la permanencia prolongada y el hacinamiento de mujeres y niñas en estaciones migratorias y/o albergues, que pudiera incrementar el riesgo de contagio.
10. Facilitar el funcionamiento de servicios de manera virtual y asistencia telefónica para trámites y necesidades de las mujeres migrantes.
11. Promover la implementación de políticas nacionales de cuidados que incluyan a todas las personas trabajadoras de casas particulares sin importar su estatus migratorio.
12. Implementar programas que apunten a mitigar la discriminación en todas sus formas.
13. Considerar en los programas y medidas que asisten a las familias, la situación de las personas migrantes, así como de las formas vinculadas diversas que constituyen las personas Trans, que exceden los lazos sanguíneos.
14. Implementar políticas que apunten a mitigar el impacto social y económico producto de la pandemia que afecta en mayor medida a mujeres migrantes. En ese sentido:
 - A. Habilitar el ingreso a la AUH a las mujeres migrantes y refugiadas eliminando el requisito de 3 años de residencia regular, tal como lo exigieran organismos internacionales de derechos humanos, y que repercute en otras ayudas estatales como el refuerzo de la Tarjeta Alimentar.
 - B. Ajustar las condiciones de acceso a programas de protección y contención socioeconómica establecidas en el DNU 310/20, eliminando trabas restrictivas que impiden a gran parte de la población migrante acceder a las mismas. Esto implica eliminar el requisito de 2 años de residencia en Argentina o residencia regular para acceder al IFE como a otras medidas.
 - C. Rectificar los rechazos de solicitudes al Ingreso Familiar de Emergencia por parte de población migrante que cumplía con los requisitos estipulados y fueron denegados.
 - D. Garantizar el cumplimiento del DNU 320/20 que suspende los desalojos, ante situaciones de amenaza, intimidación o desalojos efectivos en hoteles, pensiones y residen-

cias. Garantizar el cumplimiento de la prórroga de alquileres y congelamiento de precios. Prestar especial atención a la situación de las personas Trans que se encuentren en esta situación, para evitar desalojos violen-

tos ante la falta de recursos económicos, de manera tal que sus derechos se vean garantizados. Definir e informar protocolos de denuncia ante el incumplimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bengochea, A. y G. Parola

2018 “Migración, género y derechos”, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Puede consultarse en: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/cuadernillo_-_migracion.pdf

Debandi, N. y A. P. Penchaszadeh

2020 “Informe final sobre la situación de la población migrante/extranjera en Argentina ante el avance del Coronavirus”, Agenda migrante 2020. Puede consultarse en: https://drive.google.com/file/d/1bsBrQBf3yZ-PcWlz_LOQ4UUw-6NUZSIj/view?fbclid=IwAR1PKkh0QAUEPDO7wMw6ZzS5jTbhwwRNAEPoOXY8ld-SVZTNQTCULBqATvc

Fernández, M. I. y L., Legnazzi

2012 *Mujeres en la industria textil. De la fábrica al taller clandestino*, Buenos Aires, Biblos.

Grow, Género y Trabajo

2020 *Encuesta de Uso del Tiempo en contexto de Covid 19*. Grow, Género y Trabajo. Puede consultarse en: <http://www.generoytrabajo.com/covid19/encuesta/>

Mallimaci, A. I. y M.J. Magliano

2018 *Mujeres migrantes sudamericanas y trabajo de cuidado en dos ciudades argentinas*. Puede consultarse en: <file:///C:/Users/palom/Downloads/3083-9026-1-SM.pdf>

Martinez, L.

2020 “Cuál es la situación de los migrantes en la Argentina durante la cuarentena”, *Chequeado.com*, 21 de mayo de 2020.

Observatorio de las Violencias de Género

2020 *Informe del Observatorio de las Violencias de Género “Ahora que si nos ven”*, del 31 de julio de 2020. Puede consultarse en: <https://ahoraquesinosven.com.ar/reports/178-femicidios-en-lo-que-va-de-2020>

Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

2020 *Informe sobre las migraciones en el mundo 2020*. OIM, Ginebra.

OIM, ACNUR, ONU Mujeres

2020 Mujeres migrantes y refugiadas en el contexto de la COVID-19. Puede consultarse en: <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20mexico/documentos/publicaciones/2020/abril%202020/mujeres%20migrantes-%20co-vid19-%20onumujeres.pdf?la=es&vs=3703>

Organización Mundial de la Salud (OMS)

2019 *Gender equity in the health workforce: Analysis of 104 countries*, Health Workforce Working paper 1, Ginebra, OMS.

Pombo, G.

2014 *Las mujeres migrantes y la violencia de género. Aportes para la reflexión y la intervención*. Organización Internacional para las migraciones (OIM)/Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

2020 *Nota técnica: Los impactos económicos del Covid-19 y las desigualdades de género. Recomendaciones y lineamientos de políticas públicas*. Panamá, PNUD.

Red Latinoamericana y del Caribe de Personas Trans (REDLACTRANS)

2014 *Informe sobre el acceso a los derechos económicos, sociales y culturales de la población trans en Latinoamérica y el Caribe*. RedLactrans. Puede consultarse en: <http://REDLACTRANS.org.ar/site/wpcontent/uploads/2015/03/Informe%20DESC%20trans.pdf>

2020 *Las Vidas Trans en tiempos de pandemia. Primer informe sobre las violaciones a los Derechos humanos de las personas Trans durante la pandemia de Covid-19*, RedLacTrans/Centro de documentación y situación trans de América Latina y el Caribe. Puede consultarse en: <https://www.facebook.com/watch/?v=2701946250080858>

Wlosko, M., V. Casas y H. Palermo

2020 *Encuesta a trabajadoras/es de casas particulares y su situación laboral en contexto de aislamiento por la pandemia de Covid19 en Argentina*. Buenos Aires, CEIL-Conicet.

LOS/AS AUTORES/AS

Dra. Maureen Birmingham fue designada Representante de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Argentina a partir de julio de 2015.

Cuenta con un Doctorado en Medicina Veterinaria de la Universidad de Illinois y una Maestría en Salud Pública en la Universidad de Harvard.

Trabajó como médica veterinaria en EE.UU., Haití y Bolivia. Después se unió al Centro de Control y Prevención de Enfermedades de EE.UU. en Atlanta. En 1993, se trasladó a la sede de la OMS, en Ginebra, donde ejerció como epidemióloga. En 2006, se trasladó a Bangkok para desempeñarse como Jefe de una Unidad Regional de la OMS en la prevención y control de enfermedades emergentes y el desarrollo de capacidades básicas en el marco del Reglamento Sanitario Internacional. También se desempeñó como Representante allí mismo en Tailandia y México.

Alexandre Claudon de Vernisy, o "Alex" como se lo conoce, es manager de la Cruz Roja Internacional desde hace más de 15 años. Ha ocupado cargos diplomáticos y operativos en varios países, participados en operaciones de campo en Mozambique, Cuba, Irán, Sri Lanka, Granada, México y Nicaragua y fue el Jefe de la respuesta en Haití después del terremoto del 2010. Actualmente, es Jefe de Oficina de la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja para Argentina,

Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.

Cree que la tradición y las soluciones locales son más adecuadas que el intervencionismo extranjero. "La vulnerabilidad es solo una cuestión de perspectiva, salvar vidas es, en ese sentido, mucho más fácil que hacer cambiar de opinión a la gente", afirma.

Diego Tipping es presidente de Cruz Roja Argentina, la organización humanitaria de la sociedad civil más antigua. Oriundo de La Plata, se recibió de abogado en la UCALP (Universidad Católica de La Plata) en el año 2000. En 2001 comenzó su voluntariado en Cruz Roja Argentina en la filial de su ciudad, convirtiéndose en su presidente en 2007. Durante 2014 y 2015 fue Secretario del Comité Regional Interamericano de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja. En 2015 fue elegido por primera vez Presidente de Cruz Roja Argentina, siendo reelecto por unanimidad en 2019. Actualmente, es miembro de la Comisión Directiva Mundial de la Federación Internacional de las Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Fue el promotor del código de ética de la institución y de los estatutos actuales que contemplan avances sobre equidad de género, participación con voz y voto de los representantes de juventud en el gobierno de la organización, entre otros. Durante más de cuatro años, impulsó la primera ley sancionada virtualmente en la Argentina, la 27547 de Cruz Roja en la Argentina, que reemplazó la anterior de 1893 y dio el primer marco integral de protección a la institución en el país desde su fundación.

Karen Carpio es la Oficial Regional de Salud Mental y Apoyo Psicosocial de OIM para las Américas. Es licenciada en psicología por la Universidad de Costa Rica y cuenta con una maestría en Gestión de Políticas y Programas del École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) de Francia y una maestría en Salud Pública de la Universidad de Costa Rica. Cuenta con más de diez años de experiencia en salud mental y se especializa en intervenciones basadas en evidencia para abordar la salud mental y el bienestar psicosocial de poblaciones migrantes en las Américas. Habla español, inglés y francés.

Georgina Sticco. Magister en Relaciones Internacionales de la Università di Bologna, Ingeniera Informática, especialista de género con más de 10 años de experiencia. Asesora del contenido en el Women 20, 2018. Co-fundadora y Directora de Grow-Género y Trabajo, organización cuya misión es lograr una sociedad con igualdad de oportunidades para todas las personas en el ámbito laboral. Amplia experiencia en el sector privado y público en la construcción de espacios de trabajo diversos, inclusivos y libres de violencia.

Azul Picón. Licenciada en Sociología por la Universidad de Buenos Aires. Desde hace 10 años se desempeña en áreas de género de distintos organismos estatales, tanto en áreas de capacitación, promoción de derechos y prevención, como de asistencia a mujeres en situación de violencia de género. Fue coordinadora del Área de Promoción de derechos y prevención de violencia de la Dirección de Género de Tres de Febrero. Se desempeña como investigadora y tallerista en Grow-Género y Trabajo.

Amanda Huerta Morán. Licenciada en comunicación social, periodista venezolana radicada en Argentina. 10 años de ejercicio periodístico como corresponsal en zonas de conflicto para canales internacionales de noticias. Desde 2015 consultora en comunicación para DDHH, con orientación en defensa nacional, migración, género y diversidad sexual. Actualmente asesora de comunicación y DDHH de Ciervos Pampas Rugby Club (primer equipo de rugby de diversidad sexual de LATAM), y asistente de comunicación para la Secretaría Regional de la Red Latinoamericana y del Caribe de personas Trans.

