



©Ryan Brown/ONU Mujeres

**ANÁLISIS RÁPIDO
DE GÉNERO PARA
LA EMERGENCIA DE
COVID-19 EN ALC**



Tabla de Contenido

Abreviaciones	3
Resumen Ejecutivo	4
Recomendaciones Prioritarias	7
1. Introducción	9
1.1 Información General sobre la Crisis de la COVID-19 en ALC	10
1.2 Análisis Rápido de Género: Objetivos y Metodología	11
2. Perfil Demográfico	12
2.1 Datos Desglosados por Sexo y Edad	12
2.2 Análisis Demográfico	13
2.3 Datos Desglosados por Sexo Relacionados con la COVID-19	14
3. Hallazgos y Análisis	15
3.1 Papeles y Responsabilidades de Género	15
La división del trabajo doméstico y el trabajo de cuidados no remunerado	15
Ingresos y Trabajo Remunerado	17
3.2 Necesidades y vulnerabilidades de grupos específicos y en situación de riesgo	19
Trabajadoras Domésticas	19
Personas LGBTIQ+	21
Mujeres y niñas indígenas y afrodescendientes	22
3.3 Toma de decisiones, participación y liderazgo	23
3.4 Salud, incluyendo Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR)	25
Salud	25
Mujeres como Trabajadoras de Salud	26
Salud Sexual y Reproductiva	27
3.5 Acceso a Servicios y Recursos	28
Movilidad Humana	28
Acceso a Información y Tecnología	29
3.6 Seguridad y Protección	31
Violencia Basada en Género	31
Trata de Personas	33
Seguridad	33
Xenofobia y Violencia	34
Confinamiento y Detención	35
Explotación Sexual	36
3.7 Capacidad y Mecanismos de Afrontamiento	37
3.8 Problemáticas de Sectores Específicos	37
Alojamientos de Emergencia	37
ASH - Agua, Saneamiento e Higiene	39
Seguridad Alimentaria	41
5. Conclusiones	42
6. Recomendaciones	43
Recomendaciones Prioritarias	43
Recomendaciones por Sector	47
Salud, incluyendo Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	47
Violencia Basada en Género	48
Protección	49
Medios de Vida y Generación de Ingresos	49
Agua, Saneamiento e Higiene - ASH	50
Seguridad Alimentaria	51
Alojamientos de emergencia	52
Reconocimientos	54
Recursos y Notas Finales	55

Abreviaciones

ALC	América Latina y el Caribe
ARG	Análisis Rápido de Género
ASH	Agua, Saneamiento e Higiene
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
EPP	Equipo de Protección Personal
LGBTIQ+	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero, Intersexuales, Queer
OMS	Organización Mundial de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TIC	Tecnología de Información y Comunicación
VBG	Violencia Basada en Género
VPI	Violencia de Pareja Íntima



Resumen Ejecutivo

Al día 18 de mayo del presente año, la OMS reportaba un total de 510,261 casos de COVID-19 confirmados en América Latina y el Caribe (ALC). Las respuestas a la crisis en los países de ALC han sido variadas: la mayoría de ellos declararon alguna forma de estado de emergencia y adoptaron medidas preventivas para limitar el contagio, que estarían en vigor durante los meses de marzo y abril de 2020. En varios países de ALC estas restricciones siguen durante los meses de mayo y junio, mientras que otros comenzaron a eliminar las restricciones a principios de mayo.

La región de ALC registra los niveles de desigualdad más altos del mundo, con brechas amplias en los niveles de vida entre países, regiones, sectores y esferas socioeconómicas. El acceso a servicios de salud, educación y empleo de calidad ya de por sí era reducido para un gran número de personas. La región también enfrenta retos constantes relacionados con altos niveles de conflicto social y político, tasas de criminalidad y corrupción crecientes, deterioro de los derechos humanos y una diversidad de situaciones humanitarias apremiantes, todo ello combinado con flujos de población persistentes y desaceleraciones económicas a lo largo de los últimos años.

La COVID-19 podría llevar a 15.9 millones de personas más en la región a una situación de pobreza extrema, lo que situaría el nivel de pobreza total en la región en 214 millones de personas, o el 34% de su población total.¹ Las mujeres, las niñas, y las personas LGBTIQ+ serán de las más afectadas, especialmente aquellas pertenecientes a grupos marginados y en situación de riesgo.

Si a ello le sumamos la desigualdad de género persistente y generalizada presente en la región, la respuesta a la COVID-19 se vuelve inconmensurablemente más compleja. Si bien es cierto que, de acuerdo con diversos reportes, las personas más afectadas por la COVID-19 son hombres, las personas mayores y las personas con enfermedades crónicas y sistemas inmunes débiles, lo mismo que **las mujeres y las niñas, se están viendo afectados desproporcionadamente tanto por la enfermedad como por las medidas de salud pública para contenerla.** Las normas de género patriarcales colocan la carga del trabajo de cuidados directamente sobre los hombros de las mujeres y las niñas, exponiéndolas a riesgos adicionales, ya que deben soportar la carga de dichos cuidados tanto en la esfera profesional como en la doméstica. Las altas tasas de participación en el sector laboral informal, y los niveles de precariedad de los sitios de trabajo, significan



que las mujeres y las niñas se han visto afectadas de manera desproporcionada por las medidas políticas, económicas y sociales para contener la epidemia, ya que sus sectores laborales son los más afectados. Más de 1 de cada 4 hogares en la región son encabezados por mujeres, que a menudo son el único sostén de la familia; eso representa la tasa más alta de hogares encabezados por mujeres en el mundo. Esta situación profundiza aún más la feminización de la pobreza y la vulnerabilidad de las mujeres a los impactos de salud y económicos de la COVID-19, especialmente porque muchas de ellas dependen de empleos informales y precarios para generar ingresos.

Los impactos específicos identificados hasta ahora para las mujeres, las niñas y las personas LGBTIQ+ en ALC incluyen, pero no se limitan a, un acceso reducido a agua potable, saneamiento e higiene (ASH); la interrupción de sus medios de subsistencia y niveles elevados de explotación y abuso laborales; una sobrecarga de trabajo de cuidados, que tiene un impacto negativo en su salud psicosocial, física y emocional; la interrupción de servicios vitales de salud sexual y reproductiva (SSR); la interrupción de servicios de educación esenciales para las niñas y los niños; un aumento en el número de embarazos en adolescentes, casos de violencia intrafamiliar y violencia basada en género; un aumento en los niveles de xenofobia y discriminación hacia las personas migrantes y refugiadas, y una mayor inseguridad alimentaria. Todo ello tiene un impacto desproporcionado en las mujeres, las niñas y las personas LGBTIQ+, especialmente aquellas pertenecientes a grupos marginados tales como comunidades indígenas y afrodescendientes, comunidades rurales, de migrantes y refugiados, y personas con empleos informales o precarios.

El trabajo de cuidados no remunerado de las mujeres, lo mismo que la división desigual del trabajo en los hogares, se están profundizando aún más a medida que las medidas de respuesta a la COVID-19 conducen al cierre de escuelas, espacios públicos y servicios de cuidados. Incluso antes de la pandemia, las mujeres en ALC ya dedicaban al trabajo de cuidados no remunerado casi tres veces más tiempo que los hombres. Esta carga de trabajo invisible es lo que ha sostenido a los hogares, los sistemas de salud y la economía durante la respuesta a la pandemia, y ha sido esencial para apuntalar las estrategias nacionales de salud pública durante la epidemia de COVID-19. A medida que los recursos públicos continúen estirándose hasta el límite como resultado de la emergencia, la capacidad de los

Estados para continuar proporcionando servicios de cuidados se irá reduciendo todavía más en el momento en que más se necesita; eso significa que el papel de cuidadoras de las mujeres, y las horas que dedican a ello, continuarán aumentando.

Por lo tanto, la COVID-19 plantea una seria amenaza a la participación de las mujeres en las actividades económicas. Únicamente el 67% de las mujeres en ALC participa en el sector laboral formal, en comparación con el 93% de los hombres, y más de 126 millones de ellas laboran en el sector informal. La mayoría de ellas están concentradas en los sectores de cuidados y servicios, que son los que generan menos ingresos. Esto significa que, como consecuencia de los ceses de actividad relacionados con la COVID-19, las mujeres y las niñas tienen mayores probabilidades de perder su potencial de generación de ingresos que sus contrapartes hombres. Adicionalmente, enfrentan más barreras en el acceso a opciones de trabajo remoto y/o la generación de ingresos trabajando desde casa. Esto significa que enfrentan un riesgo más elevado de perder sus ingresos a consecuencia de la COVID-19, y también que tienen menos acceso a mecanismos de protección social o a ahorros que les permitirían compensar esos ingresos. Las trabajadoras domésticas son particularmente vulnerables, ya que enfrentan una mayor exposición a riesgos en los hogares de sus empleadores, lo mismo que cargas de cuidado más elevadas.

Las remesas son otra fuente de ingresos importante para muchos hogares en la región de ALC, en donde existe un gran número de trabajadores, trabajadoras y familias migrantes que viven fuera de su país de origen y proporcionan apoyo económico a sus familias en su país. Las disrupciones en esta fuente de ingresos derivadas de la COVID-19 tendrán un impacto desproporcionado en las mujeres y sus familias, que dependen de estos recursos, y afectarán más a las personas que viven en situaciones de pobreza y pobreza extrema.

Las mujeres en América Latina representan el 74% de la fuerza laboral en los sectores de servicios sociales y de salud. Muchas de ellas entrarán en contacto con pacientes con COVID-19 y/o las personas encargadas de cuidar de ellos y, por ende, tendrán un riesgo más elevado de contraer el virus. Aunque las mujeres constituyen la mayoría en este sector, ocupan pocos puestos de liderazgo y toma de decisiones; los hombres ocupan el 75% de todas las posiciones de liderazgo en el sector salud. **La VBG ha aumentado en ALC durante la crisis de la COVID-19,** las medidas de aislamiento y confinamiento aumentan los niveles de estrés y los problemas económicos, e impiden que las mujeres y las niñas que son objeto de violencia abandonen los lugares en los que se está abusando de ellas. En algunos países de ALC, los servicios de prevención y respuesta a la VBG se están fortaleciendo y en otros se están debilitando. Algunos países han desviado parte de sus recursos limitados hacia la prevención, el control y el tratamiento de la infección, al tiempo que otros están invirtiendo en nuevas tecnologías y plataformas digitales para la prestación de servicios. Estas respuestas dispares entre contextos distintos significan que es probable que las barreras al acceso a servicios de atención de la VBG continuarán aumentando en el contexto de la COVID-19.

Durante la pandemia de la COVID-19, el acceso a un lugar de **refugio o alojamiento seguro** es importante para todas las personas, pero ese acceso tiene impactos críticos en particular para las condiciones de igualdad de género al interior de los hogares. En los asentamientos informales, existen condiciones de hacinamiento y el acceso a **agua potable** es limitado, lo que hace que el distanciamiento social y el lavado de manos resulten casi imposibles. Las familias que no cuentan con agua potable en sus hogares deben salir de sus casas para buscar agua, usar retretes compartidos y acumular cantidades suficientes de artículos para satisfacer las necesidades de higiene de su hogar. El trabajo de cuidados no remunerado y desproporcionado realizado por las mujeres en ALC significa que ellas son las principales responsables de esas tareas, lo cual aumenta aún más su exposición al virus y otros riesgos. **En otras palabras, la sobrerrepresentación de las mujeres en los asentamientos informales limita todavía más su acceso a los artículos de higiene y las medidas necesarias para prevenir contagios de COVID-19 de manera adecuada. La falta de acceso a infraestructura esencial en los**

asentamientos informales también limita la participación de las mujeres en las actividades de generación de ingresos y/o agrava la 'pobreza de tiempo' resultante.² Las mujeres y las niñas también enfrentan **dificultades cada vez mayores en el acceso a alimentos nutritivos y seguros** a consecuencia de la COVID-19.



En otras palabras, la sobrerrepresentación de las mujeres en los asentamientos informales limita todavía más su acceso a los artículos de higiene y las medidas necesarias para prevenir contagios de COVID-19 de manera adecuada. La falta de acceso a infraestructura esencial en los asentamientos informales también limita la participación de las mujeres en las actividades de generación de ingresos y/o agrava la 'pobreza de tiempo' resultante. Las mujeres y las niñas también enfrentan dificultades cada vez mayores en el acceso a alimentos nutritivos y seguros a consecuencia de la COVID-19.

Al igual que la mayor parte de los trabajadores informales y las poblaciones con menor acceso a servicios de empleo seguro y digno, las mujeres y las niñas también se están viendo afectadas de manera desproporcionada por las desaceleraciones económicas y los paros laborales. Varios Estados en la región están reconociendo lo anterior e integrando medidas para buscar una mayor equidad en los paquetes de ayuda con el fin de mitigar estas desigualdades, pero aún resta mucho por hacer para proteger los derechos de las personas más vulnerables durante el ciclo de respuesta para la recuperación. Si bien es cierto que se han logrado avances importantes en lo que respecta a los servicios de atención de la VBG, la SSR y la salud en general en la región como resultado de las medidas de adaptación en respuesta a la COVID-19, es necesario capitalizar estos avances, invertir en ellos, sistematizarlos y ampliarlos. Los índices de VBG y los desafíos en materia de protección relacionados continuarán aumentando mientras las medidas económicas y de aislamiento sigan en vigor. A medida que los países comiencen a eliminar estas restricciones, se volverán a presentar nuevos brotes, para lo cual será necesario volver a adoptar medidas para controlar el contagio, lo que requerirá de análisis de género específicos como parte de las medidas para el control de la infección y la toma de decisiones con miras al futuro. Las plataformas de servicios de atención de la VBG y la SSR deberán formar parte de los paquetes esenciales, tanto como las medidas sanitarias, los paquetes de apoyo a los hogares y los apoyos económicos. Si bien existen informes que indican que las relaciones de género comienzan a cambiar en algunos hogares en la región, será necesario capitalizar esta situación, viéndola como una oportunidad para el cambio, a medida que el papel de cuidado de las mujeres vaya cobrando más visibilidad como servicio esencial y los hombres comiencen, de manera marginal, a asumir más tareas de cuidados.

Recomendaciones Prioritarias

Las organizaciones deben continuar invirtiendo en análisis de género e interseccionales, especialmente a medida que las respuestas gubernamentales continúen evolucionando. Las organizaciones deben asegurarse de compartir ampliamente todos los informes que generen, además de

adaptar su diseño de programas y sus políticas a las necesidades continuas y cambiantes. Estas acciones deberán implementarse oportunamente en función de las decisiones gubernamentales relativas a la adopción o eliminación de medidas de salud pública y las restricciones sociales, económicas y de movilidad relacionadas. El análisis de género continuo y actualizado de las dinámicas de género cambiantes en las poblaciones afectadas permitirá el diseño de programas más efectivos y apropiados a medida que las respuestas a la COVID-19 continúen.

Una vez que los gobiernos comiencen a suspender los confinamientos por motivos de salud pública en respuesta a la COVID-19 y otras medidas, será esencial que los actores humanitarios y los encargados de formular políticas se aseguren de incluir una perspectiva de género en el proceso de respuesta y recuperación. Las mujeres, las niñas y las personas LGBTIQ+, en particular aquellas pertenecientes a grupos vulnerables, experimentarán la eliminación de las restricciones de salud pública de manera diferente, de la misma forma en que experimentaron la COVID-19 actual de manera diferente. Es fundamental entender e incorporar sus voces, necesidades, experiencias y capacidades.

Las recomendaciones incluyen:

1. Llevar a cabo **análisis de género e interseccionales para países específicos** con recomendaciones de respuestas contextualizadas dirigidas a diversos grupos de mujeres, hombres, niños, niñas y personas LGBTIQ+; especialmente aquellos que actualmente se encuentran subrepresentados en los datos.
2. **Recabar de manera sistemática datos desglosados por sexo y por edad** (como mínimo) en todos los aspectos relevantes para las áreas de salud, social, económica y política de la respuesta a la COVID-19.
3. **Asociarse con diversas organizaciones de mujeres y LGBTIQ+, y acompañar su participación y liderazgo** como una piedra angular de la respuesta y la recuperación eficaces de la COVID-19. Los organismos de respuesta deben involucrar a una diversidad de organizaciones y activistas que trabajen a favor de los derechos de las mujeres y las personas LGBTIQ+ como líderes y tomadores de decisiones clave en todos los esfuerzos de planeación y respuesta. Esto permitirá garantizar una acción eficaz e incluyente desde el diagnóstico hasta la recuperación.
4. Asegurarse de que todas las actividades relacionadas con la respuesta y la recuperación de la COVID-19 **ofrezcan entornos de trabajo que incluyan prevención y respuesta al trauma, y sean amigables a las mujeres y activamente incluyentes**. Las personas a cargo de la respuesta deberán ser conscientes de las barreras cada vez mayores que enfrentan los prestadores de servicios de primera línea como resultado de las medidas para combatir la COVID-19, particularmente las mujeres, y asegurarse de que existan políticas que tomen en cuenta las diferencias de género para hacer frente a estas barreras.
5. **Reconocer y hacer frente a la división desigual del trabajo de cuidados, lo mismo que el trabajo doméstico no remunerado, como un elemento esencial de la respuesta económica y de salud pública a la emergencia**. Proporcionar apoyos socioeconómicos apropiados para las mujeres y las niñas que realizan trabajo de cuidados, como una piedra angular del diseño de programas humanitarios y todas las políticas de recuperación, desde la definición del término "trabajadores esenciales" (de modo que incluya todo el trabajo de cuidados remunerado y no remunerado) hasta los programas de transferencias monetarias y/u otros apoyos humanitarios sectoriales.
6. **Incorporar el empoderamiento económico y político a largo plazo de las mujeres y las personas LGBTIQ+ directamente a las estrategias de asistencia inmediata, lo mismo que de respuesta y recuperación a largo plazo**, a través de la instrumentación de actividades de apoyo monetario y de

la generación de ingresos dirigidas a las mujeres y las personas LGBTIQ+ (con base en un enfoque de acción sin daño). Incluir apoyos y programas específicos para mujeres y personas LGBTIQ+, con el propósito de reorientar sus actividades de generación de ingresos a corto y largo plazo, garantizar condiciones de empleo equitativas o mejores en los sectores predominantemente femeninos, y hacer frente a las cargas de cuidado desiguales en las actividades, tanto en la respuesta inmediata como en la recuperación.

1. Introducción

Los brotes de enfermedades afectan a las personas de diferentes géneros de manera diferente. Durante estas crisis, los sistemas de protección social y de salud que carecen de recursos suficientes por lo general no tienen la capacidad para mantenerse a la par de las necesidades. Esta situación profundiza las desigualdades de género e interseccionales preexistentes, pues afecta de manera desproporcionada a aquellas personas que de por sí ya estaban luchando por el acceso a recursos, especialmente las mujeres, las niñas y las personas de género diverso¹ pertenecientes a grupos en situación de riesgo o marginados. Reconocer las diferentes maneras en las que estos brotes de enfermedades afectan a personas de diferentes géneros y grupos en situación de riesgo es fundamental para entender la totalidad de los impactos de las emergencias de salud y poder generar respuestas eficaces, apropiadas y equitativas.³



A partir de la declaración de la pandemia el 11 de marzo de 2020, se ha publicado una cantidad importante de información en todo el mundo acerca de los impactos condicionados por el género en las personas afectadas por la COVID-19. Muchos de estos documentos han visibilizado las disparidades de género en las personas afectadas por la enfermedad, lo mismo que las implicaciones de género e interseccionales de las políticas de los países a medida que estos buscan reducir las tasas de contagio, contener la propagación del virus y abordar las repercusiones socioeconómicas y políticas resultantes. Muchos también han ofrecido recomendaciones clave en materia de políticas, programas y gobernabilidad para los tomadores de decisiones a medida que continúan haciendo frente a esta crisis sin precedentes. CARE Internacional y ONU Mujeres sumaron esfuerzos para complementar esta bibliografía emergente en América Latina y el Caribe (ALC) a través de la introducción de un conjunto de recomendaciones orientadas a asegurar una respuesta más eficaz con inclusión de género.

El informe está dirigido de manera específica a los actores humanitarios, gobiernos y organizaciones de la sociedad civil (OSC) que se encuentran haciendo frente a la COVID-19 y sus impactos en ALC. El documento retoma parte del rico acervo de trabajo feminista interseccional llevado a cabo en la región para ayudar a los actores humanitarios y a las OSC a profundizar en su análisis de la crisis de la COVID-19 y la respuesta a la misma. Se centra en muchos de los temas amplios ya identificados como importantes por actores humanitarios internacionales y diversas OSC para hacer frente a los impactos de género de la COVID-19 en ALC, para luego profundizar en el análisis ofreciendo recomendaciones concretas y prácticas para la igualdad de género en el diseño de programas humanitarios.

¹ Los autores de este informe reconocen que la diversidad de género, y las personas de género diverso, abarcan todo un espectro de experiencias, identidades de género y expresiones de género. Este informe aborda a las personas LGBTIQ+ (como parte del espectro más amplio de personas de género diverso) en respuesta a las violaciones de derechos humanos y las necesidades de protección que enfrentan como resultado de las desigualdades preexistentes y la COVID-19.

1.1 Información General sobre la Crisis de la COVID-19 en ALC

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la COVID-19 como una pandemia el 11 de marzo de 2020.⁴ Brasil reportó el primer caso confirmado el 26 de febrero de 2020, y ya para el 19 de mayo de 2020 la OMS reportaba 528,123 casos confirmados y sospechosos, 29,591 muertes confirmadas y 216,507 personas recuperadas en 54 países y territorios en la región de ALC.⁵ Brasil seguía siendo el país más afectado en la región al momento de elaborar este documento, con 241,080 casos confirmados y 16,118 muertes confirmadas, al tiempo que Panamá, Perú y Ecuador continúan registrando algunas de las tasas de incidencia de COVID-19 más altas en la región. La República Dominicana sigue siendo el país más afectado en el Caribe, con 12,725 casos confirmados y sospechosos y 434 muertes.⁶ La OMS continúa preocupada por esta tendencia creciente en los países de ALC. De la misma forma en que sucede en todas las regiones del planeta, existe un subregistro de casos y fallecimientos debido a los niveles bajos y continuos en la capacidad para hacer pruebas.⁷

Las respuestas a la pandemia en los países de la región de ALC han sido variadas, y todos ellos han adoptado una amplia variedad de medidas para prevenir y limitar los contagios de COVID-19 y proporcionar atención a las poblaciones afectadas. Entre marzo y abril de 2020, las acciones de los Estados fueron desde declarar 'estados de emergencia' hasta medidas excepcionales,⁸ tales como: restricciones o cancelaciones de los viajes aéreos internacionales y domésticos y la transportación terrestre, la prohibición de concentraciones masivas, el cierre de fronteras y escuelas, medidas de aislamiento social preventivo y distanciamiento social, la regulación de actividades comerciales no esenciales, cuarentenas obligatorias para viajeros, y/o confinamientos y toques de queda a nivel nacional.⁹ Algunos lugares –como Perú,¹⁰ Panamá¹¹ y algunas ciudades en Colombia¹²– también introdujeron restricciones a la movilidad basadas en el género como parte de sus medidas de salud pública.¹³ Estas restricciones continuarán en varios países de ALC durante los meses mayo y junio, al tiempo que otros habían comenzado a eliminar las restricciones a principios de mayo. La respuesta continuará siendo dispar en toda la región a medida que cada país se esfuerce por encontrar un equilibrio entre la salud pública y las necesidades sociales y económicas.

La "Crisis dentro de la Crisis"

La región de ALC presenta los niveles de desigualdad más altos del mundo, con grandes brechas en los niveles de vida entre países, regiones, sectores y esferas socioeconómicas,¹⁴ y un acceso a servicios públicos que ya de por sí era limitado para un número importante de personas. La región también enfrenta desafíos constantes relacionados con altos niveles de conflictos sociales y políticos, tasas de criminalidad y corrupción crecientes, diversas situaciones humanitarias apremiantes, y un desafío continuo a los derechos humanos y la movilidad para un flujo numeroso de personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo. Estos desafíos ya afectaban de manera desproporcionada a las mujeres, las niñas y las personas LGBTIQ+ –especialmente aquellas pertenecientes a grupos en situación de riesgo, como las personas con discapacidad o pertenecientes a comunidades étnicas marginadas–, pero se vieron acentuados por la crisis. Por ejemplo, la CEPAL estima que en la región de ALC podrían perderse más de 11.6 millones de empleos como resultado de la cuarentena y las medidas de distanciamiento físico.¹⁵ Estas pérdidas económicas y menores ingresos afectan principalmente a las personas en situación de pobreza y a aquellas que trabajan en el sector informal, la mayoría de las cuales pertenecen a grupos que ya de por sí eran vulnerables.

Varios gobiernos de ALC, después de haber declarado estados de emergencia tanto para contener el virus como para proteger a la fuerza laboral y los ingresos de los hogares, adoptaron medidas inmediatas en un intento por "encontrar el equilibrio correcto" entre la gestión de la amenaza a la salud pública y los costos socioeconómicos relacionados con ella. Las medidas económicas y de protección social que adoptaron incluyeron, pero no se limitan a, programas de aplazamiento de pago de impuestos, de apoyo económico, de transferencias monetarias,¹⁶ de bonos y de apoyo alimentario, entre otros. Sin embargo, al combinarse con la desigualdad de género existente en la región, los persistentes desafíos en materia de derechos humanos y las desaceleraciones económicas preexistentes,¹⁷ que ya eran un lugar común en ALC en el 2019, estas medidas de contención y las desaceleraciones económicas hicieron que la respuesta a la COVID-19 se volviera inconmensurablemente más compleja,¹⁸ especialmente para las mujeres, las niñas y las personas LGBTIQ+ que se encuentran en una situación de mayor riesgo. Esta complejidad continuará durante 2020 a medida que los gobiernos continúen "buscando el equilibrio adecuado" entre la reapertura de las economías y la necesidad de continuidad en las medidas de salud pública en ausencia de una vacuna.



Los impactos específicos registrados hasta ahora para las mujeres, las niñas y las personas LGBTIQ+ incluyen, pero no se limitan a: la afectación de medios de subsistencia y desempleo creciente, situaciones de explotación y abuso laboral; la interrupción de servicios vitales de salud sexual y reproductiva (SSR); una sobrecarga de trabajo de cuidados que genera efectos negativos en la salud psicosocial, física y emocional; la interrupción de servicios de educación esenciales para niños y niñas; un aumento en las tasas de embarazos en adolescentes, violencia doméstica y violencia basada en género; aumento en los niveles de xenofobia y discriminación hacia las personas transgénero, migrantes y refugiadas; un menor acceso a agua potable, saneamiento e higiene (ASH); e inseguridad alimentaria creciente. **Todos estos impactos están afectando de manera desproporcionada a las mujeres, las niñas y las personas LGBTIQ+, particularmente aquellas pertenecientes a grupos que ya antes de la pandemia se encontraban marginados o en situación de riesgo, como aquellas provenientes de comunidades indígenas, afrodescendientes, rurales, habitantes de calle, migrantes y/o refugiadas.** Las personas que viven con discapacidad, en situación de pobreza extrema y/o que trabajan en situaciones precarias, como las trabajadoras domésticas, los trabajadores y trabajadoras informales y las mujeres que trabajan en la industria del sexo, también se han visto particularmente afectadas.

1.2 Análisis Rápido de Género: Objetivos y Metodología

El Análisis Rápido de Género (ARG) sobre la COVID-19 es una herramienta que proporciona información acerca de las diferentes necesidades, riesgos, capacidades y estrategias de contención de las mujeres, los hombres, las niñas y las personas de género diverso durante la crisis de la COVID-19. **Este ARG es parte de un proceso iterativo para la región de ALC que tiene como objetivo servir como herramienta para el diseño de programas por parte de los actores humanitarios. El ARG se irá construyendo de manera progresiva durante el transcurso de la crisis a través del uso de una**

variedad de fuentes de información para entender los papeles y las relaciones de género, y de qué manera pueden cambiar durante una crisis. El ARG proporciona recomendaciones prácticas desde el punto de vista de la operación y el diseño de programas para satisfacer las diferentes necesidades de las mujeres, los hombres, los niños y las niñas, y las personas de género diverso durante la crisis, asegurándonos de seguir el principio de "acción sin daño" durante nuestra respuesta.

Los métodos de investigación para este ARG se centraron en una revisión de datos secundarios tomados de la información sobre género existente, además de los datos sobre la COVID-19 más recientes y públicamente disponibles para la región de ALC. Lo anterior se complementó con información interna de CARE International y la Oficina Regional de las Américas y el Caribe de ONU Mujeres, y un número limitado de entrevistas con informantes clave parte del personal de ayuda humanitaria de ambas organizaciones en un grupo de países seleccionados de ALC. La recolección y el análisis de datos se concluyeron en 3 etapas: los datos iniciales se recolectaron y analizaron entre el 12 y el 24 de abril de 2020, y luego se actualizaron entre el 27 y el 30 de abril de 2020 con el fin de reflejar mejor los nuevos datos y las políticas que los gobiernos nacionales y la comunidad internacional están compartiendo. Los datos tuvieron una ligera actualización nuevamente del 15 al 20 de mayo para reflejar las circunstancias cambiantes en la región. Como herramienta iterativa para el diseño de programas, la investigación continuará en los ámbitos regional y nacional a medida que las necesidades humanitarias continúen. El ARG se actualizará apropiadamente cada vez que se produzcan nuevos hallazgos y recomendaciones.

2. Perfil Demográfico

2.1 Datos Desglosados por Sexo y Edad

ALC es una región singularmente diversa de más de 648 millones de personas,¹⁹ que abarca más de 48 países y territorios² en las regiones de América del Norte, Central y del Sur y varias islas en el Caribe. Las mujeres representan el 50.8% de su población total, y los hombres el 49.2%.²⁰ No existen estadísticas oficiales que detallen el número total de personas de género diverso en la región.

Cuadro 1: Estadísticas de población desglosadas por sexo y edad³ de una selección de Países de ALC.⁴

Datos desglosados por Sexo y Edad (% y # en miles)														
País	Mujeres/ Hombres	0-14		15-34		35-49		50-64		65+		Total Mujeres/ Hombres		Población Total (en miles)
		%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	
Argentina	M	23.4	5.4	29.6	6.8	19.5	451	14.4	333	13.1	303	0.5	231	45,196
	H	25.5	5.6	31.7	6.9	19.7	434	13.4	297	9.5	209	0.4	220	
Bolivia	M	29.7	172	34.3	199	17.3	100	10.7	621	8.1	470	49.8	581	11,673
	H	30.7	180	35.0	205	17.1	100	10.2	599	6.9	404	50.2	585	
Colombia	M	21.3	551	32.7	847	20.4	528	15.7	406	9.9	256	50.6	258	50,883
	H	23.1	577	34.7	868	19.7	492	14.3	356	8.2	204	49.5	249	

² Tal como se reporta oficialmente en la publicación "Statistical Yearbook for Latin America and the Caribbean, 2019" (LC/PUB.2020/2-P) de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

³ Todas las estadísticas que se incluyen en este cuadro se tomaron de la publicación "Statistical Yearbook for Latin America and the Caribbean, 2019" (LC/PUB.2020/2-P) de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

⁴ Los países que aparecen resaltados en este cuadro representan a aquellos en los que CARE International y ONU Mujeres tienen oficinas y/o en los que se llevó a cabo una selección de entrevistas con informantes clave.

Cuba	M	15.4	877	24.7	1408	19.6	1115	23.2	1322	17.2	981	50.4	5703	11,327
	H	16.5	927	26.4	1487	20.2	1139	22.3	1252	14.6	820	49.6	5623	
Ecuador	M	26.8	2363	33.4	2943	18.9	1671	12.7	1122	8.2	720	50.0	8819	17,643
	H	28.0	2470	34.2	3017	18.7	1647	12.1	1070	7.0	620	50.0	8824	
Guatemala	M	32.1	2922	36.7	3335	16.8	1527	8.8	803	5.5	502	50.7	9088	17,916
	H	34.6	3052	38.3	3378	15.3	1353	7.3	643	4.5	401	49.3	8827	
Haití	M	31.5	1820	35.7	2062	17.3	999	9.8	567	5.7	328	50.7	5776	11,403
	H	33.5	1883	36.1	2032	16.6	933	9.2	516	4.7	262	49.3	5626	
Honduras	M	29.9	1482	37.1	1838	17.8	881	9.7	483	5.5	271	50.0	4956	9,905
	H	31.3	1548	38.2	1892	17.3	854	8.8	434	4.5	221	50.0	4949	
Perú	M	24.4	4057	32.4	5383	20.2	3347	13.8	2286	9.2	1521	50.3	16593	32,972
	H	24.9	4085	31.3	5125	21.6	3538	13.9	2275	8.3	1356	49.7	16379	
Venezuela	M	26.3	3795	30.1	4354	19.7	2850	15.1	2185	8.8	1267	50.8	14451	28,436
	H	28.3	3957	31.0	4342	19.2	2679	14.4	2007	7.2	1000	49.2	13985	

2.2 Análisis Demográfico

Los países de ALC abarcan un gran número de grupos étnicos, identidades culturales y lenguas. Si bien el español es la lengua predominante, el inglés, el francés y el portugués también son idiomas oficiales, además de que se hablan más de 420 lenguas indígenas.²¹ Existen cerca de 45 millones²² de personas indígenas pertenecientes a más de 800 grupos indígenas, y aproximadamente 130 millones de afrodescendientes.²³

La expectativa de vida en ALC es de 76.1 años,²⁴ con 79.2 años en el caso de las mujeres y 72.9 en el caso de los hombres.²⁵ A pesar de las mejoras obtenidas en los resultados de salud, las muertes por enfermedades no transmisibles siguen representando la principal causa de mortalidad prematura en ALC. De hecho, se estima que representan el 75% de las muertes de la población total,²⁶ lo cual representa un problema importante considerando los factores de riesgo relacionados con la COVID-19.

Tal como se menciona en el Informe de Avance 2019 de ONU Mujeres, “Familias en un Mundo Cambiante”, las mujeres en ALC se están casando más tarde y tienen menos hijos, al tiempo que una proporción sustancial de mujeres ha optado por cohabitar en pareja. El matrimonio infantil y precoz y la maternidad en adolescentes siguen siendo comunes. Los índices de divorcio y separación siguen en aumento, y la región registra la tasa más alta de hogares monoparentales encabezados por mujeres en el mundo,²⁷ con más de 1 de cada 4 hogares encabezados por mujeres. Esto varía de menos del 20% en Guatemala, Bolivia y México a 35% en Brasil, Uruguay y Chile.²⁸

El acceso a servicios públicos, incluyendo los servicios de atención de la salud reproductiva, continúa siendo reducido, particularmente en el caso de las mujeres pertenecientes a grupos socioeconómicos de nivel bajo y aquellas que habitan en áreas rurales.²⁹ La tasa global de fecundidad de la región es de 2,³⁰ y a pesar de que la tasa de fecundidad en adolescentes (de 15 a 19 años) ha descendido con los años, es comparativamente más alta que en otras regiones y 48% más alta que el promedio mundial, con 63 nacidos vivos por cada 1,000 mujeres (2015-2020).³¹

Se estima que el 12% de las personas que viven en la región de ALC tienen alguna forma de discapacidad, lo cual representa a alrededor de 66 millones de personas.³² En más de la mitad de los

países de la región, la tasa de discapacidad es más alta entre las mujeres que en los hombres (particularmente a partir de los 60 años de edad).³³ Únicamente alrededor del 20-30% de los niños y niñas con discapacidad asisten a la escuela en la región,³⁴ y en el grupo de personas de 24 a 35 años, la tasa de ocupación laboral entre los hombres con discapacidad es un 24% menor en comparación con los hombres sin discapacidad; en el caso de las mujeres, esa tasa es un 12% más baja.³⁵ Esto último se debe en su mayor parte a las tasas de ocupación laboral femenina en la región, que de manera general son más bajas. Al mismo tiempo, si bien es cierto que han existido ciertos avances en lo que respecta a los derechos humanos de las personas LGBTIQ+, aún existen desafíos importantes, incluyendo los relacionados con la recolección de datos para el análisis demográfico.

2.3 Datos Desglosados por Sexo Relacionados con la COVID-19

Los datos desglosados por sexo actualmente disponibles en ALC muestran las mismas tendencias de género que en el resto del mundo, con tasas de letalidad que continúan siendo más altas para los hombres que para las mujeres. A pesar de ello, existen interesantes tendencias por edad en comparación con el resto del mundo, ya que diversos países reportan que el grupo de 20 a 59 años de edad (de hombres)⁵ es el más afectado. De manera interesante, los datos iniciales acerca del inicio de la epidemia apuntaban a algunos casos en los que las mujeres estaban registrando cifras de afectación más elevadas que los hombres y/o un nivel cercano a la paridad.⁶ Si bien es cierto que aún no es posible obtener conclusiones en cuanto a la razón de estas variaciones, estos datos subrayan la necesidad de que más países continúen dando seguimiento y analizando de manera sistemática los datos desglosados por sexo y por edad a medida que la pandemia continúe.

Cuadro 2: Datos sobre la COVID-19 Desglosados por Sexo y Edad⁷ para una selección de Países de ALC.³⁶

Datos desglosados por Sexo y Edad (% y # en miles)									
País*	Casos confirmados	Casos (% hombres)	Casos (% mujeres)	Muertes	Muertes (% hombres)	Muertes (% mujeres)	Muertes a partir de casos confirmados (hombres)	Muertes a partir de casos confirmados (mujeres)	Muertes a partir de casos confirmados (Razón hombres: mujeres)
República Dominicana	10,634	54	46	393	72	28	5%	2.2%	2.2
Ecuador	20,622	56	44	2,127	69	31	12.8%	7.1%	1.8
Argentina	6,034	50	50	305	60	40	6.1%	4.0%	1.5
México	36,327	58	42	3,573	69	31	11.6%	7.4%	1.6
Perú	68,822	60	40	1,961	72	28	3.4%	2.0%	1.7
Colombia	11,613	57	43	479	61	39	4.5%	3.7%	1.2
Brasil	61,888	NA	NA	3,611	59	41	NA	NA	NA
Chile	25,952	53	47	294	60	40	1.3%	1.0%	1.3
Panamá	8,616	59	41	249	NA	NA	NA	NA	NA
Honduras	2,006	61	42	116	NA	NA	NA	NA	NA
Haití	596	59.6	40.4	22					

⁵ En algunos casos, como el de Haití, la mayor concentración se ha registrado en el grupo de 22 a 45 años de edad.

⁶ El 17 de abril de 2020, Brasil reportaba que el 52% de los casos registrados en su territorio correspondían a mujeres, pero con tasas de mortalidad más elevadas en el caso de los hombres, mientras que Argentina reportaba un nivel cercano a la paridad (de 49.8% para las mujeres y 50.2% para los hombres).

⁷ Las fechas de reporte en cada caso son las siguientes: 10.05.20 (República Dominicana, Ecuador), 11.05.20 (Perú, México, Argentina, Colombia, Panamá), 07.05.20 (Chile), 26.04.20 (Brasil), 13.05.20 (Honduras) y 19.05.20 (Haití).

3. Hallazgos y Análisis

Las desigualdades de género e interseccionales preexistentes a menudo se acentúan durante una crisis, incluyendo las emergencias de salud pública.³⁷ Reconocer la medida en la que los brotes de enfermedades afectan a las personas de diferentes géneros de maneras específicas es fundamental para la planeación de respuestas eficaces y equitativas.³⁸ En esta sección se abordan de manera detallada:

- Las desigualdades de género *preexistentes* y los problemas de género que probablemente están afectando a los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas LGBTIQ+ en el contexto de la COVID-19;
- Las problemáticas y las diferencias de género que han surgido *como consecuencia* de la COVID-19;
- Las *implicaciones* potenciales de las desigualdades de género, tanto preexistentes como relacionadas con la COVID-19, para las políticas de respuesta.

3.1 Papeles y Responsabilidades de Género



La división del trabajo doméstico y el trabajo de cuidados no remunerado

A nivel mundial las mujeres realizan, en promedio, el 76.2% del trabajo doméstico y el trabajo de cuidados no remunerado en casa –que es 3 veces más que aquel realizado por los hombres–,³⁹ lo que representa una contribución de 10.8 billones de dólares a la economía mundial.⁴⁰ En la región de ALC, esta distribución continúa presentando un desequilibrio por demás importante: las mujeres dedican 1.7 más tiempo al trabajo de cuidados no remunerado en comparación con los hombres.⁴¹ En algunas áreas de Guatemala, las mujeres reportan dedicar un 17.8% de su tiempo total disponible a trabajo no remunerado, en contraste con un 2.4% de trabajo no remunerado en el caso de los hombres,⁴² mientras que en Argentina casi el 90% de las mujeres reportan realizar trabajo de cuidados no remunerado en el hogar en contraste con el 60% de los hombres.⁴³ Antes de la crisis, lo anterior se traducía en una situación en la que, en la región en su conjunto, las mujeres ya dedicaban un total de entre 22 y 42 horas a la semana a trabajo de cuidados no remunerado en comparación con los hombres.⁴⁴ Por ejemplo, de acuerdo con los datos más recientes disponibles, las mujeres en el Perú dedican aproximadamente 39.9 horas a la semana a trabajo de cuidados no remunerado (24 horas más que los hombres peruanos), mientras que las mujeres en el Ecuador dedican 37 horas a la semana a estas tareas (27 horas más que los hombres), y las mujeres colombianas dedican aproximadamente 32.9 horas a la semana (casi 20 horas más que los hombres) a las mismas tareas.⁴⁵ Estas disparidades presentan una variación aún mayor entre grupos y al interior de los mismos. En promedio, en la región, las mujeres afrodescendientes dedican más tiempo al trabajo no remunerado que los hombres afrodescendientes, y la carga de cuidados para las mujeres por lo general es mayor en los hogares con niveles de pobreza o precariedad más elevados, especialmente a medida que se añaden más dependientes.⁴⁶ En México, el 64.7% de las mujeres indígenas de 12 años de edad en adelante tienen empleos no remunerados, en comparación con el 35.3% de los hombres indígenas.⁴⁷

Con la emergencia de la COVID-19, estas demandas de tiempo que las mujeres y las niñas dedican a trabajo de cuidados se están multiplicando, además de que están profundizando esta división desigual del trabajo y generando un impacto negativo en la salud física y mental de las mujeres. En México, por ejemplo, las encuestas sobre uso del tiempo ya indicaban que las mujeres dedican 29 horas a la semana a cuidar de familiares enfermos (en comparación con 13 horas en el caso de los hombres)⁴⁸ en aquellos hogares con personas afectadas por enfermedades temporales. Aunque



algunos hogares han reportado un aumento en las contribuciones al trabajo de cuidados por parte de los hombres en el hogar como resultado de la crisis, esta división desigual del trabajo está aumentando. La mayoría de los países latinoamericanos asignan una cantidad reducida de recursos al cuidado de largo plazo de las personas enfermas y las personas mayores.⁴⁹ A medida que los recursos públicos continúan estirándose al límite como resultado de la emergencia, la capacidad de los Estados para continuar proporcionando servicios de cuidados se irá reduciendo aún más en el momento en que más se necesitan.

Las medidas de respuesta a la COVID-19, como el cierre de escuelas, espacios públicos y servicios de cuidado infantil, solo han aumentado esta carga. Al 18 de mayo de 2020, 23 países y 12 estados independientes en la región aún mantenían el cierre de escuelas a nivel nacional, una decisión que ha dejado a aproximadamente el 95% de 159 millones de niñas y niños sin clases temporalmente.⁵⁰ Si bien lo anterior representa una disminución en comparación con el mes de marzo de 2020, en el que un número significativamente mayor de escuelas permanecían cerradas en los países afectados, eso no ha cambiado las dinámicas de la atención para las mujeres y las niñas más marginadas. Con numerosos grupos de personas imposibilitadas de tener acceso a servicios de cuidado infantil o pagar por ellos, o de pedir permiso para faltar al trabajo⁵¹ en la región, los cierres de escuelas continúan agravando la pobreza de tiempo preexistente para las mujeres y las niñas. La falta de apoyo para el cuidado infantil y las rígidas normas sociales que colocan el cuidado infantil sobre los hombros de las mujeres son un aspecto particularmente problemático para las trabajadoras esenciales, lo mismo que para las mujeres que viven en situación de pobreza o tienen un empleo precario, y que tienen responsabilidades de cuidados que les resulta difícil combinar con sus actividades remuneradas.

Además de la mayor carga que esto impone a las mujeres en el hogar, estas medidas también ponen en riesgo los avances logrados en el acceso de las niñas a la educación.⁵² Los papeles tradicionales asignados en razón del género significan que, en general, se espera que las niñas asuman el trabajo de cuidados de sus hermanos más pequeños. A medida que se limita la movilidad de las familias y las cargas de cuidados se incrementan, esta situación puede traducirse en que a las niñas se les dé menos tiempo para invertirlo en su educación a distancia que a sus hermanos varones. Estas medidas también profundizan los impactos negativos para las familias monoparentales –la mayoría de las cuales son encabezadas por mujeres en ALC–, lo mismo que para las familias de bajos ingresos, las personas que trabajan por su cuenta, aquellas con empleos precarios, o aquellas sin derechos o prestaciones laborales o de salud.

La crisis está teniendo un impacto diferenciado en los papeles y las responsabilidades asignadas en razón del género para las mujeres y las niñas que viven en comunidades marginadas y vulnerables, como es el caso de las comunidades afrodescendientes, los pueblos indígenas, las poblaciones rurales y

aquellas de personas refugiadas y migrantes, entre otras, en donde el acceso reducido a infraestructura básica como agua potable y tecnologías ya se ha traducido en mayores cargas de cuidados. ONU Mujeres encontró que, antes de la COVID-19, las mujeres que viven en situación de pobreza en 11 países de ALC ya dedicaban 103 minutos más al día a trabajo de cuidados no remunerado y del hogar que sus contrapartes femeninas de un nivel socioeconómico más alto. En Bolivia, por ejemplo, únicamente el 38% de los hogares más pobres tiene agua potable, en comparación con el 99% de los hogares más ricos, lo que acentúa el problema del tiempo y los riesgos relacionados con el trabajo de cuidados.⁵³ Estas cargas adicionales son insostenibles y plantean desafíos de salud adicionales para el bienestar de las mujeres, como la disminución en el tiempo y los recursos disponibles para ocuparse de su salud emocional y mental, lo mismo que para satisfacer sus propias necesidades de salud física.

Las implicaciones de una respuesta de género a la crisis de la COVID-19 son por demás evidentes, y la economía de los cuidados no remunerados debe ser un aspecto fundamental y una prioridad de la respuesta a la COVID-19. "Sin un acompañamiento adecuado, los costos de largo plazo de llevar al límite el trabajo de las mujeres para subsanar las deficiencias en la prestación de servicios públicos y de protección social pueden ser enormes. Por lo tanto, son necesarias acciones inmediatas para garantizar la continuidad de la atención para aquellas personas que lo necesitan, además de reconocer a las cuidadoras comunitarias y familiares no remuneradas como trabajadoras esenciales en esta crisis."⁵⁴

Ingresos y Trabajo Remunerado

Participación en la Fuerza Laboral Formal. ALC es la región económicamente más desigual en el mundo, que además se caracteriza por tener la brecha más grande entre los quintiles de ingresos más ricos y más pobres.⁵⁵ En 2018, el 11.4% de las mujeres de entre 20 y 59 años de edad en la región de ALC vivían en situación de pobreza extrema, en comparación con el 9.7% de los hombres, mientras que el 26.9% de las mujeres vivían en situación de pobreza, en comparación con el 23.8% de los hombres;⁵⁶ una situación que da lugar a diferencias de género esenciales en los patrones de desigualdad en la región. Estas diferencias son aún más profundas en el caso de las mujeres, las niñas y las personas LGBTIQ+ pertenecientes a grupos marginados y en situación de riesgo.

La participación de las mujeres en la fuerza laboral formal ha aumentado en ALC más que en cualquier otra región, con una participación del 67% de las mujeres de entre 25 y 54 años de edad en comparación con un 57% hace 2 décadas. Sin embargo, la participación de las mujeres sigue siendo bastante estratificada; las mujeres de los quintiles más altos reportan niveles de participación más elevados, y lo mismo sucede con las mujeres y los hombres que viven en áreas urbanas, que reportan tasas de participación más altas en comparación con aquellos de las áreas rurales. La participación en la fuerza laboral formal de los hombres sigue siendo elevada, con un 93%. Las mujeres casadas y que cohabitan registran el nivel más bajo de participación en la fuerza laboral formal (60.4%), mientras que las tasas de participación más altas se encuentran entre las mujeres divorciadas o separadas (80.7%). Las tasas de participación de los hombres no parecen variar en función de su estado civil o familiar.⁵⁷

Participación en la Economía Informal. Las tasas de participación económica en los sectores informal y de empleo precario en ALC son elevadas, especialmente en el caso de las mujeres y las niñas pertenecientes a grupos marginados. En 2016, el 53.1% de los trabajadores en ALC, la mayoría de ellos mujeres, laboraban en el sector informal.⁵⁸ En general, 126 millones de mujeres en la región laboran en el sector informal, principalmente con bajos ingresos y por lo general con pocas o nulas protecciones legales y sociales.⁵⁹ En Bolivia, Guatemala y el Perú, el 83% de las mujeres tienen empleos que no les reportan ningún tipo de beneficio remunerado o protecciones sociales o legales.⁶⁰



En México, el trabajo por cuenta propia o el trabajo familiar no remunerado representan el 57.5% de los nuevos empleos para las mujeres.⁶¹ Aunque se ha encontrado que los hombres ganan salarios más altos, las mujeres de entre 20 y 59 años trabajan 20 horas más a la semana que los hombres en ALC, pero en promedio ganan el 75% del salario que ellos perciben, en empleos de baja calidad.⁶²

Estas disparidades son incluso más pronunciadas en el caso de las mujeres de poblaciones marginadas, como las mujeres pertenecientes a grupos étnicos y/o migrantes y refugiadas⁶³, que registran tasas incluso más altas de participación en la fuerza laboral informal, o independiente, que las mujeres pertenecientes a grupos no marginados.

Dados los altos niveles de informalidad de su trabajo, las mujeres en ALC se han visto afectadas de manera desproporcionada por las crisis y pandemias en comparación con los hombres. La COVID-19 en particular plantea una seria amenaza a la participación de las mujeres en las actividades económicas, considerando su elevada tasa de participación en los sectores informales⁶⁴ y de servicios de cuidados personales. Casi el 40% de las mujeres en la región están empleadas en el sector comercio, restaurantero, de hotelería y trabajo doméstico.⁶⁵ Estos son los sectores más afectados por las medidas de mitigación y cierre de negocios a raíz de la COVID-19, y también los que presentan algunos de los riesgos de exposición más altos, y ofrecen las menores protecciones, una vez que vuelvan a abrir. Las mujeres y las niñas también enfrentan barreras desproporcionadas en el acceso a opciones de teletrabajo y/o de generación de ingresos, considerando sus altas tasas de participación en el sector informal y de servicios de cuidados personales, ninguno de los cuales ofrece oportunidades de teletrabajo accesibles. Los cierres de empresas y negocios y la necesidad de cuidar de personas mayores o miembros del hogar enfermos imponen cargas de tiempo adicionales a las mujeres y las privan de la capacidad para generar ingresos.⁶⁶ A medida que la crisis continúe evolucionando, las economías deprimidas y los despidos laborales relacionados probablemente afectarán a las mujeres en ALC de manera desproporcionada, ya que su impacto inicial se dará en los sectores en los que la mayoría de ellas tienen sus empleos. Esta situación también podría obligar a las mujeres que actualmente están empleadas en los sectores formales y protegidos a migrar al sector informal.

“Estamos confinadas y yo no he podido vender mis productos porque tengo que moverme al mercado para comprar insumos y, en este momento, esto no es posible. El mercado nos ha ayudado a que no pasemos hambre los últimos días... pero tengo miedo porque no vamos a morirnos de COVID, nos vamos a morir de hambre.”

— Trabajadora del sector informal, Honduras, abril de 2020.

Remesas. Las remesas son otra fuente de ingresos importante para muchos hogares en la región de ALC, en donde existe un gran número de trabajadoras, trabajadores y familias migrantes que viven fuera de su país de origen y proporcionan apoyo económico a sus familias en su país.⁶⁷ Por ejemplo, en El Salvador, las remesas representan una tercera parte de los ingresos de una cifra estimada de 164,000 hogares,⁶⁸ mientras que en Guatemala el 17% de los recursos nacionales proviene de remesas enviadas desde los Estados Unidos.⁶⁹ De manera general, las trabajadoras migrantes a menudo envían a casa una proporción más alta de sus ingresos, con mayor frecuencia⁷⁰ que sus contrapartes masculinos, aunque diversos estudios muestran que las cantidades que envían con cada remesa son más pequeñas.⁷¹ Esto probablemente se debe al hecho de que muchas mujeres migrantes continúan trabajando en sectores de cuidados "feminizados" mal remunerados y en empleos precarios. Las mujeres también tienden a recibir la proporción más grande de remesas provenientes del extranjero en ALC. "Investigaciones llevadas a cabo en Guatemala han mostrado que el 63% de los principales destinatarios de remesas son mujeres, mientras que en Colombia representan el 70% de los destinatarios, y en México un estudio sobre remesas de 2015 mostró que las mujeres son el principal grupo beneficiario de las mismas, pues reciben casi 3 de cada 4 remesas enviadas desde los Estados Unidos".⁷² La afectación de esta fuente de ingresos provocada por la COVID-19 tendrá un impacto desproporcionado en las mujeres y sus familias, que dependen de estos recursos, y afectará en mayor proporción a las personas que viven en situación de pobreza y pobreza extrema.

Combinada con la desigualdad creciente, la COVID-19 se traducirá en un aumento significativo en los niveles de pobreza y pobreza extrema. De acuerdo con la CEPAL, una caída del 5.3% en el PIB y un aumento del 3.4% en los niveles de desempleo podrían traducirse en un incremento del 4.4% en la pobreza en 2020 en comparación con el año anterior. Esto llevaría el número total de personas que viven en situación de pobreza a 214.7 millones, o el 34% de la población de ALC, y 15.9 millones de personas más en la región enfrentarían niveles de pobreza extrema en comparación con la situación anterior,⁷³ la mayoría de ellas mujeres y niñas. Dadas las desigualdades sociales y económicas que existen en la región, el desempleo creciente derivado de las medidas relacionadas con la COVID-19 tendrá un impacto desproporcionado en las clases medias y las más pobres, con un probable incremento en los niveles de empleo informal como estrategia de supervivencia. ONU Mujeres estima que esto probablemente se traducirá en un aumento en el número de niñas y niños que serán enviados a trabajar como parte de las estrategias de supervivencia económica de los hogares, una situación que, de manera potencial, tendrá un impacto particular en las niñas más vulnerables y significaría un retroceso en los avances logrados en relación con su salud y su educación en las últimas décadas.

3.2 Necesidades y vulnerabilidades de grupos específicos y en situación de riesgo

Trabajadoras Domésticas

Más de 18 millones de personas se dedican al trabajo doméstico en ALC, de las cuales el 93% son mujeres.⁷⁴ El trabajo doméstico representa hasta un 14% del empleo asalariado femenino en la región,⁷⁵ y más del 78% de estas mujeres trabajan en el sector informal. Eso significa que carecen de acceso a prestaciones de salud, sociales o de retiro.⁷⁶ Por ejemplo, en Argentina más del 95% de las personas empleadas en el sector del trabajo doméstico son mujeres, 75% de las cuales están en el sector informal o carecen de documentación y/o no están registradas oficialmente,⁷⁷ mientras que en el Ecuador el 76% de las trabajadoras domésticas carecen de contratos formales con sus empleadores.⁷⁸ Esto obliga a las mujeres a realizar trabajos precarios sin acceso a protección de sus derechos laborales.

Un gran número de trabajadoras y trabajadores domésticos están concentrados en áreas urbanas, en donde a menudo viven en asentamientos informales hacinados o áreas empobrecidas cuando no están en los hogares de su empleador. En Bolivia, por ejemplo, el 88% de estos trabajadores se encuentran en las ciudades;⁷⁹ a menudo en asentamientos informales o en áreas con carencias de recursos. Esto plantea desafíos y vulnerabilidades adicionales para esta fuerza de trabajo en su mayor parte femenina de cara a la COVID-19. Mientras



las restricciones a la movilidad continúen, esto puede privar a las trabajadoras domésticas de sus fuentes de ingresos principales, al mismo tiempo que tendrán que permanecer en áreas hacinadas en las que las medidas básicas para la prevención de infecciones como el distanciamiento social y el lavado de manos son difíciles de seguir. Su exposición a diferentes riesgos aumentará a medida que se eliminen las restricciones a la movilidad. Las trabajadoras domésticas a menudo deben desplazarse durante largos periodos de tiempo para llegar a sus lugares de trabajo, haciendo uso de infraestructura de transporte cara y saturada, lo cual aumenta su nivel de riesgo y exposición, lo mismo que aquel para sus familias. Por ejemplo, antes de la COVID-19 y las restricciones a la movilidad en Bogotá, Colombia, las trabajadoras domésticas en esa ciudad ya pasaban la mayor parte de su tiempo diario en el transporte público en comparación con las personas dedicadas a cualquier otra ocupación,⁸⁰ mientras que aquellas que trabajan en Medellín pasan un promedio de 2.5-3.5 horas de su tiempo diario en el transporte público, con un costo equivalente a entre 14% y 28% de sus ingresos diarios.⁸¹ Estos patrones se repiten en toda la región, considerando los bajos niveles de ingresos de las trabajadoras domésticas y su sobrerrepresentación en los asentamientos informales y las áreas urbanas con carencias de recursos (lejos de sus lugares de trabajo).

Los riesgos de protección social también son elevados para las trabajadoras domésticas, ya que muchas dependen de modalidades de trabajo informales. Esta situación se ve todavía más acentuada en el caso de las mujeres pertenecientes a comunidades marginadas que tienen un acceso bastante reducido a redes de apoyo y un mayor trabajo de cuidados no remunerado en sus hogares. 8 de cada 10 trabajadoras domésticas en la región afirman haber experimentado alguna forma de violencia en su lugar de trabajo.⁸² Por ejemplo, tanto las mujeres afrodescendientes como las migrantes son especialmente vulnerables a actos de acoso sexual debido a la exotización y la hipersexualización existentes en los contextos de las comunidades de acogida,⁸³ al mismo tiempo que se les excluye de sus sistemas de apoyo comunitario e individual. En Haití, un subconjunto específico del trabajo doméstico incluye a niñas y niños de tan solo 5 años de edad que son obligados a realizar trabajo doméstico como *restaveks*.⁸ La mayor parte de la cifra estimada de 225,000 niñas y niños *restaveks* en Haití son niñas que trabajan largas horas, padecen de desnutrición y son objeto de situaciones de abuso y violencia física y sexual.⁸⁴

Como resultado de las deficientes condiciones de trabajo que enfrentan y los llamados a movilizarse, las trabajadoras domésticas en la región de ALC han exhortado a los gobiernos a reconocer sus derechos y, de manera específica, a hacer valer y respetar los derechos establecidos en el Convenio sobre las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos de la Organización Internacional del Trabajo (Nos. 189 y 190). Estos esfuerzos han recibido apoyo en toda la región tanto de organizaciones internacionales como

⁸ El término se refiere a una niña o niño en Haití que es enviado por sus progenitores a trabajar para un hogar que lo recibe como sirviente doméstico porque sus progenitores carecen de los recursos que necesitan para mantenerlos. A menudo se les considera como 'niños esclavos'.

de la sociedad civil local. Hasta abril del 2020, únicamente 15 países del Continente Americano habían ratificado el Convenio 189.⁸⁵

La naturaleza precaria e informal de su trabajo significa que la mayoría de las trabajadoras domésticas enfrentan una mayor exposición y vulnerabilidad a la COVID-19 en un número de frentes: una mayor carga de trabajo de cuidados no remunerado en sus hogares como resultado del cierre de escuelas o de tener que cuidar de miembros de la familia que se enferman; un aumento en los niveles de trabajo de cuidados y de exposición en los hogares de sus empleadores cuando los miembros de la familia del empleador se enferman o requieren de atención adicional; la reducción de sus ingresos y/o la pérdida de su empleo si no pueden acudir a sus sitios de trabajo por razones de salud o las restricciones a la movilidad;⁸⁶ un menor poder de negociación y una mayor dependencia de sus empleadores si conservar su empleo depende de tener que permanecer en el hogar de los mismos, lo que significa que se ven obligadas a desatender a sus propias familias o requieren de apoyo para cuidados no remunerados por parte de sus hijas, tías u otras integrantes de la familia; y un aumento en los horarios de trabajo y de exposición al riesgo para las trabajadoras domésticas que viven en su sitio de trabajo sin los correspondientes aumentos en salario o prestaciones (al realizar trabajo de cuidados en el hogar) o medidas de bioseguridad y protección. Es probable que la eliminación y/o modificación de restricciones específicas en los países de ALC aumente la precariedad de las situaciones de las trabajadoras domésticas, lo que les exigirá elegir entre generar ingresos, cuidar de sus familias o protegerse a sí mismas y sus familias –y/o a sus empleadores– de riesgos más grandes. A medida que las pérdidas económicas se comiencen a generalizar, las pérdidas de empleos resultantes también las obligarán a aceptar condiciones laborales peores que las que tenían incluso antes de la COVID-19.

♥ Personas LGBTIQ+

Actualmente no existen estadísticas confiables que reflejen la verdadera dimensión de la discriminación que padecen las personas LGBTIQ+ en ALC,⁸⁷ haciendo invisibles sus necesidades. Aun cuando resulte difícil determinar los impactos específicos de la COVID-19 sobre las poblaciones LGBTIQ+ puede decirse que se encuentran entre las más vulnerables en ALC.⁸⁸ Las personas LGBTIQ+ a menudo carecen de acceso a servicios de salud o protección social como resultado de la discriminación y el estigma, bien como de su concentración en el sector informal. En los países de ALC en donde se recaban datos, las mujeres transgénero registran algunas de las tasas de prevalencia del VIH más elevadas; la más baja se encuentra en El Salvador (7.4%), y la más alta en el Ecuador (35%).⁸⁹ Sin embargo, el estigma y la discriminación existentes suelen impedir el acceso de las personas LGBTIQ+ a los servicios de salud o protección social que necesitan para cubrir sus necesidades de salud. Investigaciones han mostrado que entre un 44% y un 70% de las mujeres transgénero en ALC se han sentido obligadas a abandonar sus hogares o han sido expulsadas de los mismos⁹⁰ como consecuencia del mismo estigma, violencia y discriminación. Debido a esa misma discriminación, las personas transgénero tienen un menor acceso a oportunidades educativas y sociales que sus contrapartes que no son LGBTIQ+, y a menudo se ven obligadas a realizar trabajos precarios, abusivos e informales, incluyendo la industria del sexo. Las poblaciones LGBTIQ+ también enfrentan tasas de violencia extremadamente altas, con 1,573 asesinatos de personas transgénero reportados en ALC durante el periodo 2008–2015, el 78% del número total de asesinatos registrados en el mundo.⁹¹ Las personas LGBTIQ+ en situación de movilidad también enfrentan riesgos importantes.⁹² Si bien es cierto que se han logrado avances en lo que respecta a los derechos LGTBIQ+ en la región, aún existen importantes desafíos relacionados con la recolección de datos, la participación política y democrática, salud, seguridad, acceso a la justicia, y bienestar económico y social⁹³.

Los impactos sociales y económicos de la crisis de la COVID-19 ya están afectando severamente a las personas LGBTIQ+, entre otras cosas, al inhibir su acceso a medios de vida y vivienda, especialmente en aquellos lugares en los que las redes de protección social son débiles. Las personas LGBTIQ+

migrantes, solicitantes de asilo y pertenecientes a minorías raciales y étnicas son particularmente vulnerables. Las medidas propias de la cuarentena están colocando a las personas LGBTIQ+, en particular las jóvenes, en situaciones de peligro en hogares hostiles o relaciones abusivas.⁹⁴ Con una disminución en sus ingresos y las restricciones a la movilidad que les impiden desplazarse, un número aún mayor de personas LGBTIQ+ ahora se encuentran bajo amenaza de desalojo de sus viviendas o de explotación y sin acceso a recursos legales o servicios de apoyo. Las personas LGBTIQ+ ya se encuentran sobrerrepresentadas entre las poblaciones de personas habitantes de calle y las personas que viven en situaciones de inmunodepresión. El aumento de las amenazas de desalojo y el estigma y la discriminación en el acceso a servicios de salud e higiene y saneamiento significan que la población LGBTIQ+ encuentran mayores dificultades en acceder a los servicios necesarios para protegerse a través del distanciamiento físico y prácticas seguras de prevención del contagio. Las mujeres transgénero son particularmente vulnerables, ya que enfrentan mayores riesgos de contagio y tienen menores oportunidades de acceso a las medidas de protección social instrumentadas por los gobiernos. Los servicios de salud y los sitios de atención como los albergues de cuarentena pueden exponer potencialmente a las personas transgénero a riesgos adicionales.

Las personas transgénero en particular están más expuestas que nunca a situaciones de discriminación o acoso policial, y carecen de acceso a tribunales en países en los que la pandemia está imponiendo presiones adicionales a las instituciones de seguridad y justicia.⁹⁵ Las restricciones a la movilidad basadas en el género adoptadas por algunos Estados hacen que los riesgos para las personas LGBTIQ+ sean aún mayores, y en algunos casos han conducido a actos de violencia y discriminación⁹⁶ por parte de las autoridades públicas que hacen seguimiento de la movilidad de las personas con base en la identificación de su género percibida.⁹⁷

Mujeres y niñas indígenas y afrodescendientes

Las mujeres y las niñas –en particular las mujeres y las niñas indígenas y afrodescendientes– a menudo se ven afectadas de manera desproporcionada por las epidemias y otras crisis en ALC. Tienen casi tres veces más probabilidades de vivir en situaciones de pobreza extrema, con acceso limitado a recursos, en comparación con sus contrapartes no indígenas.⁹⁸ Más de 23 millones de mujeres indígenas ya enfrentaban situaciones de discriminación⁹⁹ y acceso desigual a educación, empleo, tierra y participación en ALC antes de la COVID-19. Por ejemplo, en Brasil, el 63.8% de las personas que se autoidentifican como indígenas vivían en áreas rurales, y el 57.7% vive en territorios oficialmente reconocidos como indígenas,¹⁰⁰ con acceso restringido a agua potable, a equipos de protección personal y a la información sobre salud pública. Las mujeres afrodescendientes también tienen menos probabilidades de tener acceso a agua potable. En México, el 78.2% de la población indígena no tiene seguridad social, lo que significa que carecen de protección contra desempleo, enfermedades o discapacidad.¹⁰¹ En Bolivia, el 58% de la población en los estratos de ingresos más bajos son personas indígenas, y en su



mayoría están concentradas en áreas rurales marginadas. En este sentido, las mujeres indígenas en los países de ingreso medio-bajo tienen menos probabilidades de contar con seguro médico o acceso a servicios de salud, al tiempo que continúan enfrentando los fatales impactos para la salud de la degradación ambiental y las industrias extractivas, algo que de manera particular conduce a la contaminación de los recursos hídricos.¹⁰²

Otras dimensiones de la desigualdad que afectan a las mujeres y los hombres indígenas y afrodescendientes en ALC incluyen las altas tasas de trabajo informal o no remunerado y las mayores brechas de género en el trabajo de cuidados no remunerado. En Colombia, las y los trabajadores de la región Pacífico –que en su mayor parte son afrodescendientes– tienen las tasas de empleo informal más altas en comparación con el promedio nacional. En Bolivia, el 75% de la población indígena realiza actividades como parte de la economía familiar, en donde las mujeres y las niñas por lo general no reciben remuneración. En el Perú, el 10% de las mujeres afrodescendientes no han concluido ningún nivel educativo, en comparación con el 4.2% de los hombres, y en tan solo 8 países de la región, las mujeres afrodescendientes representan el 63% de 4.5 millones de trabajadoras domésticas.¹⁰³ Las mujeres afrodescendientes e indígenas también se han visto afectadas por múltiples formas de discriminación por razón de género, racismo y xenofobia, y se encuentran en un alto riesgo de caer en condiciones de pobreza y/o de ser las más afectadas por el desempleo. En el Ecuador, el 71.8% de las mujeres afroecuatorianas y el 64% de las mujeres indígenas han experimentado por lo menos un incidente de violencia durante sus vidas.

El impacto de la pandemia en las comunidades indígenas y afrodescendientes, especialmente las mujeres y las niñas, es significativo dadas las desigualdades preexistentes. Las restricciones de la cuarentena están afectando particularmente a las comunidades indígenas con altas tasas de participación en el sector informal, ya que han perdido su capacidad para desplazarse a las ciudades o a las áreas rurales para trabajar.¹⁰⁴ El acceso a información y recursos es limitado por la falta de difusión y traducción de la información a las lenguas indígenas, lo mismo que por los niveles más bajos de acceso a Internet y TIC. Las mujeres y las niñas que viven en comunidades indígenas y afrodescendientes enfrentan barreras adicionales en el acceso a servicios de atención de la salud, agua salubre y potable, higiene y alimentos, a diferencia de sus contrapartes no indígenas, lo cual acentúa los impactos de la COVID-19 en su salud y sus medios de subsistencia.

Aunque todavía existen pocos datos disponibles desglosados tanto por sexo como por origen étnico, en Brasil el Ministerio de Salud reportó que, al 9 de abril, el 37.4% de los pacientes ingresados en hospitales para recibir tratamiento de Síndrome Respiratorio Agudo eran afrodescendientes, los cuales representaban el 45.2% de las muertes a ese momento.¹⁰⁵ Esto apunta a las desigualdades en el acceso a información y servicios de salud para estas poblaciones, ya que el 80% de las personas brasileñas de descendencia africana dependen exclusivamente del sistema de salud público para recibir atención. Las tasas de letalidad sugieren que la mayoría de estos casos corresponden a hombres, pero la falta de información doblemente desglosada continúa apuntando a la necesidad de análisis adicionales basados en datos de género y origen étnico.

3.3 Toma de decisiones, participación y liderazgo

A pesar de que la región de ALC registró la proporción más alta de mujeres entre los parlamentos del mundo en el 2019, únicamente el 31.6% de los escaños parlamentarios eran ocupados por mujeres.¹⁰⁶ Son varios los países de la región de ALC que cuentan con leyes que establecen cuotas de género mínimas o requisitos de paridad. Sin embargo, como resultado de otras regulaciones, los resultados electorales no siempre cumplen con el porcentaje de mujeres establecido por estas acciones afirmativas. Aún existen desafíos significativos para la participación política de las mujeres en la región. Al momento de la elaboración de este documento, únicamente 4 países en la región (Barbados, Granada, Trinidad y Tobago y Bolivia) tenían jefas de estado o jefas de gobierno, y 12 países contaban con una referencia

específica a la igualdad entre los hombres y las mujeres en sus constituciones. Al día de hoy, 13 países tienen menos de un 20% de parlamentarias y solo un 15% de alcaldesas.¹⁰⁷ Por otro lado, únicamente un 38.4% de los puestos directivos en la región son ocupados por mujeres.¹⁰⁸ Las brechas de género en las áreas de liderazgo y participación en la toma de decisiones están bastante extendidas en todos los sectores, incluyendo el sector salud.



A pesar del hecho de que las mujeres representan el 74% de la fuerza laboral en el sector salud en ALC, únicamente un 31% de los Ministerios de Salud están encabezados por mujeres.¹⁰⁹ Estas disparidades y niveles de subrepresentación son incluso más dramáticos para las mujeres de comunidades indígenas y afrodescendientes, las personas LGBTIQ+, y las niñas y las mujeres jóvenes y/o rurales.

Emergencias sanitarias anteriores han demostrado que las mujeres y las niñas a menudo son las encargadas de proporcionar las primeras y más duraderas acciones de apoyo humanitario y recuperación a sus comunidades, a menudo a expensas propias, como parte del trabajo de cuidados no remunerado. Reconocer estas respuestas existentes –lo mismo que el liderazgo de las mujeres y las niñas para dar respuesta a las necesidades de sus comunidades– es fundamental para que los esfuerzos durante la respuesta y la recuperación sean eficaces y tomen en cuenta las diferencias de género. Estas redes y sistemas de apoyo informales a menudo son ignorados en la acción humanitaria, y es necesario reconocerlos y apoyarlos como parte de un pilar esencial de la respuesta.

En toda la región han surgido ejemplos de liderazgo y "actos de solidaridad comunitaria"⁹ y de liderazgo femenino en la respuesta comunitaria a la COVID-19. En Colombia, las comunidades de acogida y las mujeres y las niñas desplazadas y refugiadas han estado proporcionando apoyo adicional y transmitiendo mensajes de salud pública a sus comunidades, ya que han perdido el acceso a espacios políticos formales a consecuencia de las restricciones relacionadas con la COVID-19.¹¹⁰ En Brasil, Guatemala y el Ecuador, entre otros,¹⁰ organizaciones de mujeres locales se han asociado con Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) para identificar a familias en necesidad, recibir donaciones y distribuir alimentos básicos en comunidades marginadas. Estas acciones han beneficiado particularmente a personas pertenecientes a comunidades afrodescendientes e indígenas, lo mismo que a trabajadoras y trabajadores cuyas vulnerabilidades se han profundizado por las medidas de aislamiento social, incluyendo las trabajadoras domésticas, las personas dedicadas a la pesca y las costureras/sastres.¹¹¹ La información relacionada con las respuestas de primera línea específicas de las mujeres sigue siendo limitada, pero es necesario mapearla, recabarla y apoyarla a medida que la crisis se continúe desarrollando.

⁹ Movimientos espontáneos de base comunitaria organizados para proveer servicios de cuidado a las personas en mayor aislamiento y más impactadas por la COVID-19; i.e. asegurando acción comunitaria para la entrega de alimentos, proveer apoyos económicos, monitorear la salud de las personas mayores, compartir recursos o información, etc.

¹⁰ Los autores de este documento desean destacar que las organizaciones de mujeres se están organizando y respondiendo a la COVID-19 en toda la región. Los países aquí mencionados son aquellos en los que las oficinas de ONU Mujeres y CARE identificaron ejemplos de manera directa durante las entrevistas realizadas para este informe. Esto no representa a la totalidad de las localidades en las que las organizaciones de mujeres están respondiendo en la región, ya sea de manera formal o informal.

Garantizar el liderazgo y la participación de las mujeres en la respuesta a la COVID-19 es fundamental para lograr resultados eficaces y garantizar la sostenibilidad durante la fase de recuperación. Esto requiere de la representación equitativa de las mujeres en todas las etapas de la planeación y toma de decisiones de la respuesta a la COVID-19. De acuerdo con el Secretario General de las Naciones Unidas, "La evidencia entre los sectores, incluyendo la planeación económica y la respuesta a la emergencia, demuestra de manera incuestionable que aquellas políticas en las que no se consulta a las mujeres o no se les incluye en la toma de decisiones sencillamente son menos eficaces, e incluso pueden provocar daños. Más allá de las mujeres en lo individual, las organizaciones de mujeres que a menudo se encuentran en la primera línea de la respuesta en las comunidades también deben ser representadas y acompañadas".¹¹² Esto requiere de medidas específicas y dirigidas para reconocer el liderazgo de las mujeres en la respuesta a nivel comunitario e integrarlas a la mesa de toma de decisiones relacionadas con las políticas públicas durante el proceso de toma de decisiones sobre salud y protección social relacionadas con la COVID-19.

"Lo único que me da fuerzas es poder ayudar a las personas que están enfermas y sus familias, cuando podemos ayudarles a seguir luchando. Me hace sentir como si estuviéramos ganando al virus. Yo veo a personas recuperándose y esto me da energías. Tenemos que seguir luchando y encontrar nuestra fuerza en nosotras mismas."

— Líder de la Unión de Trabajadoras Domésticas, Ecuador.

3.4 Salud, incluyendo Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR)

Salud

La región de ALC ha visto avances importantes en el ámbito de la salud durante las últimas décadas. Específicamente, los aumentos en el financiamiento para la salud en varios países de la región han permitido mejorar la cobertura de salud y han tenido efectos significativos en términos de una mejor atención preventiva, el uso de anticonceptivos y servicios de salud materna, incluyendo partos asistidos por parteras calificadas.¹¹³ A pesar de que estos esfuerzos se han traducido en mejoras en algunos indicadores de salud y reducido algunas desigualdades en la región, aún existen desafíos en lo que respecta a la accesibilidad y la disponibilidad de servicios de salud para los grupos vulnerables y marginados, como las personas migrantes, refugiadas y desplazadas, las mujeres y las niñas indígenas y afrodescendientes, las poblaciones LGBTQ+, y aquellas que residen en áreas rurales.



Se estima que el 30% de la población de ALC carece de acceso a servicios de salud debido a barreras económicas, y que un 21% carece de acceso a servicios debido a barreras geográficas.¹¹⁴

Los entornos humanitarios y en desarrollo que no cuentan con recursos suficientes plantean desafíos particulares para la prevención y el control de enfermedades infecciosas.¹¹⁵ En países como Venezuela,

Haití y Honduras, la razón de camas a pacientes es de menos de 1 por cada 1,000 pacientes, mientras que en Colombia, Perú y México esta relación es de menos de dos camas por cada 1,000 pacientes.¹¹⁶ Aunque de acuerdo con los informes disponibles las personas más afectadas por la COVID-19 son los hombres y las personas con enfermedades crónicas y sistemas inmunes débiles, los impactos para las mujeres están siendo desproporcionados como resultado de su sobrerrepresentación en el trabajo de cuidados tanto en la esfera doméstica como en aquella del trabajo remunerado.¹¹ Si bien es cierto que aún no existe evidencia confiable que permita identificar un riesgo significativo para las mujeres embarazadas y los recién nacidos, ambos grupos a menudo son vulnerables a las enfermedades infecciosas.¹¹⁷ De igual manera, las personas que viven con VIH/sida en la región también enfrentan un riesgo significativo, ya que las crisis a menudo provocan interrupciones en las cadenas de suministro, que dejan a esta población sin medicamentos críticos como antirretrovirales e insumos importantes. Actualmente existen 1.9 millones de personas que viven con VIH en América Latina, mientras que el Caribe tiene la segunda tasa de prevalencia más alta después del África Subsahariana.¹¹⁸

El brote del Zika en ALC mostró las maneras significativas en las que las emergencias de salud pública pueden acentuar las desigualdades de género existentes en la región; especialmente si se considera que muchas mujeres no disfrutaban de una autonomía plena en lo relativo a la toma de decisiones sobre SSR y la salud en general en comparación con sus parejas y contrapartes masculinas. La crisis del Zika también demostró que las emergencias de salud se complican aún más como resultado de las grandes barreras ya existentes en el acceso a servicios de atención, incluyendo la insuficiencia de recursos económicos para costear el desplazamiento a las instalaciones o el pago de servicios.¹¹⁹ Durante el brote del Zika, algunas mujeres reportaron el temor de ser agredidas como una barrera que les impedía buscar servicios de atención de la salud. Este fue el caso en la República Dominicana, en donde el 73% de las mujeres asumían que tenían el virus del Zika pero se resistían a buscar atención por temor a convertirse en víctimas de abuso o violencia psicológica en los establecimientos de salud.¹²⁰



Mujeres como Trabajadoras de Salud

A escala mundial, las mujeres representan el 74% de la fuerza laboral en el sector salud y tienen mayores probabilidades de formar parte del personal de salud en la primera línea de respuesta, especialmente las enfermeras, las parteras y las trabajadoras de salud comunitaria. También representan la mayoría del personal de servicios en los establecimientos de salud –como personal de limpieza, lavandería y servicios de alimentos– y, como tales, tienen mayores probabilidades de exposición al virus.¹²¹ Aunque las mujeres representan el 74% de la fuerza laboral en los ámbitos de los servicios sociales y de salud en ALC,¹²² los hombres ocupan el 75% de todos los puestos de liderazgo en el sector salud,¹²³ y en algunos países incluso tienen altas más altas. En México, el 79% del personal de salud son mujeres; la mayoría de ellas ocupan puestos de enfermería y de apoyo, mientras que los hombres aún constituyen la mayoría del personal médico.¹²⁴ En Argentina (Buenos Aires), las mujeres representan únicamente el 25% de los puestos directivos en hospitales, mientras que los médicos hombres continúan ganando casi 20% más al mes que sus contrapartes femeninas,¹²⁵ algo que limita aún más la contribución de las mujeres a la toma de decisiones relacionadas con la salud.

A medida que el número de casos continúa aumentando, muchas trabajadoras y trabajadores sanitarios y de apoyo en la primera línea de la respuesta continúan trabajando en condiciones extremas: trabajando largas horas sin el equipo de protección personal (EPP) y los insumos necesarios.¹²⁶ Estos insumos críticos se encuentran cada vez menos disponibles en las áreas subatendidas, lo cual profundiza las disparidades ya existentes, especialmente entre las mujeres y las niñas indígenas, afrodescendientes, migrantes, refugiadas y desplazadas.¹²⁷ Cabe mencionar que gran parte del equipo de protección personal no ha sido diseñado para los cuerpos de las mujeres, ya que a menudo ha sido modelado en función del hombre europeo promedio. La escasez de estos insumos tan necesarios y/o su diseño

¹¹ Para mayores detalles, ver las secciones anteriores.

inadecuado continuarán agravando las tasas de exposición potencial, los episodios de agotamiento mental y las vulnerabilidades, especialmente para las integrantes de la fuerza laboral femenina y sus familias.

La sobrerrepresentación de las mujeres como personal de salud en la primera línea de la respuesta significa que están asumiendo riesgos más altos de exposición y contagio de la COVID-19, incluso a medida que la pandemia, y las respuestas gubernamentales, continúan evolucionando. Esto incluye mayores costos emocionales y físicos relacionados con turnos de trabajo más largos, extenuantes y prolongados, lejos de sus familias, a cambio de un menor salario. Las trabajadoras enfrentan una doble carga de cuidados, ya que tienen que cuidar de personas en su lugar de trabajo y en sus hogares, incluyendo a niñas, niños o familiares enfermos,¹²⁸ al mismo tiempo que intentan manejar estas circunstancias extenuantes, con salarios más reducidos y precarios. Esta situación continuará limitando su propio acceso a apoyos sociales y a conductas de búsqueda de servicios de salud,¹²⁹ y seguirá teniendo una importancia particular en todos aquellos lugares en los que las restricciones a la movilidad se traduzcan en un resurgimiento de las tasas de infección a medida que la pandemia evolucione.



Salud Sexual y Reproductiva

Si bien es cierto que varias décadas de avances en la región de ALC han dado como resultado disminuciones significativas en la mortalidad materna y la tasa global de fecundidad, y un mayor uso de anticonceptivos, aún existen muchos desafíos que pueden verse acentuados por la COVID-19. La región de ALC tiene la segunda tasa de embarazo en adolescentes más alta del mundo, y la mortalidad materna sigue siendo una de las principales causas de muerte entre las mujeres de 15 a 24 años en esta región.¹³⁰ Muchos embarazos en niñas menores de 15 años son el resultado de violencia sexual. Las normas de género a menudo inhiben el acceso de las adolescentes a servicios e información para prevenir embarazos no deseados,¹³¹ y otras crisis de salud, como la del Ébola, han mostrado aumentos en las tasas de embarazo en adolescentes.¹³² Estas disparidades son peores para las comunidades marginadas en aquellos casos en los que el acceso limitado a servicios de salud sexual y reproductiva es evidenciado por las bajas tasas de prevalencia de uso de anticonceptivos. Por ejemplo, en Guatemala, el 40% de las mujeres indígenas usan algún método anticonceptivo, mientras que en Colombia, Paraguay y Perú, la prevalencia es de aproximadamente un 70%.¹³³

La experiencia reciente con la epidemia del Zika y su importante brote en ALC indica que, en épocas de crisis, a menudo los recursos originalmente asignados a los servicios de salud existentes se desvían para apoyar los esfuerzos de la respuesta.¹³⁴ Eso significa que los recursos actualmente asignados a servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) se podrían desviar, y estos servicios podrían recibir un menor grado de prioridad como resultado de la respuesta a la COVID-19. El acceso ininterrumpido a estos servicios es especialmente crítico para las poblaciones vulnerables, incluyendo a las mujeres y las niñas migrantes, refugiadas y desplazadas, cuyos mayores riesgos de protección durante la crisis se traducen en necesidades de SSR significativas.¹³⁵ En la zona fronteriza entre Colombia y Venezuela **se han reportado niveles crecientes de xenofobia y discriminación en contra de personas venezolanas, a los que se ha acusado falsamente de propagar la COVID-19, lo cual se está traduciendo en barreras adicionales para el acceso a servicios de salud por parte de esta población.**¹³⁶

3.5 Acceso a Servicios y Recursos

Movilidad Humana

La región de ALC alberga los movimientos de migrantes y refugiados de más rápido crecimiento en el mundo,¹³⁷ con más de 5.1 millones de personas venezolanas que han abandonado sus hogares,¹³⁸ además de un flujo migratorio importante de Haití a la República Dominicana y a países sudamericanos,¹³⁹ y una migración regional intensa de América Central hacia los Estados Unidos; especialmente desde Honduras, Guatemala y El Salvador.¹⁴⁰ Los patrones migratorios en la región muestran dinámicas de género específicas, algo que también se evidencia en los impactos de la COVID-19 en las poblaciones de personas migrantes, refugiadas y desplazadas. A escala global, las mujeres representan un 48%, o casi la mitad de los 272 millones de personas migrantes en el mundo, y la mitad de los 19.6 millones de personas refugiadas.¹⁴¹



La situación en ALC se caracteriza por flujos de mujeres y hombres en situación de movilidad, a los que comúnmente se les conoce como "caminantes", a menudo en tránsito de un país a otro al interior de la región; cada uno de ellos con una dinámica específica. Por ejemplo, la mayoría de los primeros migrantes que salieron de Venezuela eran hombres no acompañados en busca de seguridad y/o mejores oportunidades de generación de ingresos. Pero más adelante este flujo experimentó un cambio de género, en el sentido de que más mujeres comenzaron a migrar, acompañadas por familiares, niñas y niños pequeños, con fines de reunificación familiar o por su propia seguridad y en busca de mejores oportunidades de generación de ingresos.¹⁴² En México, el 22.8% de las personas en tránsito provenientes de América Central y retornadas por las autoridades mexicanas son mujeres, muchas de las cuales tuvieron que migrar por cuestiones de género.¹⁴³ Estos patrones se han repetido en toda la región. A su llegada a los países receptores, la mayoría de las personas migrantes, especialmente aquellas en situación irregular, reportan que obtienen empleos informales; la mayoría de las mujeres se emplean como trabajadoras domésticas y en la economía informal, con poco acceso a protección social¹⁴⁴ e ingresos muy por debajo de la línea de pobreza. La separación parcial o total de las familias, la situación irregular, la pérdida de redes de apoyo y la constante inseguridad profundizan aún más los riesgos para las mujeres, las niñas y las personas LGBTIQ+ que se encuentran en estos contextos.

La crisis de la COVID-19 está teniendo impactos muy particulares en las personas migrantes, refugiadas y desplazadas internas, especialmente en el caso de las mujeres y las jóvenes que son jefas de hogar. Aunque algunos países –como Brasil– ofrecen protección a las personas migrantes y refugiadas a través de programas de transferencias monetarias, otros países no cuentan con la capacidad para ofrecer estos apoyos, lo que excluye a las personas migrantes, especialmente a aquellas que no cuentan con documentos, de los servicios de protección social.¹⁴⁵ Esto repercute de manera particular en las mujeres y las niñas que cuidan de familias extensas o de niñas y niños pequeños. Otros países, como Bolivia, están reportando mayores números de repatriados debido a las pérdidas de empleos e ingresos en el extranjero provocadas por las medidas de contención de la COVID-19 y sus repercusiones económicas.¹⁴⁶

La mayoría de los países de la región de ALC cerraron sus fronteras de manera total o parcial como parte de las medidas de contención. Al día de hoy, la protección y la vigilancia de las zonas fronterizas siguen siendo un reto para las fuerzas armadas y la policía, especialmente en los puntos de cruce irregular y las

fronteras porosas, aumentando riesgos de seguridad específicos para las mujeres, hombres, niños, niñas y personas LGBTIQ+. Desde el inicio de las medidas relacionadas con la COVID-19, los cierres de fronteras han provocado un incremento en el tránsito de personas migrantes y refugiadas a través de puntos de cruce irregulares. Por ejemplo, la OIM estimó que, al 15 de abril de 2020, se habían realizado 20,200 cruces fronterizos entre la República Dominicana y Haití, incluyendo 2,550 personas retornadas a Haití.¹⁴⁷

Las restricciones a la movilidad han limitado aún más el acceso de las personas migrantes y refugiadas a sistemas de protección y servicios básicos en las zonas fronterizas.¹⁴⁸ Esto ha generado mayores riesgos, especialmente para las mujeres, las niñas, las adolescentes y las personas LGBTIQ+, que están más expuestas a convertirse en víctimas de trata de personas, tráfico ilícito de migrantes, agresión sexual y sexo por supervivencia. Mismo antes de la COVID-19, el 88.5% de las mujeres migrantes, refugiadas y desplazadas (mujeres en situación de movilidad) en el Ecuador reportaron haber experimentado alguna forma de violencia basada en género. También ha aumentado los riesgos de detención, devolución y/o explotación por parte de diferentes actores. Los refugiados y migrantes venezolanos, por ejemplo, están regresando a Venezuela en flujos migratorios irregulares, lo que aumenta los riesgos de protección y sanitarios, bien como la xenofobia. El surgimiento de compañías de transporte ilegales que utilizan puntos de cruce no oficiales representa un mayor riesgo de situaciones de VBG, trata y tráfico ilícito de migrantes, y sexo por supervivencia,¹² que está aumentando a medida que las poblaciones vulnerables buscan usar estos servicios.¹⁴⁹ Esto es algo particularmente problemático para las personas migrantes, refugiadas y desplazadas internas que carecen de redes de apoyo familiar y/o social. Al mismo tiempo, las medidas de cuarentena y aislamiento en las fronteras –como los centros de cuarentena que se han abierto en Bolivia y El Salvador, y las reubicaciones de personas en el Brasil–¹⁵⁰ también representan riesgos específicos para las mujeres, las niñas y las personas LGBTIQ+, especialmente porque las poblaciones en esos centros y aquellas objeto de reubicación al parecer son predominantemente masculinas.¹⁵¹ Los cierres de albergues en Colombia, el Ecuador y el Perú para los migrantes de Venezuela también obligan a las personas refugiadas y migrantes a vivir en la calle, una situación que agrava los riesgos particularmente para las mujeres, las niñas y las personas LGBTIQ+.

“Si, como resultado de esta enfermedad, los pobres no podemos sobrevivir, significa que ningún país está haciendo bien su trabajo. Por esto he decidido volver a mi país, porque prefiero morir allá.”

— Migrante venezolana, abril de 2020.

Acceso a Información y Tecnología

Las medidas para contener la propagación de la COVID-19 han acelerado la velocidad de la digitalización del empleo y la educación. Sin embargo, este ritmo de migración acelerada a las plataformas digitales corre el riesgo de profundizar las desigualdades de género existentes. Aun cuando más del 67% de los habitantes de la región hacían uso de Internet en el 2017, esta proporción variaba de manera significativa entre países, localidades urbanas-rurales, grupos étnicos y sectores de ingresos; el 80% de la población en Chile, Brasil, Costa Rica y Uruguay tiene conexión a Internet móvil, pero únicamente el 30% la tiene en Guatemala, Honduras, Haití y Nicaragua (las cifras entre estos países varían de manera exagerada).¹⁵² El Informe de la CEPAL sobre los impactos económicos y sociales de la COVID-19 destaca que las desigualdades en las tasas de conectividad entre segmentos de ingresos son extremas, y que "la brecha

¹² De acuerdo con el Monitoreo de Protección realizado por ACNUR, el 2% de las mujeres entrevistadas mencionaron que tuvieron que recurrir a sexo por supervivencia. Disponible en: https://acnur.org/5d321d124#_ga=2.229179039.2035465752.1569421762-1175617468.1560347589

entre los quintiles más ricos y pobres más grande (se encuentra) en Honduras (58 puntos porcentuales) y el Perú (60 puntos porcentuales), y la menor en Chile (22 puntos porcentuales) y Uruguay (17 puntos)".¹⁵³

A pesar de que los datos acerca de la brecha de género interseccional en la conectividad en la región son bastante limitados, los datos disponibles muestran claramente que las mujeres y las niñas tienen un menor acceso a las comunicaciones y plataformas digitales en la región en comparación con los hombres. Esta situación es más pronunciada entre los diferentes grupos de ingresos y los grupos marginados. En ALC, el acceso de las mujeres a teléfonos móviles y la Internet es alto. El 86% de las mujeres en la región poseen teléfonos móviles propios, y únicamente existe una brecha de género del 2% en lo que respecta al acceso entre hombres y mujeres. En Guatemala, existe una brecha del 13% en lo que respecta a la propiedad de teléfonos móviles entre hombres y mujeres. A pesar de estos datos alentadores, se estima que 76 millones de mujeres en la región no hacían uso de servicios de Internet móvil.¹⁵⁴



En 2015, el uso de la Internet por las mujeres era menor en comparación con los hombres en casi todos los países de ALC en los que se realizaron encuestas. En aquellos hogares que cuentan con acceso a Internet, las mujeres mostraron un uso de Internet ligeramente mayor que el de los hombres (en el mismo hogar). Sin embargo, el acceso a Internet en los hogares varía notablemente entre países: apenas 2% de las mujeres y los hombres en Nicaragua tienen acceso, en comparación con un 9% en Guatemala y un 17% en Bolivia.¹⁵⁵ Estas diferencias de género varían aún más dependiendo de si los hombres y las mujeres trabajan por su cuenta, son asalariados, o patrones; las mujeres empleadas como trabajadoras asalariadas tienen la tasa de acceso y uso de Internet más alta, mientras que las mujeres que trabajan por su cuenta registran las tasas más bajas. Obviamente, las personas pertenecientes al quintil más bajo tenían el menor nivel de acceso, particularmente en el caso de las mujeres; por ejemplo, únicamente un 14.1% (Bolivia), un 8% (El Salvador), un 9.5% (Honduras) y un 9% (Perú) de las mujeres en el quintil más bajo tenían acceso a la Internet y, en todos los casos, este porcentaje de acceso fue menor que la tasa de acceso entre los hombres. Tanto la situación en general como la brecha de género son típicamente peores en las áreas rurales.¹⁵⁶ Las medidas de contención relacionadas con la COVID-19, que aíslan a las personas en sus hogares, y la divulgación de información, que cada vez es más digital, tienen implicaciones importantes para el acceso de las mujeres a la información.

Una serie de entrevistas con mujeres migrantes en Colombia muestra que ahora carecen de conectividad e información sobre salud pública a causa de las medidas de aislamiento. No tienen acceso físico a la información, lo que aumenta su vulnerabilidad y su aislamiento social. Esta situación seguirá incidiendo de manera desproporcionada en el acceso de las mujeres y las niñas a oportunidades de generación de ingresos, educación, información sobre derechos y servicios mientras las medidas relacionadas con la COVID-19 continúen. Cualquier iniciativa para reactivar y recuperar la economía necesitará asegurarse de que los sectores en los que se emplean las mujeres –que en gran medida son informales y basados en servicios– puedan migrar al mundo en línea de modo que las mujeres no sean dejadas atrás. Por

ejemplo, a medida que los paquetes de ayuda y de ayuda económica continúen entregándose en toda la región, las brechas de género en el acceso a formas de identificación oficial y la tecnología móvil se combinarán para excluir a las mujeres y las niñas pobres y en situación de riesgo provenientes de grupos marginados de las plataformas tecnológicas de transferencias monetarias o de acceso a efectivo.

3.6 Seguridad y Protección



Violencia Basada en Género

Casi el 12% de las mujeres de entre 15 y 49 años (o 19.2 millones) en ALC han experimentado situaciones de Violencia de Pareja Íntima (VPI) actual o pasada en los últimos 12 meses¹⁵⁷ y, en promedio, casi una tercera parte de las mujeres que alguna vez han vivido en unión libre reportaron situaciones de abuso físico y/o sexual a manos de una pareja en algún momento de sus vidas.¹⁵⁸ La proporción de mujeres que reportaron haber experimentado alguna vez situaciones de VPI de naturaleza física y/o sexual, varía de alrededor de 1 de cada 7 mujeres que alguna vez han vivido en unión libre (en Brasil, Panamá y Uruguay)¹⁵⁹ a más del 43% en el Ecuador,¹⁶⁰ y 58.5% en Bolivia.¹⁶¹ El porcentaje de mujeres que alguna vez han vivido en unión libre y reportaron violencia sexual varía de un 10.3% (Paraguay) a un 27.2% (Haití).¹⁶² Al menos 3,529 mujeres fueron víctimas de feminicidio en 25 países en ALC en el 2018,¹⁶³ con las tasas más altas reportadas en El Salvador, Honduras, Santa Lucía, Trinidad y Tobago, Bolivia, Guatemala y la República Dominicana.¹⁶⁴ El 23% de las mujeres de entre 20 y 24 años en la región ya están casadas o viven en unión libre antes de los 18 años, y el 5% de las uniones libres se producen antes de los 15 años de edad.¹⁶⁵

Las tasas de VBG contra las mujeres marginadas en la región también son más altas que el promedio, específicamente entre las mujeres indígenas, afrodescendientes y con discapacidad, lo mismo que entre las mujeres refugiadas y migrantes. En Bolivia, los departamentos con las concentraciones más altas de pueblos indígenas tienen tasas de prevalencia hasta un 5% más altas que el promedio nacional. En una encuesta realizada en 2019 en el Ecuador, se encontró que las mujeres afroecuatorianas tenían un 7% más probabilidades de experimentar VBG que las mujeres indígenas y 10% más que las mestizas.¹⁶⁶ A escala mundial, las mujeres con discapacidad tienen de 2 a 4 veces más probabilidades de experimentar VPI que las mujeres sin discapacidad.¹⁶⁷ Aunque los datos para esta población son limitados en ALC, una encuesta realizada en Colombia indica que las tasas de prevalencia de VPI entre las mujeres con discapacidad son un 4% más altas que entre aquellas sin discapacidad si se consideran todas las formas de violencia cometidas por una pareja actual o pasada, y hasta 4.5 veces más altas para ciertos subconjuntos de violencia, como las amenazas de abandonarlas.¹⁶⁸

Si bien es cierto que la región de ALC es una de las más progresistas del mundo en cuanto a legislación sobre VBG, aún existen brechas importantes en la implementación de leyes, el acceso a la justicia y servicios de apoyo para sobrevivientes de violencia.¹⁶⁹ En la mayoría de los países de la región se han puesto en operación líneas telefónicas y centros de apoyo gratuito que ofrecen servicios de asesoría legal, salud, consejería y de otro tipo para sobrevivientes de violencia de género. Sin embargo, a pesar de la existencia de diversas estrategias nacionales para responder a las necesidades de las personas sobrevivientes de VBG, así como de protocolos de atención a víctimas de violencia sexual, aún existen brechas importantes en su implementación eficaz en la región.¹⁷⁰ **Las tasas de denuncia siguen siendo bajas: un 45% de las víctimas de violencia doméstica, sexual y/o física jamás se lo han contado a alguien o buscado ayuda institucional por temor a ser estigmatizadas.** Lo anterior incluye sentimientos de culpa, temor a represalias, la falta de información sobre servicios y la creencia de que nadie les va a ayudar.¹⁷¹ Existen informes que sugieren que las mujeres indígenas enfrentan barreras particulares en aquellos casos en los que la información legal y los servicios de justicia únicamente, o de manera principal, se encuentran disponibles en español. De la misma forma, existen barreras particulares en el acceso a información y servicios para las mujeres y las niñas con discapacidad,¹⁷² lo mismo que

para las mujeres migrantes e indocumentadas.¹⁷³

Se sabe que las crisis humanitarias, incluyendo las crisis de salud pública, elevan aún más las tasas de VBG¹⁷⁴ como resultado de factores agravantes como los cambios en los papeles tradicionales, las dificultades económicas y una mayor impunidad para los perpetradores.¹⁷⁵ Esta tendencia ha sido evidente en ALC durante la crisis de la COVID-19, en la que las medidas de aislamiento y confinamiento, que aumentan los niveles de estrés y los problemas económicos e impiden que las mujeres y las niñas que son objeto de violencia abandonen los lugares en los que se está abusando de ellas, también pueden generar barreras en el acceso a servicios esenciales. En Argentina, las llamadas a las líneas telefónicas de atención para casos de violencia doméstica se incrementaron en un 40% después de que el gobierno decretó cuarentena obligatoria;¹⁷⁶ en Brasil, la línea telefónica de apoyo del Estado registró un incremento del 18% en las denuncias de VPI entre el 17 y el 25 de marzo de 2020, en comparación con las primeras dos semanas del mes,¹⁷⁷ con un aumento en el número de denuncias en Río de Janeiro del 50 por ciento en el mismo periodo.¹⁷⁸ En México, la Fiscalía Especial para la Atención a Delitos contra las Mujeres y Feminicidios registró un incremento de entre 30 y 35% en el número de denuncias de casos en las dos semanas anteriores al 23 de marzo de 2020,¹⁷⁹ y un aumento adicional del 60% en el número de llamadas a líneas telefónicas de albergues del 23 de marzo al 8 de abril.¹⁸⁰ De igual manera, el 33% de las mujeres encuestadas como parte de un diagnóstico de necesidades en Guatemala reportó haber experimentado alguna forma de violencia o tensiones en el hogar como resultado de la crisis de la COVID-19 tan solo durante el mes de marzo.¹⁸¹ En Bolivia, 7 de los 34 feminicidios registrados entre enero y abril de 2020 tuvieron lugar desde el anuncio de la cuarentena el 22 de marzo. Es probable que estas cifras estén subestimadas, ya que muchas mujeres no pueden contactar a los servicios de manera segura si se encuentran confinadas junto con su agresor.¹⁸²



Sin embargo, aun cuando las mujeres, las niñas y las adolescentes han comenzado a pasar más tiempo en línea –cuando cuentan con acceso a Internet– y a usar medios de comunicación virtuales para trabajo remoto, educación en línea y acciones de activismo, además de acceder a espacios de entretenimiento en línea, se han reportado indicios de que la ciberviolencia y el ciberacoso se están intensificando en espacios virtuales como redes sociales, salas de chat, servicios de teleconferencias y juegos en línea.

La evidencia de crisis anteriores demuestra que la VBG a menudo se incrementa durante las crisis sanitarias, especialmente durante las cuarentenas, y que las mujeres que ya enfrentaban múltiples formas de discriminación antes de la COVID-19 en este momento probablemente están enfrentando riesgos más elevados y obstáculos adicionales en el acceso a servicios esenciales. Por ejemplo, es importante destacar que los informes oficiales sobre la VBG en algunos países de ALC indican tasas de denuncia bajas, pero los expertos creen que la falta de denuncia en realidad refleja mayores niveles de control por parte de los agresores que viven en el hogar, una situación que hace que para las mujeres y las niñas resulte más difícil denunciar. Esta situación se ve agravada por la mayor dependencia económica de las mujeres de sus parejas, ya que las medidas relacionadas con la COVID-19 han provocado que las

personas sobrevivientes estén perdiendo acceso a los recursos monetarios esenciales que necesitan para escapar de situaciones de abuso. Los servicios de prevención y respuesta a la VBG disponibles en la región son insuficientes, a pesar de las mayores inversiones en servicios de atención de la violencia de género y albergues en varios países. En algunos países, los pocos recursos asignados a la VBG se están desviando a la prevención, el control y el tratamiento de la infección, mientras que en algunos otros se está fortaleciendo la inversión. En Haití se han suspendido numerosas actividades relacionadas con la salud reproductiva y la violencia basada en género, incluyendo la clínicas móviles.¹⁸³ Al mismo tiempo, Argentina, Colombia, Ecuador y Chile (entre otros) han innovado y logrado ampliar la prestación de servicios a través de servicios vía WhatsApp y correo electrónico, ampliando la capacidad de sus líneas telefónicas de apoyo gratuito, explorando nuevas posibilidades de "minería de textos" e instituyendo sistemas de "códigos" que las personas sobrevivientes pueden usar para alertar a los prestadores de servicios de situaciones de peligro inmediato incluso en la presencia de sus agresores, y renovaciones o prórrogas automáticas de órdenes de protección judiciales a punto de expirar durante el periodo de cuarentena.

Esta respuesta dispar entre diferentes contextos significa que es probable que **las barreras en el acceso a servicios de atención de la VBG continuarán aumentando en el contexto de la COVID-19**. Las restricciones a la movilidad, el cierre de clínicas, la falta de información acerca de los servicios de atención de VBG todavía disponibles, y el temor a contraer el virus en los sitios de servicio, combinados con el miedo existente a situaciones de violencia y maltrato al buscar atención, harán que esta tendencia continúe¹⁸⁴ a pesar de las adaptaciones exitosas a los modelos de servicio actuales. También es probable que esta situación continúe incluso después de que se comience a eliminar las restricciones. El impacto que han sufrido los servicios proporcionados como parte de la primera línea de respuesta por organizaciones de mujeres de la sociedad civil es extremadamente preocupante, ya que muchas de ellas están teniendo problemas para satisfacer la demanda creciente de servicios o no tienen acceso adecuado a Equipo de Protección Personal (EPP) y otros recursos esenciales para facilitar el trabajo remoto, y están encontrando difícil adaptar sus servicios en respuesta a la COVID-19. Por otro lado, muchas mujeres prefieren acudir a mecanismos de apoyo de base comunitaria en lugar de denunciar ante las autoridades, de modo que, a medida que se han ido recortando los servicios ofrecidos por las organizaciones de mujeres y de la sociedad civil, las pocas fuentes de apoyo disponibles para las mujeres en situaciones de abuso también se han ido reduciendo.¹⁸⁵



Trata de Personas

La explotación sexual es la forma de trata de mujeres y niñas que más se reporta en ALC. El 84% de las víctimas de trata con fines de explotación sexual en América Central y el Caribe en el 2016 fueron mujeres y niñas.¹⁸⁶ El agravamiento de las vulnerabilidades durante la pandemia y después de ella traerá diferentes desafíos para la identificación eficaz de las víctimas de trata¹⁸⁷ y su acceso a servicios y mecanismos de protección y reparación, lo mismo que a servicios de prevención. Por otra parte, las dinámicas de la trata con fines de explotación sexual, que de manera particular afectan a las mujeres y las niñas, han pasado de las formas más tradicionales de explotación a diferentes formas de trata en línea; lo que hace que las respuestas sistémicas resulten todavía más difíciles. Las situaciones de movilidad humana en la región, especialmente con la crisis de Venezuela y la presencia en algunos países de grupos armados y del crimen organizado, han llevado a un crecimiento en el número de casos de trata de personas que probablemente se agravará ya que, al permanecer cerradas las fronteras, las personas migrantes y refugiadas necesitan buscar formas irregulares o informales de cruzar las fronteras.



Seguridad

Varios países de la región enfrentan situaciones particulares en materia de seguridad que han afectado de manera desproporcionada a las mujeres y las niñas. En Colombia, por ejemplo, aparte de las restricciones a la movilidad que existen en los niveles nacional y local, en algunas áreas grupos armados

ilegales también han impuesto medidas de control locales.¹⁸⁸ En las favelas en Brasil, existen reportes de que las pandillas han impuesto confinamientos en ciertas áreas.¹⁸⁹ En América Central, líderes comunitarios y personas desplazadas internas (PDI) ha reportado que grupos del crimen organizado han estado explotando las medidas de confinamiento para fortalecer su control de las comunidades locales en Honduras, El Salvador y Guatemala,¹⁹⁰ mientras que en Haití la situación de la seguridad se ha deteriorado de manera importante a raíz de la violencia extendida provocada por enfrentamientos armados entre pandillas.¹⁹¹

Al mismo tiempo, Venezuela sigue siendo el país con la tasa de violencia más alta en la región, con 60.3 muertes por cada 100,000 habitantes,¹⁹² aunque miles de mujeres y hombres estén regresando desde países vecinos.¹⁹³

La región de ALC tiene una de las tasas de homicidios intencionales más altas del mundo, que representa el 37%¹⁹⁴ de los homicidios registrados a nivel mundial durante 2019, con El Salvador, Venezuela, Honduras y Brasil registrando algunas de las tasas más altas.¹⁹⁵ La mayoría de las personas afectadas fueron hombres jóvenes de entre 15 y 29 años. Más del 50% de todos los homicidios perpetrados en El Salvador en el 2017 correspondieron a este grupo de edad masculino en particular.¹⁹⁶ En general, las tasas de homicidio masculino en ALC son entre 8 y 11 veces más altas que aquellas para las mujeres, con una tendencia a la baja a medida que las condiciones de seguridad en general han ido mejorando. Esta problemática está vinculada a la letalidad de la violencia urbana masculina, a menudo entre integrantes de pandillas.¹⁹⁷ Aunque aún no existen informes de que los homicidios de hombres jóvenes hayan aumentado como resultado directo de la pandemia de COVID-19, existen indicios de que esta será una inquietud importante a medida que las condiciones económicas y sociales continúen deteriorándose. Los hombres jóvenes migrantes y/o aquellos que viven en situación de pobreza extrema o se encuentran retenidos en centros de cuarentena, probablemente serán los más afectados, ya que la insuficiencia de recursos puede orillarlos cada vez más a recurrir a empleos precarios e informales o a integrarse a las pandillas. Esto, a su vez, puede aumentar las preocupaciones por los problemas de violencia y seguridad entre las mujeres, las niñas y los líderes LGBTIQ+, los defensores y defensoras de derechos humanos y los y las activistas que se movilizan en contra de la violencia, la delincuencia, la desigualdad y la corrupción en sus regiones. Muchas de estas personas son indígenas, afrodescendientes y LGBTIQ+, y son blanco de ataques por su liderazgo y su activismo político en espacios de toma de decisiones a nivel nacional y local. Esta situación ha llevado a desapariciones forzadas, trata y tráfico de personas y situaciones de explotación sexual (ver secciones anteriores).

En el contexto de la respuesta a la COVID-19, las medidas de distanciamiento social, las cuarentenas y los toques de queda han reducido el número de personas en las calles, lo que genera un mayor riesgo de violencia de género, en particular para aquellas personas que trabajan en el sector informal o prestan servicios esenciales. Diversos reportes también indican que esta situación se ha agravado para las mujeres al salir a realizar sus actividades diarias o comprar suministros. Datos recientes sugieren que, desde que surgió el brote de COVID-19, se han presentado casos de violencia sexual en contra de mujeres y niñas en espacios públicos. Con menos personas en las calles, existen menos peatones que podrían intervenir o ayudar a las mujeres acosadas en espacios públicos. De igual manera, con el cierre de tiendas, restaurantes y negocios, existen menos oportunidades para buscar ayuda y, por lo tanto, un impacto en las percepciones de seguridad y movilidad autónoma de las mujeres.¹⁹⁸

Xenofobia y Violencia

Antes de la pandemia de COVID-19, la xenofobia contra las personas migrantes y refugiadas ya iba en aumento. Las personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo centroamericanas y venezolanas ya expresaban temor de ser agredidas físicamente por otros miembros de la comunidad, coyotes y/o autoridades nacionales.¹⁹⁹ Por ejemplo, el 35.6% de los ciudadanos venezolanos (el 36.6% de las mujeres

y el 34.6% de los hombres) que residen en el Perú reportaron haber experimentado actos de discriminación,²⁰⁰ y una encuesta en el Perú documentó que el 27.8% de los inmigrantes encuestados estaban preocupados por el riesgo de ser agredidos por sus comunidades de acogida, y también que ese riesgo era más elevado para los hombres (32%) que para las mujeres (26%).²⁰¹ El 11% expresaba preocupación por la posibilidad de experimentar acoso y/o violencia sexual, un riesgo que era percibido de manera más intensa por las mujeres (16%) que por los hombres (3%). En una encuesta realizada entre personas refugiadas y migrantes en el Ecuador, el 56% de las personas encuestadas reportaron haber experimentado alguna forma de abuso, con mayores proporciones de mujeres (30%) y personas LGBTIQ+ (50%) reportando situaciones de abuso en comparación con los hombres. Esta tendencia también resulta evidente entre las poblaciones de hombres y mujeres migrantes en Colombia, Guatemala y Brasil, entre otros países.

De la misma forma en que ha sucedido en gran parte del mundo, la xenofobia aumentó con la llegada de la COVID-19. Las narrativas que identifican a las personas migrantes y extranjeras como portadoras de enfermedades están proliferando, y contribuyen a un aumento potencial de la violencia. En algunos países, incluyendo Colombia²⁰² y el Ecuador²⁰³, han tenido lugar protestas en contra de las poblaciones migrantes por la percepción de que no acatan las medidas de cuarentena o no usan equipo de protección. Aunque actualmente existen pocos datos de género disponibles acerca de los incrementos en situaciones de xenofobia relacionadas específicamente con la COVID-19, podemos afirmar que las mujeres, los hombres y las personas LGBTIQ+ están experimentando estas vulnerabilidades de manera diferente. La evidencia de emergencias anteriores demuestra que los elementos de género de la violencia se agravan durante una crisis. A medida que aumenta la vulnerabilidad, y las personas tienen un menor acceso a servicios por la pérdida de ingresos ocasionada por las medidas de contención de la COVID-19, es posible afirmar que las mujeres que de por sí ya eran víctimas de una hipersexualización y vulnerables a la explotación, como las mujeres migrantes o afrodescendientes, enfrentarán una mayor presión para el pago de rentas en la forma de sexo y/o el ofrecimiento de servicios sexuales a cambio de la satisfacción de necesidades básicas.

Confinamiento y Detención

Se ha demostrado que el confinamiento institucional podría aumentar la transmisión comunitaria de la COVID-19, a menos que existan medidas de distanciamiento social e higiene apropiadas.²⁰⁴ Es probable que varias formas de detención y confinamiento –y las medidas para gestionar la transmisión comunitaria en esos espacios– tengan implicaciones de género severas.

Alojamientos de Emergencia y Centros de Cuarentena

Varios países han adoptado medidas estrictas para el control de sus fronteras que incluyen la detención y los retornos forzados. En El Salvador²⁰⁵ y Venezuela²⁰⁶, por ejemplo, a las personas se les está reteniendo en Centros de Cuarentena en los que existen normas sanitarias y de protección variables. Recientemente, la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos de El Salvador alertó de la falta de servicios básicos como agua potable, alimentos e información, además de hacinamiento, en estos Centros.²⁰⁷

También se han detectado riesgos particulares de contagio y VBG en albergues hacinados y puntos de tránsito para personas en situación de movilidad. Por ejemplo, recientemente se destacó que únicamente 3 de los 13 albergues que existen en Boa Vista –una ciudad del norte de Brasil por la que muchos venezolanos transitan en su ruta migratoria– se pueden considerar de bajo riesgo en lo que respecta a la propagación del coronavirus.²⁰⁸ En este momento no existen datos de género para cuantificar las poblaciones y los casos de VBG en cada uno de estos centros, lo que hace difícil identificar los riesgos de género específicos que enfrentan. Sin embargo, datos de emergencias anteriores muestran que las mujeres, las niñas, las personas LGBTIQ+ y otros grupos en situación de riesgo enfrentan un riesgo

incluso más alto de experimentar situaciones de VBG, abuso y explotación, además de presión para involucrarse en sexo de supervivencia, y también que se están viendo afectados por un menor acceso a servicios básicos como alimentos, en estas situaciones. A medida que los países comiencen a eliminar las restricciones, será esencial continuar dando seguimiento y haciendo frente a estas problemáticas durante el tiempo que los albergues y centros de cuarentena continúen en operación.

Reclusión

La región de ALC tiene algunas de las prisiones más hacinadas del mundo, en las que muchos de sus internos se encuentran en situación de prisión preventiva. Los centros de detención en Haití tienen una tasa de ocupación del 450%, mientras que Bolivia y Guatemala tienen una tasa de alrededor del 360%.²⁰⁹ Las tasas de reclusión son mucho más elevadas para los hombres que para las mujeres en la región, en donde las mujeres representan solamente entre un 3% (República Dominicana) y un 10% (El Salvador) del total de las poblaciones carcelarias.²¹⁰ Esto significa que las consecuencias de los contagios potenciales en los centros de detención serán especialmente graves para los hombres y, en particular, para los hombres jóvenes. Incluso antes de que comenzaran los contagios de COVID-19, el hacinamiento, la mala ventilación y los limitados servicios de atención de la salud significaban que ya existían mayores riesgos de contagio en las prisiones, especialmente de enfermedades transmitidas por vía aérea. En el Brasil, por ejemplo, las tasas de tuberculosis entre la población carcelaria son 35 veces más altas que el promedio nacional. Colombia vinculó algunos de sus casos registrados en otros departamentos fuera de Bogotá a internos transferidos desde una prisión en Villavicencio.²¹¹ Aunque países como Argentina, Chile y Brasil están intentando reducir el tamaño de la población en sus prisiones para disminuir los riesgos de contagio de COVID-19, las condiciones en la región siguen siendo preocupantes.²¹²

Como la mayoría de las personas liberadas son hombres, es probable que su regreso a casa tenga el efecto no deseado de aumentar la carga de cuidados para las mujeres al reintegrarse a sus familias y hogares, además de aumentar la exposición de sus familias a situaciones traumáticas, de violencia y contagios potenciales.

Explotación Sexual

Evidencia global muestra que una disminución de la actividad económica puede provocar aumentos en los niveles de explotación y abuso sexuales.²¹³ Por ejemplo, investigaciones realizadas después del brote del Ébola en África Occidental, sugieren que la pandemia de COVID-19 tiene el potencial de aumentar los riesgos de explotación y violencia sexuales a manos de funcionarios estatales y guardias armados,²¹⁴ lo mismo que de caseros, empleadores y otras personas en posiciones de poder y autoridad. Esta es una preocupación particular para los grupos en situación de riesgo, que pueden verse obligados o coaccionados a proporcionar relaciones sexuales a cambio de alimentos o para satisfacer otras necesidades. Esta situación se vio durante el brote del Ébola en África Occidental, en donde los hogares encabezados por mujeres solteras enfrentaban una situación de riesgo adicional.²¹⁵

Las personas refugiadas y migrantes en la región también enfrentan riesgos importantes en lo que se refiere a sus medios de vida, ya que muchas no pueden satisfacer sus necesidades básicas. El 97% de las jefas de familia migrantes venezolanas han reportado que no tienen un ingreso fijo.²¹⁶ Antes de la llegada de la COVID-19, muchas migrantes venezolanas, especialmente en Colombia y el Ecuador, se encontraban en situaciones vulnerables, con fuentes de ingresos limitadas y en riesgo de padecer explotación sexual. En Colombia, por ejemplo, mujeres venezolanas ya eran obligadas a recurrir a relaciones sexuales transaccionales como un mecanismo de afrontamiento antes de la COVID-19.²¹⁷ Los reportes actuales indican que esta situación se ha estado agravando desde el inicio de la crisis, y que las mujeres refugiadas y migrantes se están viendo obligadas a tener relaciones sexuales a cambio de vivienda, alimentos o insumos básicos a consecuencia de la falta de ingresos y mercancías relacionadas con la COVID-19.

3.7 Capacidad y Mecanismos de Afrontamiento

La mayoría de los gobiernos de ALC ya han adoptado diversas medidas para ayudar a las personas que viven en la región a hacer frente a los impactos de la crisis,²¹⁸ incluyendo acciones para eliminar las restricciones a la movilidad y los cierres relacionados con el control de la infección. El gobierno de Guatemala está trabajando con poblaciones vulnerables en áreas urbanas y rurales, incluyendo trabajadoras domésticas, familias pobres que viven en asentamientos, y niñas y niños, a través de programas financiados con créditos del Banco Mundial.²¹⁹ Otros países como El Salvador, Colombia y Perú están proporcionando ayudas económicas directas a familias a través de cupones, transferencias monetarias y asistencia alimentaria en especie. El Perú ha entregado más de \$300 millones de dólares estadounidenses a 1.23 millones de familias,²²⁰ mientras que Colombia también se encuentra proporcionando transferencias monetarias a alrededor de 3 millones de hogares vulnerables,²²¹ y Perú ha anunciado un programa de bonos de 223 dólares para familias con ingresos mensuales por debajo de los 340 dólares.²²²

Si bien es cierto que estas acciones están llegando a muchas familias vulnerables, es importante destacar la necesidad de asegurarse de que las personas más afectadas –especialmente los hogares encabezados por mujeres, las mujeres que trabajan en el sector informal, las personas LGBTIQ+ y aquellas personas que carecen de protección social y legal para sus empleos– sean incluidas en los futuros paquetes de estímulos económicos y sociales. También es necesario considerar a las personas migrantes en situación irregular, ya que su situación legal a menudo les impide recibir cualquier apoyo recibido por la población en general.²²³ Ejemplos de ello incluyen el programa de Brasil para proporcionar 120 dólares durante un periodo de 3 meses a un máximo de 2 personas de la misma familia, y el doble de dicha cantidad (240 dólares al mes) a los hogares encabezados por mujeres solteras que tengan por lo menos 1 dependiente menor de 18 años.²²⁴ Acciones como estas reconocen la carga de cuidados desproporcionada para las mujeres, los mayores costos de dichos cuidados y la mayor probabilidad de vulnerabilidad económica, tomando en consideración a los sectores afectados.

3.8 Problemáticas de Sectores Específicos

Alojamiento de Emergencia

El acceso a alojamientos de emergencia, tierra y vivienda ya presentaba diferenciales de género importantes en ALC antes del brote de la COVID-19. ALC es la región más urbanizada en el sur global,²²⁵ en donde un 81.2% de la población habita en centros urbanos.²²⁶ Las mujeres representan una proporción cada vez mayor de la población urbana en la región, con índices de tasas urbanas por sexo que les han favorecido desde la década de 1980. En El Salvador y Guatemala, por ejemplo, 15 mujeres más por cada 100 hombres, y 12 mujeres más por cada 100 hombres, en el rango de edad de 15 a 49 años, viven, respectivamente, en áreas urbanas.²²⁷ Las diferencias económicas, combinadas con las barreras de género al acceso a la información, la educación, la titularidad de la tierra, el acceso a la tierra, la generación de ingresos y las facilidades de crédito, entre otros,²²⁸ tienen un impacto importante en las diferentes capacidades de los hombres y las mujeres para hacer frente a problemas de vivienda, propiedad y tenencia de la tierra en particular durante una crisis. Las medidas de cuarentena y confinamiento exigen seguridad en la vivienda, pero las repercusiones económicas derivadas de las restricciones a la movilidad por la COVID-19 significan que las capacidades de los hombres y las mujeres para absorber estos impactos y encontrar vivienda segura son cada vez más limitadas de cara a la pandemia. Esto continuará incluso a medida que se eliminen las restricciones a la movilidad.

Asentamientos Urbanos Informales

En 2016, más de 100 millones de personas vivían en asentamientos urbanos informales en América Latina,²²⁹ lo que significa que 1 de cada 4 personas en las ciudades viven en áreas con infraestructura

inadecuada y carecen de acceso adecuado a transporte básico, servicios públicos o vivienda segura. Estas cifras han aumentado a 113 millones, o 1 de cada 5 personas.²³⁰ En Colombia, más del 24% de la superficie edificada en todas sus ciudades corresponde a zonas construidas de manera informal, y casi 5 millones de personas viven en ellas,²³¹ mientras que aproximadamente 13 millones de brasileños y brasileñas viven en favelas.²³² En países como Guatemala y Haití existen 120 mujeres por cada 100 hombres que viven en condiciones de asentamiento informal o que se asemejan a un asentamiento informal.²³³ En México, el 15% de las mujeres habitan viviendas con deficiencias de infraestructura o espacio, pero ese porcentaje aumenta a un 45% en el caso de las mujeres indígenas.²³⁴ Aunque es difícil encontrar información sobre los tipos de propiedad de la vivienda y tenencia de la tierra por género a nivel regional, un metanálisis realizado en 2007 identificó que las familias encabezadas por mujeres en ALC tienen menores probabilidades de tener una casa propia (en 13 de 17 países en donde se realizaron encuestas).²³⁵ De la misma forma, son más los hombres que las mujeres quienes continúan teniendo un mayor acceso a tierra, a títulos de propiedad y/o a los activos necesarios para tener vivienda adecuada.²³⁶ No existen datos accesibles para las poblaciones LGBTIQ+.

Durante la pandemia de la COVID-19, el acceso a un alojamiento seguro es un elemento importante para todas las personas, sin embargo tiene impactos críticos para la igualdad de género al interior del hogar. En los asentamientos informales y las áreas marginadas, las viviendas y los espacios públicos presentan condiciones de hacinamiento y de acceso limitado a agua potable y artículos de higiene, lo que hace que el distanciamiento social y el lavado de manos resulten casi imposibles.²³⁷ **En otras palabras, la sobrerrepresentación de las mujeres en los asentamientos informales limita aún más su acceso a los artículos y las medidas de higiene necesarios para prevenir contagios de COVID-19 de manera adecuada. La falta de acceso a infraestructura esencial en los asentamientos informales también limita la participación de las mujeres en la toma de decisiones y las actividades de generación de ingresos y agrava la 'pobreza de tiempo' resultante,**²³⁸ lo cual incrementa aún más sus riesgos. Por ejemplo, las familias que no cuentan con agua potable en sus hogares deben salir de sus casas para buscar agua, usar retretes compartidos y acumular cantidades suficientes de artículos para satisfacer las necesidades de higiene de su hogar. En México, el tiempo dedicado a las tareas domésticas se incrementa en una proporción del 15% en aquellas viviendas que no cuentan con agua entubada.²³⁹ Aunque todavía no existen estadísticas oficiales acerca de la mayor carga de cuidados derivada de la COVID-19, y sus riesgos asociados, es muy probable que esta sea desproporcionada para las mujeres y las niñas que viven en viviendas precarias.

Alojamiento Temporal

La COVID-19 también ha agravado las situaciones difíciles que ya existían para las personas refugiadas, desplazadas internas y migrantes en ALC. Por ejemplo, antes de la COVID-19, los hombres jóvenes migrantes venezolanos en el Perú, el Ecuador y Colombia ya se encontraban durmiendo más tiempo al aire libre, en las calles, en comparación con las jóvenes venezolanas migrantes.²⁴⁰ Aunque se desconoce la razón de lo anterior, se han observado patrones similares en otras áreas. Existe la conjetura de que esto se debe a que muchas mujeres migrantes viajan con



niñas, niños y/o con otros familiares con fines de reunificación familiar, mientras que muchos de los hombres que migraron inicialmente viajaban solos.²⁴¹ Por ejemplo, un diagnóstico de necesidades de CARE Colombia encontró que la mayoría de las familias con niñas y niños pequeños encontraban un lugar que rentar en los pueblos fronterizos de Colombia (La Parada), pero que estos lugares 'son espacios inadecuados y hacinados'. A medida que las oportunidades económicas comienzan a escasear, y los costos de la vivienda en muchas zonas se incrementan a consecuencia de la COVID-19, las personas migrantes enfrentan un riesgo de desalojo mayor que nunca,²⁴² y las cifras de personas refugiadas y migrantes habitantes de la calle se incrementan.²⁴³ Las madres solteras en particular han reportado desafíos a raíz de la pérdida del apoyo de sus familiares, y las 'caminantes' que viajan solas y los niños y niñas que viven en la calle son vulnerables a situaciones de acoso y explotación, incluyendo relaciones sexuales transaccionales a cambio de alojamiento y comida.²⁴⁴ Además de los albergues formales para las poblaciones desplazadas, refugiadas y migrantes, también han surgido asentamientos espontáneos. Sin embargo, el agua potable y las instalaciones de lavado se han vuelto cada vez más escasas²⁴⁵ en estas localidades, una situación que probablemente tiene impactos desproporcionados para las mujeres, las niñas y las personas LGBTIQ+ que necesitan de estos espacios.

Al momento de diseñar opciones de alojamiento temporal para las personas afectadas por la COVID-19 –incluyendo el uso de hoteles, programas de apoyos monetarios para el pago de rentas y áreas de aislamiento para descongestionamiento– los actores involucrados deben tomar en consideración las dinámicas de género relacionadas con la seguridad, la atención y el acceso a servicios esenciales. Por ejemplo, los esfuerzos de reconstrucción en Haití posteriores al terremoto demostraron que las mujeres y las niñas tenían necesidades de seguridad específicas aplicables al diseño de viviendas tales como una segunda puerta de acceso, cerraduras e iluminación exterior.²⁴⁶ Algunos países de ALC están adoptando ciertas políticas de albergues que toman en cuenta las diferencias de género como parte de la respuesta a la COVID-19. Estas formas de apoyo incluyen espacios amigables para las familias, prórrogas para desalojos y/o subsidios de renta para mujeres y personas pertenecientes a grupos marginados, especialmente aquellas que laboran en sectores de empleo informales y precarios.

ASH - Agua, Saneamiento e Higiene

En ALC, la población que hace uso de servicios de agua potable gestionados de manera segura aumentó de un 56% a un 74%, y la tasa de servicios de saneamiento pasó de un 12% a un 31%. Desde el año 2000, esta región ha registrado el aumento más grande en el uso de fuentes de agua mejoradas libres de contaminación. Sin embargo, en la mayoría de los países de ALC únicamente se trató menos del 50% de las aguas residuales.²⁴⁷

La pandemia de la COVID-19 tendrá impactos en las actuales desigualdades de género en el acceso a, y el uso de, servicios de ASH adecuados y seguros. En general, la carga de la recolección de agua cae de manera desproporcionada en las mujeres;²⁴⁸ más de la mitad de los hogares depende de las mujeres para el uso de fuentes de agua ubicadas fuera de sus casas.²⁴⁹ Las mujeres que viven en hogares sin acceso a agua potable dedican entre 5 y 12 horas más a la semana a tareas domésticas y de cuidados que las mujeres que viven en hogares con acceso.²⁵⁰ En México, el tiempo dedicado a las tareas domésticas se incrementa en una proporción del 40% en aquellos casos en los que ellas tienen que cargar agua.²⁵¹ En Honduras, únicamente el 33.34% de las mujeres contaba con una instalación de agua potable en el interior de sus viviendas, lo que significa que 77 de cada 100 mujeres se ven obligadas a cargar agua de tomas públicas u otras fuentes para garantizar el acceso a agua en sus hogares.²⁵²

El impacto de género en el acceso mejorado a instalaciones de agua y saneamiento también se intersecta con otras variables, como la pobreza, que agravan el problema. En Bolivia, por ejemplo, sólo el 38% de



los hogares más pobres cuenta con agua potable (suministrada por tubería), comparado con el 99% de los hogares más ricos. Un 65.7% de los hogares rurales en Bolivia no tiene acceso a agua y, por lo tanto, a las condiciones básicas que necesitan para evitar infecciones por medio del lavado de manos. Esto implica una mayor carga de trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, así como la exposición a riesgos para las mujeres y las niñas, debido al acceso limitado a infraestructura básica.²⁵³ Esto afectará de manera desproporcionada a las mujeres y las niñas indígenas, en particular porque muchas áreas subatendidas tienen un alto número de poblaciones indígenas y afrodescendientes. En Argentina, el 75% de las familias en Rivadavia (Salta) y Ramón Lista (Formosa), donde el 70% de la población es indígena, no tienen acceso a agua segura,²⁵⁴ y en Brasil las mujeres afrodescendientes tienen mayores probabilidades de vivir en áreas en donde el agua es escasa.

De acuerdo con UNICEF,²⁵⁵ aproximadamente 1,800 millones de niñas, mujeres y personas LGBTIQ+ menstrúan, a pesar de que millones de ellas carecen de acceso a servicios básicos para manejar su ciclo mensual de una manera digna y saludable. La falta de agua y saneamiento también incide en su capacidad para practicar una higiene mensual adecuada, una implicación menos explorada que resulta central para garantizar el bienestar y la participación igualitaria,²⁵⁶ la movilidad, el trabajo, la seguridad y la salud de aquellas mujeres que menstrúan. Es posible que las interrupciones en las cadenas de suministro incrementen los costos de productos menstruales esenciales, lo que sumaría costos de vida adicionales para las mujeres que menstrúan y las obligaría a tener que elegir entre la compra de artículos esenciales y servicios. Adicionalmente, las mujeres y las niñas que no cuentan con instalaciones de agua, saneamiento e higiene adecuadas pueden verse expuestas a situaciones de violencia y peligros para la salud, tales como enfermedades gastrointestinales, infecciones respiratorias y cutáneas,²⁵⁷ y el contagio de COVID-19 y otros virus. En Guatemala, el 80% de los hogares encuestados como parte del diagnóstico de necesidades relacionadas con la COVID-19 reportaron la falta de acceso a agua potable. Un total de 86.7% de las mujeres y las niñas en esos hogares reportaron que su necesidad más apremiante era la alimentación, seguida de productos de higiene personal y servicios, incluyendo agua potable y productos de higiene menstrual.²⁵⁸ Es probable que estas necesidades persistan incluso después de que los países comiencen a eliminar las restricciones relacionadas con la COVID-19, ya que las interrupciones en las cadenas de suministro continuarán, y las mujeres y las niñas que ya viven al límite continuarán usando sus escasos recursos para satisfacer otras necesidades del hogar.

Seguridad Alimentaria

Las diferencias de género en la seguridad alimentaria en ALC son más pronunciadas que los promedios mundiales.²⁵⁹ Aunque el 31.1% de la población en la región (187 millones de personas) experimentó alguna forma de inseguridad alimentaria moderada o severa durante el periodo 2016-2018,²⁶⁰ 69 millones de ellas fueron mujeres adultas (29.9%), en comparación con 55 millones de hombres (24.8%). Los altos niveles de desigualdad profundizan la vulnerabilidad de los niños y las niñas, las mujeres y las personas pertenecientes a grupos indígenas y étnicos minoritarios, lo que les impide tener acceso a una dieta saludable.²⁶¹ Adicionalmente, las mujeres rurales son responsables de más de la mitad de la producción de alimentos en la región, pero únicamente detentan el 30% de los títulos de propiedad y solo reciben el 10% de los créditos disponibles.²⁶² Las disparidades de género en la seguridad alimentaria son todavía más pronunciadas para aquellas personas con identidades interseccionales, como las mujeres indígenas y afrodescendientes, las mujeres rurales, y las mujeres con discapacidad, refugiadas y migrantes, entre otras.

Las ventas de alimentos procesados son extremadamente altas en la región, y eso aumenta la exposición –sobre todo para aquellos en áreas de bajos ingresos– a cantidades excesivas de azúcar, sal y grasas,²⁶³ y a problemas de salud relacionados, como diabetes y obesidad. Casi 1 de cada 5 niños menores de cinco años en la región están malnutridos o con obesidad,²⁶⁴ mientras que un 59% de los 105 millones de personas adultas en la región que viven con obesidad son mujeres.²⁶⁵ Si bien las investigaciones sobre comorbilidades y los riesgos subyacentes relacionados con condiciones preexistentes para la COVID-19 aún están en curso, la evidencia actual sugiere que la diabetes y la obesidad son 2 de los principales factores de riesgo para la enfermedad.²⁶⁶ En el caso de las mujeres de ALC, esto generará un impacto más grande que para los hombres, considerando sus tasas más elevadas de estas condiciones de riesgo preexistentes.

Las mujeres y las niñas también enfrentan mayores dificultades en el acceso a alimentos nutritivos y seguros de cara a la COVID-19, a consecuencia de la interrupción de los servicios de alimentación en las escuelas y las comunidades, además de la escasez de alimentos, las interrupciones en las cadenas de suministro, los menores ingresos y las restricciones a la movilidad y otras restricciones propias de las cuarentenas. Es probable que esta situación continúe incluso después de que se comiencen a eliminar las restricciones, considerando los impactos a largo plazo en las cadenas de suministro. En el "Corredor Seco" de Centroamérica, en donde temporadas de sequía consecutivas han destruido cosechas y agotado sus reservas, las y los agricultores están renuentes a cultivar sus tierras por temor de contagiarse de COVID-19 o de ser detenidos por la policía. Al mismo tiempo, los precios del arroz y el trigo iban al alza en el mes de abril.²⁶⁷ El Programa de Mundial de Alimentos recibió peticiones de ayuda para 800,000 personas afectadas por la crisis de la COVID-19 en Colombia, además del apoyo mensual regular que ya se otorga a 300,000 personas.²⁶⁸ En Haití, se suspendieron los servicios comunitarios para la detección de la desnutrición, y se han limitado los servicios ambulatorios de atención de la desnutrición como resultado de la baja asistencia de niños y niñas con desnutrición y sus padres y madres.²⁶⁹ En América Central, 3.2 millones de personas necesitan asistencia alimentaria en Honduras,²⁷⁰ se han identificado 60,000 hogares que necesitan asistencia alimentaria en El Salvador, y un diagnóstico de necesidades de CARE en Guatemala encontró que el 64% de las familias en el 95% de las comunidades evaluadas no cuentan con recursos económicos suficientes para satisfacer necesidades alimentarias básicas en el contexto de la COVID-19.²⁷¹

Este nivel cada vez mayor de inseguridad alimentaria representa malas noticias para las mujeres, las niñas y las personas pertenecientes a grupos vulnerables. Evidencia de crisis anteriores muestra que la inseguridad alimentaria puede conducir a situaciones y mecanismos de afrontamiento perjudiciales, tales como cambios en la dieta, una disminución en el consumo de alimentos y situaciones explotación sexual.²⁷² Por ejemplo, un diagnóstico de necesidades de CARE en Guatemala encontró que el 93.3%

de los hogares encuestados perdieron sus ingresos a consecuencia del desempleo y la suspensión de actividades económicas provocados por la COVID-19. El 95.56% de las familias encuestadas redujeron la cantidad y calidad de los alimentos que consumían, lo mismo que el consumo de otros productos básicos, como mecanismo de contención.²⁷³ En toda la región ya existen reportes de mujeres que omiten algún alimento o dejan de consumir alimentos nutritivos con tal de que sus hijas, hijos y sus familias tengan más alimentos que comer.

Adicionalmente, 85 millones de niños y niñas en ALC se benefician de programas de alimentación escolar, y las escuelas representan una de las fuentes más confiables de alimentos diarios para alrededor de 10 millones de estos niños y niñas.²⁷⁴ Los cierres de escuelas y la suspensión relacionada de los programas de alimentación durante la pandemia, por lo tanto, plantean riesgos para la seguridad alimentaria y la condición nutricional de muchos niños y niñas, con riesgos particularmente elevados para las niñas y niños de grupos vulnerables. A medida que las escuelas comiencen a abrir sus puertas durante el próximo periodo escolar, será esencial que a las niñas se les dé la misma prioridad y que se reanuden los programas de alimentación escolar. Crisis anteriores han mostrado que los grupos en situación de riesgo incluyen a las mujeres embarazadas y lactantes, las mujeres en áreas rurales, las niñas y niños menores de 5 años²⁷⁵ y otros grupos que enfrentan vulnerabilidades interseccionales, como las personas habitantes de calle, las personas LGBTIQ+, y las mujeres de minorías étnicas que viven en situación de pobreza.

5. Conclusiones

Las mujeres, los hombres, los niños, las niñas y las personas LGBTIQ+ en ALC se están viendo afectadas de manera diferenciada por la COVID-19. Aunque los casos que terminan en muertes, lo mismo que el número total de casos, al parecer siguen afectando principalmente a los hombres de mayor edad pertenecientes a grupos marginados, en el largo plazo las mujeres y las niñas probablemente serán las más afectadas a consecuencia de las medidas sociales, económicas, políticas y de salud pública que se están adoptando. El trabajo de cuidados no remunerado de las mujeres y las niñas es la columna vertebral de las respuestas nacionales de salud pública, ya que las mujeres asumen la carga de proporcionar servicios de cuidado social y en el hogar adicionales en ausencia de sistemas públicos suficientes. Las desigualdades estructurales ya existentes se están profundizando, lo que exacerba la desigualdad, la pobreza y las vulnerabilidades y limita la autonomía y la seguridad en el ingreso de las mujeres, una situación que les deja cada vez menos tiempo para actividades de generación de ingresos y de toma de decisiones.

Al igual que la mayor parte de los y las trabajadores informales, y la población con menor acceso a servicios de empleo seguro y digno, las mujeres y las niñas también se están viendo afectadas de manera desproporcionada por las desaceleraciones económicas y los paros laborales. Varios Estados en la región están reconociendo e integrando medidas para alcanzar un mayor nivel de equidad en los paquetes de ayuda con el fin de mitigar estas desigualdades, sin embargo aún resta mucho por hacer para proteger los derechos de las personas más vulnerables durante el ciclo de respuesta para la recuperación. Si bien es cierto que han existido avances importantes en lo que respecta a servicios de atención de la VBG, la SSR y la salud en general en la región como resultado de las medidas de adaptación en respuesta a la COVID-19, es necesario capitalizar estos avances, invertir en ellos, sistematizarlos y ampliarlos. Los índices de VBG y los desafíos en materia de protección relacionados continuarán aumentando mientras las medidas económicas y de aislamiento sigan en vigor. A medida que los países comiencen a suspender estas medidas, se volverán a presentar nuevos brotes, para lo cual será necesario volver a adoptar medidas para controlar el contagio, lo que requerirá de análisis de género específicos como parte de las medidas para el control de la infección y la toma de decisiones con miras al futuro. Las plataformas de servicios de atención de la VBG y la SSR deberán formar parte de los paquetes esenciales, tanto como las medidas sanitarias, los paquetes de apoyo a los hogares y los

apoyos económicos. Si bien existen informes que indican que las relaciones de género comienzan a cambiar en algunos hogares en la región, será necesario capitalizar esta situación, viéndola como una oportunidad para el cambio, a medida que el papel de cuidado de las mujeres vaya cobrando más visibilidad como servicio esencial y los hombres comiencen, de manera marginal, a asumir más tareas de cuidados.

Definitivamente, las mujeres, las niñas y las personas LGBTIQ+ –en particular aquellas pertenecientes a grupos en situación de riesgo– están enfrentando riesgos de salud, económicos y sociales desproporcionados a raíz de la COVID-19. Las mujeres y las niñas se encuentran en la primera línea de la respuesta, ya que realizan la mayor parte del trabajo de cuidados remunerado en el sector salud y del trabajo de cuidados no remunerado en el hogar. Las respuestas eficaces de corto y largo plazo requerirán la incorporación de medidas de equidad en todas las etapas del diseño de la intervención, reconociendo el liderazgo y la capacidad de decidir de las mujeres, las niñas y las personas LGBTIQ+, lo mismo que la capacidad de los hombres y los niños para el cambio transformador. Los actores humanitarios y las OSC deberán, en consecuencia, asociarse con, y ofrecer apoyo a, las instituciones locales y las organizaciones de mujeres locales que lideran la respuesta en el terreno.

6. Recomendaciones

Un Análisis Rápido de Género está diseñado para actualizarse a medida que la situación evoluciona y surja nueva información. Este aspecto es particularmente importante, considerando la persistente falta de datos de género e interseccionales actualmente disponibles acerca de los diferentes impactos de la COVID-19, lo mismo que la investigación en materia de salud en continua evolución para poder comprender mejor y combatir la enfermedad.

Recomendación General

Se recomienda que **las organizaciones sigan invirtiendo en análisis de género e interseccionales, que los nuevos informes se compartan ampliamente, y que los programas y las políticas se adapten a las necesidades continuas y cambiantes, incluso a medida que la respuesta transite a una fase de más largo plazo.** El análisis de género permanente y actualizado de las dinámicas de género cambiantes en las poblaciones afectadas permitirá el diseño de programas más efectivos y apropiados a medida que las respuestas a la COVID-19 continúen.

También se recomienda que los actores humanitarios y las OSC promuevan y apoyen el acceso gratuito, inmediato, adecuado y oportuno de las mujeres, las niñas, las personas migrantes y refugiadas, y las personas LGBTIQ+, a servicios de asesoría legal, de atención psicológica y de la salud, lo mismo que a consejería, educación, agua y saneamiento, vivienda, cuidado infantil, empleo, protección, y acceso a justicia y reparación, de conformidad con las normas internacionales.

Recomendaciones Prioritarias

1. Llevar a cabo análisis de género e interseccionales para países específicos con recomendaciones de respuestas contextualizadas dirigidas a diversos grupos de hombres, mujeres, niños, niñas y personas LGBTIQ+, especialmente aquellos que actualmente se encuentran subrepresentados en los datos. Aun cuando muchos organismos ya han llevado a cabo análisis de género sectoriales, es importante:

- a. Asegurarse de que estos estudios desglosen los datos sobre identidades interseccionales, tales como género, origen étnico, situación migratoria, discapacidad y otros factores.

- b. Dar prioridad a la recopilación de datos acerca de, y en apoyo a, aquellos grupos que se encuentran subrepresentados en los datos actualmente disponibles para el análisis de género, pero que son los más vulnerables y marginados, como las personas LGBTIQ+; las mujeres habitantes de calle, migrantes, refugiadas y/o desplazadas; las mujeres y las niñas indígenas y afrodescendientes, los hombres y mujeres en prisiones, las personas migrantes y refugiadas en cuarentena que se identifican como LGBTIQ+, las jóvenes trabajadoras domésticas, etc.
- c. Usar los datos ya existentes provenientes de análisis de género y datos secundarios para informar los esfuerzos de prevención y respuesta iniciales a nivel local; al mismo tiempo que se desarrollen análisis de género entre organismos y multisectoriales tan pronto como surjan datos pertinentes, y difundirlos ampliamente para garantizar intervenciones relacionadas con la COVID-19 con una perspectiva de género.

2. Recolectar de manera sistemática datos desglosados por sexo y edad (como mínimo), lo mismo que datos desglosados por origen étnico, en todos aquellos casos en los que resulte seguro y posible, en todas las áreas importantes relacionadas con los aspectos de salud, sociales, económicos y políticos de la respuesta a la COVID-19. Los riesgos de la COVID-19 no tienen que ver con problemas de salud únicamente. Por lo tanto, es importante:

- a. Recolectar de manera sistemática los datos desglosados por sexo y por edad (y también aquellos de grupos en situación de riesgo) durante todas las etapas del diagnóstico, la respuesta y el monitoreo, incluyendo:
- b. Salud – Tasas de infección, comorbilidades, tratamientos y determinantes sociales de riesgo relacionados con la COVID-19.
- c. Los impactos económicos y sociales de las políticas de respuesta a la COVID-19: medios de vida, nutrición, bienestar, estabilidad laboral, movilidad, migración, cargas de cuidados, protección social y VBG.
- d. Invertir en tecnologías de recolección de datos remotas que apoyen el consentimiento informado, la seguridad y la privacidad de las personas encuestadas, lo mismo para protegerlas de daños potenciales que para responder a las barreras de género en el acceso al ancho de banda y la conectividad.
- e. Incluir de manera sistemática indicadores de género e inclusión en todos los diagnósticos y las respuestas sectoriales relacionados con la COVID-19²⁷⁶ para poder evaluar los impactos y tendencias del virus en diferentes grupos, y garantizar esfuerzos de abogacía y programación eficaces. Ver: [CARE COVID-19 Policy Paper](#), [the IASC Gender Alert for COVID-19](#), and [UN Policy Brief: The impact of COVID-19 on women](#), para consultar los detalles específicos.

3. Asociarse con diversas organizaciones de mujeres y LGBTIQ+, y acompañar su participación y liderazgo como piedra angular de una respuesta eficaz a la COVID-19: Los organismos de respuesta deben incluir y vincular a una diversidad de organizaciones de mujeres y LGBTIQ+, lo mismo que a organizaciones y activistas que trabajen a favor de los derechos de las mujeres, en todos los esfuerzos de planeación y respuesta –desde el nivel local hasta los niveles nacional y regional– como lideresas y tomadores/as de decisiones clave. Esto permitirá garantizar una acción eficaz e incluyente desde el diagnóstico hasta la recuperación. Para lograr lo anterior, es necesario:

- a. Mapear capacidades, así como identificar y asociarse con redes comunitarias a nivel local –tales como grupos de mujeres, grupos comunitarios, organizaciones de la sociedad civil–, lo mismo que con organizaciones que trabajan a favor de los derechos de las mujeres.²⁷⁷ Asegurarse de que estas redes incluyan a una diversidad de mujeres y experiencias.

- b. Coordinarse con los mecanismos nacionales y locales de defensa de los derechos de las mujeres ya existentes, y buscar la participación de organizaciones y movimientos de mujeres y feministas, incluyendo aquellos de mujeres indígenas, afrodescendientes, rurales, y organizaciones de base comunitaria.
- c. Ofrecer apoyo organizacional sustantivo –incluyendo costos de administración, infraestructura de comunicación e Internet, transporte y salarios– en aquellos casos en los que la falta de acceso a los mismos pudiera constituir una barrera para la participación o la respuesta, especialmente para organizaciones más pequeñas y marginadas que representan a grupos vulnerables o minoritarios.
- d. Aumentar la inversión en organizaciones de la sociedad civil y de mujeres de base comunitaria, así como a personas defensoras de los derechos humanos, de modo que puedan continuar desarrollando redes de apoyo locales y comunitarias y promoviendo la participación de las mujeres en la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas.²⁷⁸
- e. Reconocer el trabajo no remunerado de las mujeres como un elemento fundamental de la respuesta a la COVID-19, y ofrecer el apoyo financiero y logístico pertinente para las actividades de las organizaciones relacionadas con el mismo y con su trabajo como encargadas de la respuesta inicial.
- f. Proporcionar a las mujeres y los líderes LGBTIQ+ y sus organizaciones acceso garantizado y seguro a datos y servicios de internet, de modo que no se les excluya de la coordinación, la participación y los mecanismos de planeación en línea.
- g. Asociarse con diversas organizaciones locales de mujeres, de personas LGBTIQ+ y de la sociedad civil, para asegurarse de que todos los mensajes sobre salud pública y programáticos se adapten a las características locales, estén basadas en evidencia y sean seguros, dignos, claros y orientados al cambio positivo de las normas sociales. Asegurarse de que también reconozcan, comprendan y promuevan los conocimientos tradicionales, especialmente en las comunidades indígenas.
- h. Asegurarse de que las instancias de toma de decisiones y de coordinación tengan un equilibrio entre hombres y mujeres y sean incluyentes, creando espacios específicos para los grupos marginados y desfavorecidos, tales como las personas LGBTQI+, mujeres indígenas, migrantes y refugiadas, mujeres con discapacidad, y otros. Cuando sea necesario, usar mecanismos de cuotas, metas y otros mecanismos a nivel global, nacional y local.²⁷⁹

- 4. Reconocer y valorar la economía del trabajo de cuidados –tanto remunerado como no remunerado– incluyendo las actividades del hogar y del sector asalariado.** Las y los trabajadores que proporcionan cuidados –tanto remunerados como no remunerados– deben ser reconocidos como trabajadores y trabajadoras esenciales y recibir apoyo para poder llevar a cabo su trabajo de manera segura, incluyendo medidas para asegurarse de que dichas modalidades de cuidado puedan continuar de manera segura.
- a. Exentar a las personas que proporcionan cuidados de las restricciones a la movilidad y proporcionarles información y equipo de seguridad.
 - b. Reconocer, reducir y redistribuir la carga excesiva de trabajo no remunerado en el hogar como parte del diseño de intervenciones y programas humanitarios.
 - c. Proporcionar apoyos económicos específicos e intervenciones dirigidas a personas con responsabilidades de cuidados, tanto remuneradas como no remuneradas, y garantizar su acceso a la salud e ingresos.
 - d. Proporcionar servicios de cuidado infantil, particularmente para los hijos e hijas de los trabajadores y trabajadoras esenciales, como una parte estándar de todas las acciones humanitarias y relacionadas con la pandemia, especialmente mientras las guarderías permanecen cerradas. Facilitar la adopción de modalidades de trabajo flexible y reducir las

horas de trabajo para los trabajadores no esenciales con responsabilidades de cuidado con el fin de disminuir la doble carga y que puedan mantener un nivel de vida adecuado.

- e. Priorizar el acceso a servicios básicos y de alimentación para paliar el trabajo de cuidados y doméstico no remunerado como parte de las estrategias críticas para contener la propagación del virus y reducir la carga de trabajo doméstico y de cuidados no remunerado para las mujeres. En la medida de lo posible, apoyar la continuación de los programas de alimentación escolar.
- f. Promover una mayor responsabilidad compartida en las actividades de cuidados entre las mujeres y los hombres, a través de esfuerzos de abogacía y campañas en medios para alentar a más hombres a participar en el trabajo doméstico y a los padres a contribuir de manera equitativa al cuidado infantil.

5. Asegurarse de que todas las actividades relacionadas con la respuesta y la recuperación de la COVID-19 ofrezcan entornos de trabajo que incluyan prevención y respuesta al trauma, y sean amigables a las mujeres y activamente incluyentes: Las personas a cargo de la respuesta deben ser conscientes de las barreras cada vez mayores que enfrentan los prestadores de servicios que se encuentran en la primera línea de respuesta como resultado de las medidas relacionadas con la COVID-19, tales como: tener que trabajar durante la cuarentena, trabajar en condiciones precarias, una mayor pobreza de tiempo y mayores cargas de cuidados, barreras de acceso al transporte y a la conectividad cada vez mayores, y una seguridad potencialmente menor en la casa y el lugar donde prestan sus servicios. Para lograr lo anterior, los donantes, los gobiernos y los organismos deben adaptar su gestión y sus prácticas organizacionales con el fin de hacer frente a estas barreras:

- a. Adaptar las propuestas de respuesta, la planeación, la debida diligencia y los procedimientos de generación de informes y el financiamiento relacionados, con el fin de aligerar la carga que recae en las personas a cargo de la respuesta, de modo que puedan disponer de más tiempo para actividades comunitarias y familiares durante la emergencia.
- b. Ser conscientes de las necesidades específicas de las mujeres y las niñas a medida que las formas de trabajar vayan cambiando. Por ejemplo, las personas sobrevivientes de VBG no solo se encuentran en las poblaciones afectadas, sino también en los organismos a cargo de la respuesta. Es importante entender que las trabajadoras pueden enfrentar mayores situaciones de violencia en casa y podrían necesitar diferentes políticas de permisos para ausentarse u horarios de trabajo diferentes, sin necesidad de tener que expresar una razón abiertamente (porque su agresor se encuentra presente).
- c. Proporcionar apoyo prioritario a las mujeres y los grupos marginados que están trabajando en la respuesta, por ejemplo, mejorando el acceso a equipo de protección personal amigable a las mujeres y modalidades de trabajo flexible para aquellas mujeres con responsabilidad de cuidado.
- d. Asegurarse de que todos los materiales, programas y mensajes sean ampliamente accesibles para todas las audiencias, específicamente por medio de su publicación en todas las lenguas habladas, procesos de traducción que tomen en consideración sus realidades, ofrecer diferentes métodos de participación que no dependan exclusivamente de los sentidos de la vista o la audición de las personas (por ejemplo, las opciones de teletrabajo no siempre son accesibles para las personas que viven con discapacidad), y otros.

6. Incorporar el empoderamiento político y económico a largo plazo de las mujeres tanto en las estrategias de ayuda inmediata como en aquellas de la respuesta y la recuperación a largo plazo, haciendo frente a las cargas de cuidados desiguales. En ALC existe una buena comprensión del costo y la contribución que el trabajo de cuidados de las mujeres aporta a la economía, la salud nacional y el bienestar de las familias, lo mismo que de su papel de apoyo a la

salud pública nacional durante la respuesta a la COVID-19. Es importante aprovechar esta situación para el diseño de respuestas de corto plazo eficaces y la transformación a largo plazo de las cargas de cuidado desiguales a través de:

- a. Apoyar y promover el trabajo y el liderazgo de las mujeres a nivel comunitario como un elemento importante de la prevención y la respuesta a la pandemia.
- b. Incluir de manera sistemática datos sobre el uso de tiempo y la carga de cuidados, desglosados por sexo y por género, en todas las evaluaciones de necesidades llevadas a cabo por organizaciones, entre organismos y multisectoriales. En todos aquellos casos en los que sea posible o seguro para las personas encuestadas, incluir además datos desglosados por origen étnico.
- c. Diseñar y poner en marcha un sistema coordinado para tener acceso a, y usar, datos sobre el uso del tiempo y la carga de cuidados. Considerar el uso de tecnología interactiva, paneles de información y otras herramientas de visualización en tiempo real para dar seguimiento a los impactos de los cuidados relacionados con la COVID-19, lo mismo que las actividades humanitarias, y su contribución en la pobreza de tiempo de las mujeres y los factores de salud asociados.
- d. Reconocer los cambios en la carga de cuidado y considerar el uso de esquemas de transferencias monetarias y/o programas de redes de protección social para apoyar estas actividades.
- e. Combinar los apoyos económicos (tales como transferencias monetarias humanitarias, subvenciones para pequeñas y medianas empresas, apoyos fiscales, subsidios no recurrentes, subsidios al transporte y otros mecanismos de apoyo similares) con incentivos específicos para la adopción de medidas de género e inclusión (tales como ofrecer servicios de apoyo para las trabajadoras domésticas de modo que tengan condiciones laborales seguras, u ofrecer incentivos adicionales a las pequeñas empresas de modo que proporcionen servicios de cuidado infantil, contratación equitativa en términos de género/inclusión y/o horarios flexibles como parte de sus prácticas de recursos humanos).

7. Asegurarse de incluir de manera sistemática a las mujeres, las niñas y las personas LGBTIQ+ en todas las acciones de planeación y toma de decisiones de la respuesta a la COVID-19 a corto, mediano y largo plazo. En el momento en que los países de la región de ALC comiencen a ordenar el fin de los confinamientos de salud pública y otras medidas relacionadas, será importante asegurarse de seguir incluyendo una perspectiva de género durante todo el proceso de toma de decisiones. Las mujeres, las niñas y otros grupos vulnerables experimentarán la eliminación de las restricciones de salud pública de manera diferente, de la misma forma en que experimentaron las respuestas a la pandemia de la COVID-19 actual de manera diferente. Es fundamental entender e incluir sus voces, necesidades, experiencias y capacidades.

Recomendaciones por Sector

Salud, incluyendo Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

1. Facilitar el acceso a servicios de salud para las mujeres y las niñas, y los grupos en mayor situación de riesgo (incluyendo a las personas refugiadas y migrantes), a través de eliminar el costo de la prevención, el tratamiento y la atención de la COVID-19 en aquellos casos en los que dichos costos generen barreras. Lo anterior incluye los costos indirectos relacionados con las mayores cargas de cuidados asociadas, por ejemplo, para las niñas mayores que cuidan de sus hermanos, las mujeres jóvenes que cuidan de sus progenitores mayores, y otras.

2. Fortalecer los sistemas de salud y garantizar el acceso universal a pruebas, medicamentos y tratamientos, especialmente para las mujeres y los miembros de grupos marginados.
3. Ocuparse de las necesidades de salud y psicosociales de las trabajadoras sanitarias, y el entorno laboral de aquellas trabajadoras sanitarias que están en la primera línea de la respuesta, incluyendo parteras, enfermeras, trabajadoras de salud comunitaria y personal de apoyo en clínicas, proporcionando los apoyos necesarios para compensar la carga adicional de la gestión de sus hogares y sus tareas de cuidados, lo mismo que artículos de higiene y limpieza, particularmente para aquellas que están en cuarentena con fines de prevención, detección y tratamiento.
4. Asegurarse de que el Equipo de Protección Personal sea del tamaño apropiado para las mujeres.
5. Asegurarse de que se mantenga el financiamiento existente para todos los servicios de salud vitales, incluyendo los de SSR y salud mental, particularmente en aquellos casos en los que se desvíen recursos originalmente destinados a servicios de salud primaria a la respuesta a la COVID-19.
6. Asegurarse de que todos los planes para proporcionar servicios de telemedicina tomen en consideración la brecha de datos de género e incluyan mensajes específicos, campañas y apoyo en la forma de planes de datos para llegar a las mujeres y las personas marginadas, que por lo general no tienen acceso a Internet o a teléfonos inteligentes.
7. Incluir a las mujeres trabajadoras que se encuentran en la primera línea de la respuesta de salud en todos los espacios de toma de decisiones y las políticas para mejorar la vigilancia de la seguridad sanitaria, la detección y los mecanismos de prevención y atención de la VBG.



Violencia Basada en Género

1. Asegurarse de que los servicios de atención de la violencia de género se consideren esenciales a lo largo de la respuesta a la pandemia, tanto antes como después de la imposición de restricciones a la movilidad, y asegurarse específicamente de que las reglas de la cuarentena y las restricciones a la movilidad contengan cláusulas de excepción para las sobrevivientes de VBG, sus hijos e hijas, y/o sus cuidadores/as y otros dependientes.²⁸⁰
2. Aumentar la inversión en el financiamiento para la prevención y la respuesta a la VBG como parte esencial de las intervenciones relacionadas con la COVID-19, incluyendo servicios esenciales en materia de salud, socioeconómicos, legales y psicosociales para las sobrevivientes, lo mismo durante la pandemia que después de la misma. Lo anterior incluye, pero no se limita a, la gestión clínica de casos de violación, primeros auxilios psicológicos, gestión de casos y albergues/refugios. Desarrollar guías y recursos para familiares, amigos, vecinos y otros testigos con el propósito de crear una cultura de tolerancia cero, incluyendo campañas y mensajes dirigidos a los hombres.²⁸¹
3. Fortalecer la identificación y atención de casos de VBG como parte de las respuestas del sector salud, incluyendo entender la atención clínica y el acompañamiento para niñas, niños, personas LGBTIQ+, mujeres y hombres sobrevivientes.
4. Colaborar con grupos de mujeres de base comunitaria y organizaciones de mujeres de la sociedad civil para asegurarse de que existan mecanismos de base comunitaria alternativos para aquellas personas sobrevivientes que no cuentan con acceso a Internet o a teléfonos inteligentes.
5. Considerar la tecnología y las comunicaciones –como el acceso a Internet, datos, teléfonos inteligentes y costos relacionados– como servicios de protección vitales y esenciales, y proporcionarlos como parte del paquete básico de servicios a las personas sobrevivientes.

6. Cuando resulte apropiado, usar los mecanismos de transferencias monetarias como parte de la gestión de casos de personas sobrevivientes de VBG, lo mismo que para aquellas en riesgo de ser víctimas de VBG. Los valores de las transferencias se deben determinar en función de las necesidades de las personas sobrevivientes y pueden variar entre los diferentes grupos de género y también dependiendo de la composición de sus hogares.
7. Apoyar y trabajar de manera específica con albergues, espacios seguros y organizaciones que trabajan con personas LGBTQI+, con discapacidad, indígenas, migrantes y otras poblaciones vulnerables afectadas de manera desproporcionada por los aumentos en la violencia a causa de la COVID-19. Reconocer que los servicios para grupos mixtos pueden no siempre ser seguros para las mujeres y los hombres marginados, o las poblaciones LGBTQI+, e invertir en servicios y espacios específicos adicionales para ellos.
8. Capitalizar los elevados niveles de acceso a la telefonía móvil para continuar mejorando el acceso digital a servicios de protección y de atención de la VBG a través de canales telefónicos y virtuales gratuitos, asegurándose de contar con las inversiones y el apoyo necesarios para las plataformas digitales que se requieren, además de mecanismos de difusión, y tener en cuenta las disparidades de género en el acceso a la tecnología. Asegurarse de divulgar de manera regular información acerca de las actualizaciones a las rutas de derivación, de modo que los grupos en situación de riesgo cuenten con información confiable.

Protección

1. Promover la adopción de sistemas de confinamiento y excepciones a los mismos basados en el género para deshacerse de las ideas estereotipadas sobre la identidad de género que pueden aumentar el riesgo de estigmatización y violencia. Idealmente, estos sistemas se deberán basar en el número de días y personas que podrán movilizarse, en lugar de adoptar sistemas basados en la identidad (género, edad, situación migratoria, etc.) que, de manera inadvertida, pueden crear barreras o excluir a personas vulnerables de los servicios que necesitan.
2. Empezar acciones específicamente dirigidas a grupos en riesgo de contagio y/o discriminación -como las poblaciones carcelarias- con el fin de proporcionar apoyo, incluyendo servicios como apoyos monetarios y de vivienda en caso de ser liberadas. Esto debe formar parte de una estrategia de prevención y protección en contra de la VBG.
3. Recolectar datos cuantitativos y cualitativos sobre VBG y todas las formas de violencia durante la crisis para informar soluciones y medidas de prevención y atención durante la crisis y después de la misma.²⁸²
4. Adoptar medidas que permitan garantizar el acceso de las mujeres migrantes y refugiadas a servicios de salud, empleo y alimentación para mitigar los riesgos de protección, con un enfoque particular en la violencia basada en género, la trata de mujeres y niñas, y la promoción de la cohesión social.
5. Ampliar los sistemas de protección para llegar a las personas subempleadas o que trabajan por su cuenta, jóvenes, mujeres, niños, niñas y personas mayores.
6. Asociarse con organizaciones LGBTQI+ para realizar investigación, y desarrollar campañas de educación y sensibilización para hacer frente al estigma y las barreras en el acceso a servicios.



Medios de Vida y Generación de Ingresos

1. Desarrollar estrategias de intervención dirigidas a hacer frente al impacto económico inmediato del brote en las mujeres y grupos en situación de riesgo, y construir una resiliencia a largo plazo.

- a. Cuando sea factible, ofrecer apoyos en la forma de cupones y dinero en efectivo para satisfacer las necesidades inmediatas de las mujeres. Llevar a cabo lo anterior a través del desarrollo de análisis de mercado con consideraciones de género como parte de las intervenciones de dinero en efectivo y cupones, y considerando dichas intervenciones para el otorgamiento de subvenciones a pequeñas empresas, para facilitar su proceso de documentación, y para el desarrollo de medios de vida con una perspectiva de género.
 - b. Considerar el uso de transferencias monetarias dirigidas directamente a mujeres y grupos vulnerables que pudieran enfrentar barreras en el acceso a apoyos formales, como migrantes indocumentadas, trabajadoras domésticas, jefas de familia, mujeres dedicadas únicamente al trabajo de cuidados no remunerado, personas LGBTIQ+, y otras.
 - c. Proporcionar una compensación directa a trabajadores informales, incluyendo a trabajadores sanitarios, trabajadoras domésticas, migrantes, y a los sectores más afectados por la pandemia, de modo que las mujeres más afectadas puedan continuar generando ingresos y conservar sus medios de vida.
 - d. Priorizar a los sectores con altos niveles de participación de la mujer, y que estén siendo afectados de manera severa por la crisis, como aquellos de la docencia, enfermería, hotelería, alimentos y turismo.²⁸³
2. Asegurarse de que los programas de transferencia de efectivo y cupones sean sensibles a las cuestiones género: El proceso para hacer entrega de las transferencias de efectivo y cupones es importante. Al momento de seleccionar las modalidades, los proveedores potenciales y los mecanismos de entrega, será necesario tomar en consideración a las mujeres y otros géneros vulnerables durante la fase de diseño.
 3. Asegurarse de que los programas de transferencia de efectivo y cupones incorporen medidas para la mitigación de la VBG. En una región con una prevalencia de VBG tan alta, los organismos tienen la responsabilidad de mitigar, en la medida de lo posible, cualquier riesgo asociado con estos programas.

Agua, Saneamiento e Higiene - ASH

1. Asegurarse de que los mensajes sobre ASH para el control de infecciones se adapten al contexto local y sean apropiados a las diferentes normas, lenguas y culturas, incluyendo las diferentes normas y conductas de búsqueda de atención de la salud para los hombres en comparación con las mujeres (por ejemplo, en relación con el lavado de manos).
2. Trabajar con prestadores de servicios de salud, municipios, y redes y organizaciones de mujeres para asegurarse de incluir las necesidades diferentes de consumo de agua e higiene de las mujeres en la planeación de la respuesta a la COVID-19, incluyendo:
 - a. Garantizar un abastecimiento de agua apropiado, considerando las mayores cantidades de agua que necesitan obtener y consumir para su atención, lo mismo que para el cuidado de personas mayores, niñas y niños (considerando el peso de la carga de cuidados no remunerados para las mujeres en ALC).
 - b. Adoptar mensajes para el cambio positivo de normas sociales con el fin de alentar a sus parejas masculinas y otros actores en el hogar que realizan menos trabajo de cuidados a asumir una parte más grande de dicha carga.
 - c. Ubicar las instalaciones de ASH apropiadamente, consultando apropiadamente a las mujeres, las niñas y los grupos vulnerables, como las personas LGBTIQ+ y las mujeres con discapacidad, en los centros de cuarentena o contención, lo mismo que en los albergues y las clínicas temporales o puntos para la prestación de servicios de salud.
3. Proporcionar un número apropiado de puntos de acceso a agua potable, regaderas, letrinas y estaciones de lavado en las comunidades que no cuenten con ellos. Asegurarse de ubicarlos en

lugares seguros e iluminados, accesibles a las personas con discapacidad, personas mayores, niños, niñas y personas LGBTIQ+, sin discriminación. Asegurarse de que las instalaciones sean seguras (en general, separadas por sexo y para niños/adultos), que ofrezcan privacidad, e incluyan espacios higiénicos para las personas transgénero.

4. Asegurarse de que los mensajes de sensibilización, las imágenes y los productos relacionados con la atención para las personas enfermas y el control de la infección no continúen reforzando los estereotipos existentes acerca del papel de las mujeres como cuidadoras. Asegurarse de que todas las imágenes y los mensajes incluyan tanto a mujeres como hombres de diferentes orígenes.
5. Identificar la higiene menstrual de las mujeres y las niñas como un servicio esencial fundamental, y proporcionar acceso gratuito a productos de higiene menstrual. Asegurarse de que los hogares tengan acceso a suficiente agua para seguir prácticas de higiene apropiadas que sean culturalmente apropiadas y seguras, independientemente de la ubicación de la fuente de dicha agua.



Seguridad Alimentaria

1. Incluir medidas para reconocer el trabajo de cuidados y doméstico no remunerado de las mujeres y las niñas en los mensajes, horarios de servicio, ofertas de servicio y apoyos proporcionados (por ejemplo, transporte, ubicación de los servicios, horarios de programas de servicios de cuidado infantil, clínicos y de nutrición, etc.),
2. Las instalaciones de servicios nutricionales y los horarios de operación de las mismas deben incluir a las personas en mayor riesgo de padecer desnutrición, con énfasis en el apoyo con condiciones de privacidad para mujeres que estén amamantando o lactando. Ellas pueden tener necesidades nutricionales mayores y pueden necesitar mantener su suministro de leche mientras están separadas de sus hijos e hijas.
3. Asegurarse de que las instalaciones, servicios y mensajes relacionados con la nutrición sean culturalmente apropiados, seguros, y usen lenguaje específico fácil de comprender.
4. Considerar el diseño de programas (distribución de apoyos en especie o de dinero en efectivo y cupones) mientras estén en vigor las medidas de distanciamiento social, dirigidos de manera específica y deliberada a las personas vulnerables a la COVID-19, lo mismo que a las mujeres, niñas, personas LGBTIQ+ y personas marginadas que corren el riesgo de acoso en esos espacios. Considerar incluir objetivos adicionales para las mujeres y las niñas cuyas cargas de cuidados significan que no pueden acudir a los mercados para satisfacer necesidades alimentarias básicas (por ejemplo, las mujeres solteras que no pueden dejar a sus hijos e hijas pequeños o personas mayores solas en casa, las mujeres (u hombres) que son los únicos responsables de la educación de sus hijos e hijas fuera de sus horarios de trabajo, etc.).
5. Proporcionar más capacitación y apoyo al personal de nutrición y atención de la salud de modo que puedan reconocer indicios de violencia y abuso, y puedan ser el primer punto de contacto para las mujeres afectadas y los grupos en situación de riesgo que pueden no tener acceso a otros espacios seguros.
6. Diseñar mensajes y campañas que tomen en cuenta las diferencias culturales y de género y ofrezcan información adecuada para conservar la salud, considerando el hecho de que muchas mujeres continuarán privándose de ciertos alimentos de modo que sus familias tengan más alimentos que comer.

Alojamiento de emergencia

1. Los hogares bien ventilados reducen los riesgos de enfermedades respiratorias. Los programas de albergues existentes deben centrarse en satisfacer las necesidades más apremiantes de los alojamientos, al mismo tiempo que prioricen la protección y el acceso a ASH al interior de los hogares, ya que estas tareas a menudo recaen en las mujeres.
2. La distribución de materiales para los alojamientos (por ejemplo, carpas) pueden ayudar a las familias a construir divisiones internas o espacios aislados para sus familiares contagiados. Contar con un número suficiente de artículos para el hogar, como utensilios de cocina, estufas, cobertores y colchones para su uso por diferentes miembros del hogar, en lugar de tener que compartirlos, también puede ayudar a reducir la transmisión del virus, lo mismo que a reducir los riesgos de protección.
3. En los alojamientos/centros colectivos, asegurarse de que las familias tengan acceso a unidades de vivienda separadas y no tengan que compartir áreas de dormitorios. Siempre que sea posible, las familias deberán alojarse juntas como una unidad familiar, a excepción de aquellas personas que reporten situaciones de violencia doméstica, que deberán ser reubicadas en un lugar seguro o protegido de alguna otra manera (por ejemplo, invitándoles a quedarse con otra familia).
4. En el caso de inquilinos de viviendas (especialmente mujeres migrantes y desplazadas y población LGBTIQ+) que estén en riesgo de desalojo, es posible asociarse con grupos de mujeres, organizaciones comunitarias y otros para ofrecer subsidios de renta, asignación de viviendas familiares u otras medidas de apoyo para vivienda, ya que el costo de las rentas continúa aumentando. Lo anterior puede formar parte de un programa de apoyos monetarios para mejorar el acceso a vivienda, pero deberá combinarse con apoyos de subsistencia y con una estrategia de salida, ya que no se trata de una actividad sostenible.
5. Trabajar de manera explícita con mujeres, niñas y grupos vulnerables, tales como mujeres transgénero, trabajadoras domésticas y migrantes para proporcionarles apoyo en albergues y asistencia para obtener prórrogas de desalojos o ayuda durante los mismos.
6. Asociarse con grupos de mujeres, organizaciones comunitarias y otros para ofrecer subsidios de renta, asignación de viviendas familiares u otras medidas de apoyo para vivienda, ya que el costo de las rentas continúa aumentando.
7. Llevar a cabo auditorías de seguridad de manera regular y sistemática en todos los campamentos, asentamientos espontáneos, espacios en alojamientos y áreas circundantes en los que se alojen mujeres, niñas y grupos en situación de riesgo. Incluir un análisis de los patrones de tránsito, y las modalidades de tránsito, que permita evaluar tanto los riesgos físicos como los riesgos emocionales y para la salud. Incorporar estos análisis a los programas comunitarios de ubicación o reubicación en albergues.
8. En el caso de los centros colectivos o de tránsito, las mujeres solas y los niños y niñas no acompañados deberán ubicarse en espacios seguros monitoreados por personal femenino capacitado. Eso incluye a las mujeres, las niñas y los niños aislados a consecuencia de la COVID-19.
9. Proporcionar de manera continua información acerca de los servicios, programas y espacios disponibles para las mujeres y las niñas en los alojamientos temporales, tomando en consideración los medios de información apropiados, los niveles de alfabetización y el lenguaje.

10. Promover los derechos de las personas refugiadas o desplazadas internas que viven en alojamientos en condiciones precarias, y formular estrategias de descongestión en viviendas y asentamientos. Los gobiernos y los actores locales pueden considerar disponer de terrenos que se encuentren alrededor de los asentamientos, y los donantes pueden ayudar a financiar infraestructura y mejoras en los albergues para reducir el riesgo de contagio. Es importante asegurar, de manera específica, que las necesidades particulares de las mujeres y las niñas y personas LGBTIQ+ sean incluidas en estas estrategias.

Autoras Principales

Robyn Baron, Mariela Rodríguez – en representación de CARE Internacional en América Latina y el Caribe
www.care.org

Alma Pérez Gómez, Dana Barón Romero y Nuria Martín Arroyo –ONU Mujeres, Oficina Regional de ONU Mujeres para las Américas y el Caribe
<https://lac.unwomen.org/es>

Reconocimientos

Este Análisis Rápido de Género ha contado con las valiosas contribuciones de los colegas de CARE Internacional y ONU Mujeres en toda América Latina y el Caribe, incluyendo miembros: del equipo de Género en Emergencias, el equipo Regional de LAC y el equipo de Comunicaciones y Marketing de CARE Internacional; el Equipo ACRO de ONU Mujeres en Paz, Seguridad y Acción Humanitaria; Empoderamiento Económico; Gobernabilidad y Participación; Violencia en Contra de la Mujer y Comunicaciones; las Oficinas de País y Miembros de CARE en Colombia, Cuba, Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras y Perú; las Oficinas de País de ONU Mujeres en Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, Ecuador, Guatemala y México. Las autoras también quieren reconocer las contribuciones substantivas de Tamah Murfet, Francisca Vigaud Walsh, Melissa Ekdorn-Delorme, Ada Zambrano, Amelia Rule, Catalina Vargas, Cecilia Alemany, Raquel Coello, Paula Narváez, Yeliz Osman, Elisabeth Díaz, Gerald Mora, Denize Santana, Gianluca Giuman, Tamara Jurberg, Ana Claudia Jaquette, Belen Zamora, Bia Albernaz, Carolina Tejada, Juliette Bonnafe, Natalia Calero, Ana Grace Cabrera, Delfina García y Alexandra Guerrón, a lo largo del proceso de elaboración del ARG.

Foto de la portada: ONU Mujeres, Guatemala, Ryan Brown

Recursos y Notas Finales

- 1 CEPAL. The Social Challenge in times of COVID-19. COVID-19 Report N°3. 12 May 2020
- 2 Azcona, Jinete, Antra Bhatt, Sara Duerto Valero y Tanu Priya Uteng. 'Harsh Realities: Marginalized Women in Cities of the Developing World'. 2020. <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/harsh-realities-marginalized-women-in-cities-of-the-developing-world-en.pdf?la=en&vs=747>
- 3 The Lancet. "COVID-19: The Gendered Impacts of the Outbreak". 6 de marzo 2020 <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930526-2>>
- 4 World Health Organisation (WHO). "Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19". 11 de marzo de 2020. <<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>>
- 5 Pan American Health Organization (PAHO). "Cumulative suspected and confirmed COVID-19 cases reported by countries and territories in the Americas, as of 30 April 2020". <<https://www.paho.org/en/documents/cumulative-suspected-and-confirmed-covid-19-cases-reported-countries-and-territories-24>>
<<https://who.maps.arcgis.com/apps/webappviewer/index.html?id=2203b04c3a5f486685a15482a0d97a87&extent=-20656313.6818%2C-3596894.43>>
- 6 OMS. "Cumulative confirmed and probable COVID-19 cases reported by countries and territories in the Americas". 19 de mayo de 2020, a las 2 pm. <https://ais.paho.org/phis/viz/COVID19Table.asp>
- 7 WHO. "Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19". 27 de abril de 2020 <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---27-april-2020>
- 8 OHCHR Guidance on emergency measures and COVID -19 addresses impacts of emergency and exceptional measures on human rights, including several references to women's rights and gender equality. Office of the High Commissioner on Human Rights (OHCHR). Emergency measures and COVID -19: Guidance. 27 de abril de 2020 https://www.ohchr.org/Documents/Events/EmergencyMeasures_COVID19.pdf
- 9 OCHA. "Latinoamérica & el Caribe - Panorama de Situación Mensual - al 02 de abril 2020". <<https://reliefweb.int/report/world/latinoam-rica-el-caribe-panorama-de-situacion-mensual-al-02-de-abril-2020>>
- 10 El Peruano. "DECRETO SUPREMO N° 064-2020-PCM". 9 de abril de 2020 <<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-prorroga-el-estado-de-emergencia-nacional-decreto-supremo-no-064-2020-pcm-1865482-3/>>
- 11 Gobierno Nacional, República de Panamá. "COMUNICADO No.35 Gobierno Nacional aplica nuevas reglas de movilidad para disminuir contagios por COVID-19". 30 de marzo de 2020. <<http://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-no35-gobierno-nacional-aplica-nuevas-reglas-de-movilidad-para-disminuir-contagios>>
- 12 Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 106 del 8 de abril de 2020. <<https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/coronavirus/conoce-el-decreto-106-y-las-nuevas-restricciones-para-salir-la-calle>>
- 13 Es posible encontrar una recopilación detallada de las medidas por país en diferentes categorías, incluyendo el género, en el sitio web del Observatorio COVID-19 de CEPAL, disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/covid-19>
- 14 < Es posible encontrar un análisis detallado de las tendencias de desigualdad y crecimiento en la región de ALC en: ECLAC, Panorama Social de América Latina 2019 en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44969-panorama-social-america-latina-2019>
- 15 ECLAC. The Social Challenge in times of COVID-19. COVID-19 Report N°3. 12 de mayo de 2020
- 16 World Bank. 2020. The Economy in the Time of Covid-19. *LAC Semiannual Report*; April 2020. Washington, DC: World Bank. <<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/33555>> License: CC BY 3.0 IGO.
- 17 Ibid
- 18 CARE International. Gender Implication of COVID-19 Outbreak in Development and Humanitarian Settings. March 2020. <https://www.care-international.org/files/files/Gendered_Implications_of_COVID-19-Full_Paper.pdf>
- 19 CEPAL. Statistical Yearbook for Latin America and the Caribbean, 2019 (LC/PUB.2020/2-P). Santiago, 2020. <<https://www.cepal.org/en/node/51194>>
- 20 UN Women language- 2020 table
- 21 UNICEF y FUNPROEIB Andes. "Atlas Sociolingüístico de Pueblos Indígenas en ALC". Octubre de 2009. <https://www.unicef.org/lac/informes/atlas-sociolingustico-de-pueblos-indigenas-en-ALC>
- 22 CEPAL. Los pueblos indígenas en América Latina. Noviembre de 2014. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37050/4/S1420783_es.pdf
- 23 CEPAL. "Mujeres afrodescendientes en América Latina y el Caribe: deudas de igualdad", *Project Documents*, (LC/TS.2018/33), Santiago, 2018. <<https://www.cepal.org/es/publicaciones/43746-mujeres-afrodescendientes-america-latina-caribe-deudas-igualdad>>
- 24 CEPALSTAT. Estadísticas e Indicadores Sociales - Esperanza de vida al nacer, según sexo (2020-2025). 23 de septiembre de 2019. <<https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=38&idioma=e>>
- 25 CEPALSTAT. Estadísticas e Indicadores Sociales - Esperanza de vida al nacer, según sexo (2020-2025). 23 Sep 2019. <<https://cepalstat-prod.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=38&idioma=e>>
- 26 The World Bank. Cause of death, by non-communicable diseases - Latin American & Caribbean. 2016. <<https://data.worldbank.org/indicator/SH.DTH.NCOM.ZS?locations=ZJ>>
- 27 ONU Mujeres, El progreso de las Mujeres en el Mundo. Familias en un Mundo Cambiante. 2018 disponible en: <https://www.unwomen.org/es/digital-library/progress-of-the-worlds-women>
- 28 Banco de Desarrollo de América Latina. Brechas de género en América Latina. 2018. <https://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/1401/Brechas%20de%20genero%20en%20America%20Latina.%20Un%20estado%20de%20situacion.pdf>

- 29 ONU Mujeres. El Progreso de las Mujeres en el Mundo 2019-2020: Familias en un Mundo Cambiante. 2019. <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2019/progress-of-the-worlds-women-2019-2020-es.pdf?la=en&vs=3512>
- 30 CEPAL. América Latina y el Caribe alcanzará sus niveles máximos de población hacia 2058. 11 de julio de 2019 <https://www.cepal.org/es/comunicados/america-latina-caribe-alcanzara-sus-niveles-maximos-poblacion-2058>
- 31 ECLAC. Statistical Yearbook for Latin America and the Caribbean, 2019 (LC/PUB.2020/2-P).
- 32 CEPAL. Discapacidad en América Latina y el Caribe, Desafíos para las Políticas Públicas. 2012. <https://www.cepal.org/notas/74/Titulares2.html>
- 33 Ibid.
- 34 World Bank. "Disability in Latin America and the Caribbean". <http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/Regions/LAC/LACfactsheetEng.pdf>
- 35 Inter-American Development Bank. "We the People: Inclusion of people with disabilities in Latin America and the Caribbean". 2019. [https://publications.iadb.org/publications/english/document/We the People Inclusion of People with Disabilities in Latin America and the Caribbean en.pdf](https://publications.iadb.org/publications/english/document/We%20the%20People%20Inclusion%20of%20People%20with%20Disabilities%20in%20Latin%20America%20and%20the%20Caribbean%20en.pdf)
- 36 GH5050 (<https://globalhealth5050.org/covid19/#1586352650173-d9a8b64b-670a>) and Ministère de la Santé Publique et de la Population, République d'Haiti (<https://www.mspp.gouv.ht/page-covid-19.php>)
- 37 Pacific Humanitarian Protection Cluster Support Team, Protection Key Messages for COVID 19 (sin vínculo disponible)
- 38 The Lancet. "COVID-19: The Gendered Impacts of the Outbreak". 6 de marzo de 2020 <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930526-2>
- 39 ILO. "Care Work and Care Jobs for the Future of Decent Work". 2018. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/dgreports/-/dcomm/-/publ/documents/publication/wcms_633135.pdf
- 40 Oxfam International. Time to Care: Unpaid and Underpaid Care Work and the Global Inequality Crisis. 20 de enero de 2020. <https://www.oxfam.org/en/research/time-care>
- 41 ILO. "Care Work and Care Jobs for the Future of Decent Work". 2018. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/dgreports/-/dcomm/-/publ/documents/publication/wcms_633135.pdf
- 42 CARE. Análisis de Género: Programa: Cambio Climático y Resiliencia Comunitaria (Guatemala). Junio de 2019.
- 43 Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Encuesta sobre Trabajo No Remunerado y Uso del Tiempo. 2013. https://sitioanterior.indec.gob.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=4&id_tema_2=31&id_tema_3=117
- 44 De acuerdo con los países en los que dichos datos se encuentran disponibles. CEPAL. "La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe". 2 de abril de 2020 p. 1. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45335/1/S2000261_es.pdf
- 45 Gender Equality Observatory for Latin America and the Caribbean. *Total work time – Latin America (16 countries): Average time spent on paid and unpaid work of the population aged 15 and over, by sex, by country, for the latest available data (Average hours per week)*. <https://oig.cepal.org/en> (accesado el 24 de abril de 2020).
- 46 CEPAL. "Mujeres afrodescendientes en América Latina y el Caribe: deudas de igualdad", *Project Documents*, (LC/TS.2018/33), Santiago, 2018. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/43746-mujeres-afrodescendientes-america-latina-caribe-deudas-igualdad>
- 47 CDI. Sistema de indicadores sobre la población indígena de México, con base en INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Disponible en <https://www.gob.mx/inpi/es/articulos/mujeres-indigenas-datos-estadisticos-en-el-mexico-actual?idiom=es>
- 48 Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Uso del tiempo, una perspectiva estadística de género, 2009 / INEGI, c2014. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64926/Uso_del_tiempo.pdf
- 49 ILO. "Care Work and Care Jobs for the Future of Decent Work". 2018. p. 142. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/dgreports/-/dcomm/-/publ/documents/publication/wcms_633135.pdf
- 50 UNESCO Institute of Statistics <http://data.uis.unesco.org/#>
- 51 CARE International. Gender Implication of COVID-19 Outbreak in Development and Humanitarian Settings. March 2020. https://www.care-international.org/files/files/Gendered_Implications_of_COVID-19-Full_Paper.pdf
- 52 UNESCO. "Covid-19 school closures around the world will hit girls hardest". 31 de marzo de 2020. <https://en.unesco.org/news/covid-19-school-closures-around-world-will-hit-girls-hardest>
- 53 ONU Mujeres. Ficha Informativa. El Progreso de las Mujeres en el Mundo 2019-2020. Familias en un Mundo Cambiante. Ficha informativa. América Latina y el Caribe. Cambiante. 2019. Disponible en: <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2019/poww-2019-fact-sheet-latin-america-and-the-caribbean-es.pdf?la=es&vs=4547>
- 54 United Nations. "Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Women". 9 de abril de 2020 p. 13. <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en.pdf?la=en&vs=1406>
- 55 Oxfam International. "Elijamos dignidad, no indigencia: Plan de rescate económico universal para abordar la crisis del coronavirus y construir un mundo más justo". 9 de abril de 2020 <https://www.oxfam.org/es/informes/elijamos-dignidad-no-indigencia>
- 56 CEPAL. "Panorama Social de América Latina". Santiago 2019. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44969/5/S1901133_es.pdf
- 57 ONU Mujeres. Ficha Informativa. América Latina y el Caribe. El Progreso de las Mujeres en el Mundo 2019-2020. Familias en un Mundo Cambiante. 2019. <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2019/poww-2019-fact-sheet-latin-america-and-the-caribbean-es.pdf?la=es&vs=4547>
- 58 ILO, 2018
- 59 Organización Internacional de Trabajo (OIT). Panorama Temático Laboral, N°5. Mujeres en el Mundo del Trabajo. 2019. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/americas/-/ro-lima/documents/presentation/wcms_716775.pdf
- 60 Claudia Piras. Women in Latin America and The Caribbean face greater risks from coronavirus. 23 de marzo de 2020. <https://blogs.iadb.org/igualdad/en/women-in-latin-america-and-the-caribbean-face-greater-risks-from-coronavirus/>

- 61 CEPAL Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe, 2019. (LC/PUB.2019/25-P), Santiago, 2019. <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45000/125/S1901097_es.pdf>
- 62 CEPAL Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe, 2019. (LC/PUB.2019/25-P), Santiago, 2019. <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45000/125/S1901097_es.pdf>
- 63 Ministerio de Cultura. República de Colombia. Afrocolombianos, población con huellas de africanía. 2010. <https://www.mincultura.gov.co/areas/poblaciones/comunidades-negras-afrocolombianas-razales-y-palenqueras/Documents/Caracterizaci%C3%B3n%20comunidades%20negras%20y%20afrocolombianas.pdf>
- 64 UN Women. "The COVID-19 Outbreak and Gender: Key Advocacy Points from Asia and the Pacific". Marzo de 2020. <<https://asiapacific.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/03/the-covid-19-outbreak-and-gender>>
- 65 Claudia Piras. Women in Latin America and The Caribbean face greater risks from coronavirus. 23 de marzo de 2020. <<https://blogs.iadb.org/igualdad/en/women-in-latin-america-and-the-caribbean-face-greater-risks-from-coronavirus/>>
- 66 The Lancet. "COVID-19: The Gendered Impacts of the Outbreak". 6 de marzo de 2020 <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930526-2>>
- 67 World Bank. 2020. The Economy in the Time of Covid-19. *LAC Semiannual Report; April 2020*. Washington, DC: World Bank. <<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/33555>> License: CC BY 3.0 IGO.
- 68 OCHA. EL SALVADOR: emergencia COVID-19 Informe de situación No.4. 14 de abril de 2020 <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/UN_Situation%20Report%204_COVID19_del%2010%20al%2014%20ABR_2020.pdf>
- 69 CARE Guatemala. "Análisis de crisis COVID-19. » Programa Identidad y Derecho de Mujeres Indígenas y Originarias. 14 de abril de 2020 OCHA. EL SALVADOR: emergencia COVID-19 Informe de situación No.4. 14 de abril de 2020 <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/UN_Situation%20Report%204_COVID19_del%2010%20al%2014%20ABR_2020.pdf>
- 70 UN Women. "Women Migrant Workers and Remittances - Policy Brief No. 3". 2017. <<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2017/policy-brief-women-migrant-workers-and-financial-remittances-en.pdf?la=en&vs=5236>>
- 71 World Bank. "Women Move: Mexican Women and Remittances". 5 de mayo de 2015. <https://blogs.worldbank.org/peoplemove/women-move-mexican-women-and-remittances#_ftn1>
- 72 World Bank. "Women Move: Mexican Women and Remittances". 5 de mayo de 2015. <https://blogs.worldbank.org/peoplemove/women-move-mexican-women-and-remittances#_ftn1>
- 73 ECLAC. The Social Challenge in times of COVID-19. COVID.-19 Report N°3. 12 May 2020
- 74 ONU Mujeres (2018) Reconocer, Redistribuir y Reducir el trabajo de cuidados. Prácticas inspiradoras en América Latina y el Caribe. utilizando datos de la OIT 2016. CARE. Análisis de Género: Programa: Cambio Climático y Resiliencia Comunitaria (Guatemala). Junio de 2019.
- 75 OIT "Trabajadores domésticos". <https://www.ilo.org/global/topics/care-economy/domestic-workers/lang-es/index.htm>
- 76 LEXARTZA, Larraitz; CHAVES, María José & CARCEDO, Ana Políticas de formalización del trabajo doméstico remunerado en América Latina y el Caribe. Lima, OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, FORLAC, 2016. 52 p. <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_480352.pdf>
- 77 OIT. "Argentina: Un millón de trabajadoras domésticas, entre la informalidad y la desprotección social". 3 de abril de 2019. https://www.ilo.org/buenosaires/noticias/WCMS_681799/lang-es/index.htm
- 78 CARE Ecuador. "Situación del Trabajo Remunerado del Hogar en Ecuador." Programa Regional Igual Valor, Iguales Derechos de CARE Ecuador. 2018. <<https://www.care.org.ec/wp-content/uploads/2018/12/CARE-ESTUDIO-TRH-2.pdf>>
- 79 Red Boliviana de Mujeres Transformando la Economía (REMTE). Trabajadoras asalariadas del hogar en Bolivia: Aprendizajes de una larga lucha. Cuaderno de Trabajo 21. Marzo de 2015. <http://www.remte-bolivia.org/attachments/article/139/21.pdf>
- 80 Secretaría Distrital de Bogotá, Encuesta de Movilidad de Bogotá 2015 – Caracterización viajes – Origen/Destino (Actualizada: 16 de agosto de 2017) <https://www.datos.gov.co/Transporte/Encuesta-de-movilidad-de-Bogot-2015-Characterizaci-mvbb-bn7j>
- 81 Robledo, Valentina Montoya. "A miracle for who: Domestic workers invisibility in the formalization of Medellín's public transportation system." Women in Cities International (June 29, 2018). https://femmesetvilles.org/a-miracle-for-who-domestic-workers-invisibility-in-the-formalization-of-medellins-public-transportation-system/#_ftn6. Porcentaje con base en el Salario Mínimo Diario más subsidio al transporte de 28,000 pesos colombianos (2017) Red Boliviana de Mujeres Transformando la Economía (REMTE). Trabajadoras asalariadas del hogar en Bolivia: Aprendizajes de una larga lucha. Cuaderno de Trabajo 21. Marzo de 2015. <http://www.remte-bolivia.org/attachments/article/139/21.pdf>
- 82 CARE, Colectivo Geográfica Crítica, Igual Valor, Iguales Derechos. "Informe final del Estudio de Documentación de la violencia y el acoso en el lugar de trabajo contra las trabajadoras remuneradas del Hogar en Ecuador, Colombia, México, Honduras y Guatemala". 2018. <http://igualvalorigualesderechos.org/extras_igvaliqder/repositorio/estudios/care/ecare-e.pdf>
- 83 Ibid.
- 84 OIT "Esclavos en una tierra libre". 29 agosto 2012. <https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/features/WCMS_187906/lang-es/index.htm>
- 85 OIT, 2020. Sistema de Información sobre las Normas Internacionales del Trabajo https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:2551460,es:NO
- 86 ONU Mujeres. "COVID-19 EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: CÓMO INCORPORAR A LAS MUJERES Y LA IGUALDAD DE GÉNERO EN LA GESTIÓN DE LA RESPUESTA A LA CRISIS". 17 de marzo de 2020. <<https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2020/03/briefing%20coronavirusv1117032020.pdf?la=es&vs=930>>
- 87 Comisión Interamericana de Derechos Humanos. "Avances y desafíos hacia el reconocimiento de los derechos de las personas LGBTI en las Américas: Aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos". el 7 de diciembre de 2018. <<http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/LGBTI-ReconocimientoDerechos2019.pdf>>
- 88 OHCHR. "COVID-19 Guidance". <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/COVID19Guidance.aspx>

- 89 UNAIDS. "PEOPLE LIVING WITH HIV RECEIVING ART - AS OF 30 JUNE (#)". 2019. <<http://aidsinfo.unaids.org/>>
- 90 UNAIDS. "The Gap Report". 2014. <http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf>
- 91 PAHO, UNAIDS. "HIV Prevention in the Spotlight: An Analysis from the Perspective of the Health Sector in Latin America and the Caribbean." 2017. <<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/9789275119792-eng.pdf>>
- 92 Caribe Afirmativo. Sobre la situación de las personas LGBT migrantes y refugiadas de origen venezolano en territorios fronterizo de Colombia. Disponible en: <https://caribeafirmativo.lgbt/la-situacion-las-personas-lgbt-migrantes-refugiadas-origen-venezolano-territorios-fronterizo-colombia/>
- 93 Interamerican Commission on Human Rights. Advances and Challenges towards the Recognition of the Rights of LGBTI Persons in the Americas. 2018. <http://www.oas.org/en/iachr/reports/pdfs/LGBTI-RecognitionRights2019.pdf>
- 94 Declaración de ONU Mujeres con ocasión del Día internacional contra la Homofobia, la Bifobia, la Interfobia y la Transfobia, Mayo de 2020. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2020/5/statement-un-women-international-day-against-homophobia-transphobia-and-biphobia>
- 95 Declaración de ONU Mujeres con ocasión del Día internacional contra la Homofobia, la Bifobia, la Interfobia y la Transfobia, Mayo de 2020 Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2020/5/statement-un-women-international-day-against-homophobia-transphobia-and-biphobia>
- 96 Organización de los Estados Americanos (OEA). "La CIDH llama a los Estados a garantizar los derechos de las personas LGBTI en la respuesta a la pandemia del COVID-19". 20 de abril de 2020. <<http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/081.asp>>
- 97 El Tiempo. Organizaciones de personas trans rechazan medida de 'pico y género'. 11 de abril de 2020. <https://www.eltiempo.com/bogota/organizaciones-de-personas-trans-rechazan-medida-de-pico-y-genero-en-bogota-482746>; France 24. ¿Por qué falló Perú con el 'pico y género' para contener al Covid-19?. 17 de abril de 2020. <https://www.france24.com/es/20200417-peru-fallo-pico-y-genero-coronavirus-confinamiento>
- 98 UN, Department of Economic and Social Affairs. "INDIGENOUS PEOPLES & THE COVID-19 PANDEMIC: CONSIDERATIONS". Abril de 2020 <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2020/04/COVID19_IP_considerations.pdf>
- 99 Fondo para el Desarrollo para los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (FILAC). "Más de 23 millones de mujeres indígenas en América Latina sufren discriminación". 5 de septiembre de 2018. <https://www.filac.org/wp/comunicacion/filac-informa/mas-de-23-millones-de-mujeres-indigenas-en-america-latina-sufren-discriminacion/>
- 100 IBGE – Instituto Brasileño de Geografía y Estadística. Census, 2010. <<http://ghdx.healthdata.org/record/brazil-demographic-census-2010>>
- 101 CONEVAL. La pobreza en la población indígena de México, 2008-2018. Agosto de 2019. https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Pobreza_Poblacion_indigena_2008-2018.pdf
- 102 UN Women. "Making Indigenous Women and Girls Visible in the Implementation of the UN Framework for the Immediate Socio-Economic Response to COVID-19 Accessing Funds Through the Multi-Partner Trust Fund". Abril de 2020 <<https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2020/04/Prioritizing-indigenous-women-in-the-MPTF-April-2020.-UN-Women.pdf>>
- 103 CEPAL. "Mujeres afrodescendientes en América Latina y el Caribe: deudas de igualdad", *Project Documents*, (LC/TS.2018/33), Santiago, 2018. <<https://www.cepal.org/es/publicaciones/43746-mujeres-afrodescendientes-america-latina-caribe-deudas-igualdad>>
- 104 Grupo de Trabajo de América Latina. "COVID-19 en América Latina y el Caribe: Un Virus Mortal en una Región Vulnerable". 22 de abril de 2020 <<https://www.lawg.org/covid-19-in-latin-america-and-the-caribbean-a-deadly-virus-in-a-vulnerable-region/#>>
- 105 CEPAL. "El desafío social en tiempos del COVID-19" 9 de abril de 2020. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45527/5/S2000325_es.pdf
- 106 Inter-Parliamentary Union. "Percentage of women in national parliaments". 1 de marzo de 2020. <<https://data.ipu.org/women-ranking?month=3&year=2020>>
- 107 Inter-Parliamentary Union. "Percentage of women in national parliaments". 1 de marzo de 2020. <<https://data.ipu.org/women-ranking?month=3&year=2020>>; CEPAL. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. "Mujeres alcaldesas electas". 2018. <<https://oig.cepal.org/es/indicadores/mujeres-alcaldesas-electas>>
- 108 UN Women and IPU. "Women in Politics: 2020". 2020. <<https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/03/women-in-politics-map-2020>>
- 109 WHO. "Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce". 2019 (Human Resources for Health Observer Series No. 24). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311322/9789241515467-eng.pdf?ua=1>>
- 110 CARE Colombia RGA-P Entrevistas con Informantes Clave (informal), Abril de 2020.).
- 111 ONU Mujeres Brasil Entrevistas con Informantes Clave (informal), Abril de 2020.).
- 112 United Nations (UN). "Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Women". 9 de abril de 2020 <<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en.pdf?la=en&vs=1406>>
- 113 Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e104. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>
- 114 PAHO. Health Financing in the Americas. 2017. <<https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?p=178>>
- 115 UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), "Global Humanitarian Overview 2020." OCHA, 10 de diciembre de 2019. <https://www.unocha.org/sites/unocha/files/GHO-2020_v9.1.pdf>
- 116 World Bank. Hospital Beds (per 1,000 people). <<https://data.worldbank.org/indicator/sh.med.beds.zs>>
- 117 Zara Ahmed y Adam Sonfield. The COVID-19 Outbreak: Potential Fallout for Sexual and Reproductive Health and Rights. 11 de marzo de 2020. <https://www.gutmacher.org/article/2020/03/covid-19-outbreak-potential-fallout-sexual-and-reproductive-health-and-rights>
- 118 ONUSIDA. EL VIH y el sida en ALC - Panorama Regional. 2019. <<https://www.unaids.org/es/regionscountries/latinamerica>>

- 119 UNFPA: COVID-19: Un Enfoque de Género (Informe Técnico). Marzo de 2020. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_A_Gender_Lens_Guidance_Note.docx_en-US_es-MX.pdf>
- 120 Impact of COVID-19 Pandemic on Violence against Women and Girls. Dr Erika Fraser. 16 de marzo del 2020. VAWG Helpdesk Research Report No. 284. <<http://www.sddirect.org.uk/media/1881/vawg-helpdesk-284-covid-19-and-vawg.pdf>>
- 121 United Nations (UN). "Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Women". 9 de abril de 2020 <<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en.pdf?la=en&vs=1406>>
- 122 "Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce". Geneva: World Health Organization; 2019 (Human Resources for Health Observer Series No. 24). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311322/9789241515467-eng.pdf?ua=1>>
- 123 Organización Mundial de la Salud (OMS). "Cumplir la promesa realizada a las mujeres que lograrán la cobertura sanitaria universal". 12 de diciembre de 2019. <<https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/uhc-day-2019-keeping-the-promise-to-the-women-who-will-deliver-uhc>>
- 124 Naciones Unidas, México. El trabajo y los derechos humanos del personal de salud deben ser respetados. 22 de abril de 2020. <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20mexico/documentos/noticias-eventos/marzo%202020/comunicado%20personal%20de%20salud%20covid19%2022%20abr%202020%20-%20onu%20mexico-.pdf?la=es&vs=4551> ONU México. Comunicado. Disponible en: <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20mexico/documentos/noticias-eventos/marzo%202020/comunicado%20personal%20de%20salud%20covid19%2022%20abr%202020%20-%20onu%20mexico-.pdf?la=es&vs=4551>
- 125 PNUD (2018). Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. 1a ed. Buenos Aires.
- 126 CEPAL. La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe. 2 de abril de 2020 <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45335/5/S2000261_es.pdf> https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45335/5/S2000261_es.pdf
- 127 OCHA. COLOMBIA: informe de situación N° 1 Impacto humanitario por el COVID-19. 14 de abril de 2020 <<https://www.humanitarianresponse.info/en/op%3%A9rations/colombia/document/colombia-impacto-humanitario-por-el-covid-19>>
- 128 CEPAL La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe. 2 de abril de 2020 <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45335/5/S2000261_es.pdf>
- 129 CARE Global RGA, ONU Mujeres LAC Infográfico ONU Mujeres. "Impacto de COVID-19 en la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe". Abril de 2020 <<https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2020/04/infografia%20covid.pdf?la=es&vs=4713>> CARE Global RGA. COVID
- 130 PAHO. "Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean". Diciembre de 2012. <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34493>>
- 131 PAHO. "Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean". Diciembre de 2012. <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34493>> <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Accelerating%20progress%20toward%20the%20reduction%20of%20adolescent%20pregnancy%20in%20LAC%20-%20FINAL.pdf>
- 132 Quartz Africa. "How Ebola led to more teenage pregnancy in West Africa". 6 de noviembre de 2015. <https://qz.com/africa/543354/how-ebola-led-to-more-teenage-pregnancy-in-west-africa/>
- 133 CEPAL. Los pueblos indígenas en América Latina. Noviembre de 2014. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37050/4/S1420783_es.pdf
- 134 UN Women, *The COVID-19 Outbreak and Gender: Key Advocacy Points from Asia and the Pacific*, March 2020. <<https://asiapacific.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/03/the-covid-19-outbreak-and-gender>>
- 135 CARE. Rapid Gender Analysis - Latin America & Caribbean: Venezuelan Migrants & Refugees in Colombia. 31 de mayo de 2019. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/CARERapidGenderAnalysis_Colombia_May2019.pdf>
- 136 Joe Parkin Daniels. Venezuelan migrants "struggling to survive" amid COVID-19. 28 de marzo de 2020. <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930718-2>>
- 137 CARE International. Venezuela Regional Emergency Response Strategy (Interno). Enero de 2020.
- 138 OIM. "Crisis de Refugiados y Migrantes Venezolanos". Marzo de 2020. <<https://www.iom.int/es/crisis-de-refugiados-y-migrantes-venezolanos>>
- 139 CEPAL América Latina y el Caribe alcanzará sus niveles máximos de población hacia 2058. 11 de julio de 2019 <https://www.cepal.org/es/comunicados/america-latina-caribe-alcanzara-sus-niveles-maximos-poblacion-2058>
- 140 CEPAL. "Panorama Social de América Latina". Santiago 2019. <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44969/5/S1901133_es.pdf>
- 141 Asamblea General de las Naciones Unidas (2016). Refugiados y migrantes. Informe del Secretario General.
- 142 CARE. Rapid Gender Analysis – Trends in the Venezuela Migration Crisis (en proceso de desarrollo).
- 143 ONU Mujeres, ACNUR y OIM México. Mujeres migrantes y refugiadas en el contexto de la COVID-19. Disponible en: <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20mexico/documentos/publicaciones/2020/abril%202020/mujeres%20migrantes-%20covid19-%20onumujeres.pdf?la=es&vs=3703>
- 144 R4V Coordination Platform for Refugees and Migrants from Venezuela. El impacto del COVID-19 en el mercado de trabajo y en las personas trabajadoras refugiadas y migrantes. <https://r4v.info/es/documents/download/75318>

- 145 En el caso de las personas migrantes, solicitantes de asilo y desplazadas internas los datos se tomaron de la Base de Datos de Estadística para la trata de personas de ACNUR, <https://www.ctdatacollaborative.org/map?type=ctdc>
- 146 Datos reportados en la misión de verificación de la oficina de ONU Mujeres Bolivia y el informe Monitoreo Segundo Ingreso Campamento Tata Santiago, OIM N3 del 25 de abril.
- 147 OCHA. "LATIN AMERICA & THE CARIBBEAN COVID-19 External and Internal Access Restrictions". 15 de abril de 2020 <<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2020-04-16%20LAC%20COVID-19%20External%20and%20Internal%20Access%20Restrictions.pdf>>
- 148 Response for Venezuelans (R4V) Coordination Platform for Refugees and Migrants from Venezuela. "Key Messages and Frequent Asked Questions on COVID-19". <<https://r4v.info/es/documents/download/75088>>
- 149 R4V Coordination Platform for Refugees and Migrants from Venezuela. "COVID-19 Update". 1º mayo 2020. <https://r4v.info/es/documents/download/75914>
- 150 OIM (Brasil). SUBCOMITÊ FEDERAL PARA INTERIORIZAÇÃO DOS IMIGRANTES Deslocamentos assistidos de Venezuelanos. Marzo 2020.
- 151 Ibid
- 152 CEPAL América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19: efectos económicos y sociales 3 de abril de 2020 <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45337/6/S2000264_es.pdf>
- 153 CEPAL América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19: efectos económicos y sociales 3 de abril de 2020 <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45337/6/S2000264_es.pdf>
- 154 GSMA. The Mobile Gender Gap Report. 2019 <https://www.gsma.com/mobilefordevelopment/resources/mobile-gender-gap-report-2019/>
- 155 CEPAL. "El uso de internet: Brechas de género y desafíos para la autonomía económica de las mujeres en la era digital". 6 Diciembre 2017. <https://conicyt.cl/gendersummit12/wp-content/uploads/2017/12/Luc%C3%ADa-SCURO-gender-summit_06.12.17.pdf>
- 156 Ibid
- 157 ONU Mujeres. "Impacto de COVID-19 en la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe". Abril de 2020 <<https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2020/04/infografia%20covid.pdf?la=es&vs=4713>>
- 158 Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. Rev Panam Salud Pública. 2019;43:e26. (p. 9) <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.26>
- 159 Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. Rev Panam Salud Pública. 2019;43:e26. (p. 9) <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.26>
- 160 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta de relaciones familiares y violencia contra las mujeres,. Noviembre de 2014. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Boletin_Tecnico_ENVIGMU.pdf
- 161 Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. Rev Panam Salud Publica. 2019;43:e26. (p. 4) <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.26>
- 162 Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA (2012) Violencia contra las Mujeres en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=evidencia-7732&alias=29742-violencia-contra-mujeres-america-latina-caribe-analisis-comparativo-datos-poblacionales-12-paises-2012-742&Itemid=270&lang=es>
- 163 Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, CEPAL <https://oig.cepal.org/es/indicadores/feminicidio>
- 164 CEPAL, Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Feminicidio. 2018. <<https://oig.cepal.org/es/indicadores/feminicidio>>
- 165 UNICEF 2016, citado en: OECD. Latin American and The Caribbean SIGI Regional Report. 2017. <https://www.oecd.org/dev/development-gender/Brochure_SIGI_LAC_web.pdf>
- 166 Encuesta de relaciones familiares y VCM, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2019. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Boletin_Tecnico_ENVIGMU.pdf
- 167 Dunkle et al. citado en: Emma Pearce. Disability Considerations in GBV Programming during the COVID-19 Pandemic. Marzo de 2020. <https://gbvaor.net/sites/default/files/2020-03/Disability%20Considerations%20in%20GBV%20programming%20during%20COVID_Helpdesk.pdf>
- 168 Luana Marques García Ozemela, Diana Ortiz, y Anne-Marie Urban. "Violencia contra las mujeres y niñas con discapacidad América Latina y el Caribe". División de Género y Diversidad, Resumen de Políticas No. IDB-PB-00302. Urban Inter-American Development Bank 2019 <<https://publications.iadb.org/es/violencia-contra-las-mujeres-y-ninas-con-discapacidad-america-latina-y-el-caribe>>
- 169 OECD. Latin American and The Caribbean SIGI Regional Report. 2017. <https://www.oecd.org/dev/development-gender/Brochure_SIGI_LAC_web.pdf>
- 170 OECD. Latin American and The Caribbean SIGI Regional Report. 2017. <https://www.oecd.org/dev/development-gender/Brochure_SIGI_LAC_web.pdf>
- 171 Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA (2012) Violencia contra las Mujeres en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=evidencia-7732&alias=29742-violencia-contra-mujeres-america-latina-caribe-analisis-comparativo-datos-poblacionales-12-paises-2012-742&Itemid=270&lang=es>

- 172 Dunkle et al. citado en: Emma Pearce. Disability Considerations in GBV Programming during the COVID-19 Pandemic. Marzo de 2020. <https://gbvaor.net/sites/default/files/2020-03/Disability%20Considerations%20in%20GBV%20programming%20during%20COVID_Helpdesk.pdf>
- 173 R4V Plataforma de Coordinación para Refugiados y Migrantes de Venezuela. Mensajes clave/consideraciones del Sector de Protección de R4V. <https://data2.unhcr.org/es/documents/details/75733>
- 174 UN Women. COVID-19 and Ending Violence Against Women and Girls. 2020. <<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf?la=en&vs=5006>>
- 175 WHO. Health Cluster. Gender-based Violence in Health Emergencies. <<https://www.who.int/health-cluster/about/work/other-collaborations/gender-based-violence/en/>>
- 176 Silvana Fumega. Tracking Latin America's Other Pandemic: Violence Against Women. 13 de abril de 2020 <<https://www.americasquarterly.org/content/tracking-latin-americas-other-pandemic-violence-against-women>>
- 177 Silvana Fumega. Tracking Latin America's Other Pandemic: Violence Against Women. 13 de abril de 2020 <<https://www.americasquarterly.org/content/tracking-latin-americas-other-pandemic-violence-against-women>>
- 178 Clarín. Coronavirus en Brasil: aumentan las denuncias por violencia de género durante la cuarentena en Río de Janeiro. 24 de marzo de 2020. <https://www.clarin.com/internacional/coronavirus-brasil-aumentan-denuncias-violencia-genero-cuarentena-rio-janeiro_0_8ur_LTpKm.html>
- 179 Miriam García. Crece violencia familiar ante Covid-19. 23 de marzo de 2020. <https://www.elnorte.com/aplicacioneslibre/preacceso/articulo/default.aspx?urlredirect=https://www.elnorte.com/crece-violencia-familiar-ante-covid-19/ar1902935?_rval=1>
- 180 Marina E. Franco. La violencia contra las mujeres en México se agrava ante el COVID-19. 7 April 2020. <<https://www.telemundo.com/noticias/2020/04/07/la-violencia-contra-las-mujeres-en-mexico-se-agrava-ante-el-covid-19-tmna3738061>>
- 181 CARE Guatemala. Análisis Rápido de Necesidades Crisis COVID-19. Abril de 2020
- 182 Anastasia Moloney, Christine Murray y Oscar López. Latin America shelters struggle to help women in coronavirus lockdowns. 9 April 2020. <<https://news.trust.org/item/20200409214344-i4tga>>
- 183 OCHA. Haiti – COVID-19: Flash Update No 4 As of 14 April 2020. <<https://reliefweb.int/report/haiti/haiti-covid-19-flash-update-no-4-14-april-2020-1200-haiti-time>>
- 184 Fraser, Erika. "Impact of COVID-19 Pandemic on Violence against Women and Girls". VAWG Helpdesk Research Report No. 284. 16 de marzo de 2020. <<http://www.sddirect.org.uk/media/1881/vawg-helpdesk-284-covid-19-and-vawg.pdf>>
- 185 Melissa Jeltsen. Home Is Not A Safe Place For Everyone. 13 de marzo de 2020. <https://www.huffingtonpost.co.uk/entry/domestic-violence-coronavirus_n_5e6a6ac1c5b6bd8156f3641b?ri18n=true&guccounter=1>
- 186 <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/brief-covid-19-and-essential-services-provision-for-survivors-of-violence-against-women-and-girls-en.pdf?la=en&vs=3834>
- 187 UNODC. Global Report on Trafficking in Persons 2018 (United Nations publication, Sales No. E.19.IV.2). https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/glotip/2018/GLOTIP_2018_BOOK_web_small.pdf
- 188 UNODC. Impact of The COVID-19 Pandemic on Trafficking in Persons. <https://www.unodc.org/documents/Advocacy-Section/HTMSS Thematic Brief on COVID-19.pdf>
- 189 <https://www.hrw.org/es/news/2020/04/13/grupos-amenazan-con-imponer-brutalmente-medidas-contra-covid-19>
- 190 Schipani Andres y Harris Bryan, "Drug gangs in Brazil's favelas enforce coronavirus lockdown" Financial Times, March 27, 2020, at <https://www.ft.com/content/aaef1591-2fc5-4e6f-ab84-0e83b5a146ca>
- 191 UN News, Coronavirus lockdowns in Central America, exploited by criminal gangs, May 20, 2020, at: <https://news.un.org/en/story/2020/05/1064172>
- 192 <https://ercportal.jrc.ec.europa.eu/ECHO-Flash/ECHO-Flash-List/yy/2020/mm/3>
- 193 <https://observatoriodeviolencia.org.ve/news/informe-anual-de-violencia-2019/>
- 194 https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/20200423_VEN_Covid-19_Flash_Update_No3.pdf
- 195 United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). "GLOBAL STUDY ON HOMICIDE - Homicide trends, patterns and criminal justice response". 2019. <<https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet2.pdf>>
- 196 Roraima, un estado fronterizo colindante con Venezuela, presenta la tasa más alta de mujeres víctimas de homicidio, de 10.6 por cada 100,000 mujeres. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Atlas da violência 2019. http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf
- 197 Homicide Monitor. <<https://homicide.igarape.org.br/>>
- 198 United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). "GLOBAL STUDY ON HOMICIDE - Homicide trends, patterns and criminal justice response". 2019. <<https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet2.pdf>>
- 199 UN Women. "COVID-19 and Ensuring Safe Cities and Safe Public Spaces for Women and Girls". <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/brief-covid-19-and-ensuring-safe-cities-and-safe-public-spaces-for-women-and-girls-en.pdf?la=en&vs=724>
- 200 CARE Perú RGA; CARE Venezuela RGA; CARE Guatemala GA?
- 201 Encuesta sobre Condiciones de Vida de la Población Venezolana que Reside en el Perú - ENPOVE 2018, p.126
- 202 Presencia de Inmigrantes en Situación de Vulnerabilidad en el Perú: Estudio preliminar realizado desde una perspectiva de género. Superintendencia Nacional de Migraciones. Lima, 2018. p. 25.
- 203 R4V Covid Update, 17 abril
- 204 R4V Covid Update, 17 abril
- 205 Center for Disease Control and Prevention (CDC). Interim Guidance on Management of Coronavirus in Correctional and Detention Facilities. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/correction-detention/guidance-correctional-detention.html>
- 206 Global Protection Cluster. "COVID-19 Protection Risks & Responses Situation Report No.3". 21 de abril de 2020. https://www.globalprotectioncluster.org/wp-content/uploads/GPC-COVID-19-SITREP-21-Apr-2020_final-1.pdf

- 206 Grattan, Steven. "What's happening in Venezuela's COVID-19 border quarantines?." The New Humanitarian. 12 de mayo de 2020. <<https://www.thenewhumanitarian.org/feature/2020/05/12/Venezuela-border-coronavirus-quarantine-conditions>>
- 207 Procurador para la Defensa de los Derechos Humanos (PDDHH). "Procurador DDHH Verifica Condiciones en Centros de Contención por Cuarentena por Coronavirus". <<https://www.pddh.gov.sv/procurador-ddhh-verifica-condiciones-en-centros-de-contencion-por-cuarentena-por-coronavirus/>>
- 208 Open Democracy. "Displaced women and girls in Latin America threatened by COVID-19". 15 de abril de 2020 <<https://www.opendemocracy.net/en/democraciaabierta/displaced-women-and-girls-latin-america-threatened-covid-19/>>
- 209 Institute for Crime and Justice Policy Research, citado en Latin America Working Group, 22 de abril de 2020. Lisa Hugaard, Antonio Saadipour Sellés. COVID-19 en América Latina y el Caribe: Un Virus Mortal en una Región Vulnerable, <https://www.lawg.org/covid-19-in-latin-america-and-the-caribbean-a-deadly-virus-in-a-vulnerable-region/>
- 210 Banco Interamericano de Desarrollo "Mujeres en Contextos de Encierro en América Latina: Características y Factores de Riesgo Asociados a Determinados Comportamientos Delictivos". Abril de 2018. NOTA TÉCNICA N° IDB-TN- 1 4 09. <<https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Mujeres-en-contextos-de-encierro-en-Am%C3%A9rica-Latina-Character%C3%ADsticas-y-factores-de-riesgo-asociados-a-determinados-comportamientos-delictivos.pdf>>
- 211 <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/casos-de-coronavirus-en-la-carcel-de-villavicencio-489030>
- 212 The Lancet. "COVID-19 in Latin America". 17 de abril de 2020. <[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30303-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30303-0/fulltext)>
- 213 IASC. Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action. Reducing Risk, Promoting Resilience and Aiding Recovery. 2015. https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2015/09/2015-IASC-Gender-based-Violence-Guidelines_lo-res.pdf.
- 214 Asamblea General de las Naciones Unidas. "Proteger a la humanidad de futuras crisis sanitarias. Informe del Grupo de Alto Nivel sobre la Respuesta Mundial a las Crisis Sanitarias". 9 de febrero de 2016. <https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/723&Lang=S>
- Citado en UNW, Covid 19 LAC; Fraser, E. (2020) Impact of COVID-19 Pandemic on Violence against Women and Girls, VAWG Helpdesk Research Report No. 284. London, UK: VAWG Helpdesk <http://www.sddirect.org.uk/media/1881/vawg-helpdesk-284-COVID-19-and-vawg.pdf>.
- 215 CARE. Nidhi Kapur. Gender Analysis: Prevention and Response to Ebola Virus Disease in the Democratic Republic of Congo. 31 de enero de 2020. <https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/gender-analysis-prevention-and-response-ebola-virus-disease>.
- 216 World Vision, "Situación de la población migrante venezolana más vulnerable en relación a la cuarentena a causa del COVID-19" 20 Abril 2020. <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/75591>.
- 217 Kalyanpur, Anushka. "CARE Rapid Gender Analysis Latin America & Caribbean: Venezuelan Migrants & Refugees in Colombia" CARE Colombia. Mayo de 2019.
- 218 CEPAL. "Observatorio COVID-2019 América Latina y el Caribe: acciones por país". <https://www.cepal.org/es/temas/covid-19>
- 219 OCHA. Latin America & The Caribbean - Weekly Situation Update (13-19 April 2020). 20 de abril de 2020. <<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2020-04-20%20Weekly%20Situation%20Update%2013-19%20April%202020.pdf>>
- 220 PERÚ The Government announced a voucher programme of US\$223 for 780,000 OCHA. Latin America & The Caribbean - Weekly Situation Update (13-19 April 2020). 20 de abril de 2020. <<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2020-04-20%20Weekly%20Situation%20Update%2013-19%20April%202020.pdf>>
- 221 Gobierno de Colombia. "A partir de hoy, el Gobierno Nacional inicia la entrega del Ingreso Solidario a cerca de 3 millones de familias vulnerables, mayormente afectadas por la pandemia". 7 de abril de 2020. <https://id.presidencia.gov.co/Paginas/prensa/2020/Gobierno-Nacional-inicia-entrega-Ingreso-Solidario-cerca-de-3-millones-familias-vulnerables-afectadas-pandemia-200407.aspx>
- 222 OCHA. Latin America & The Caribbean - Weekly Situation Update (13-19 April 2020). 20 de abril de 2020. <<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2020-04-20%20Weekly%20Situation%20Update%2013-19%20April%202020.pdf>>
- 223 Jess McHugh. Migrants, refugees are the human cost of coronavirus politics. 27 de marzo de 2020. <<https://fortune.com/2020/03/27/coronavirus-ice-detention-immigration-migrants-refugees-covid-19/>>
- 224 <https://www.gov.br/pt-br/servicos/solicitar-auxilio-emergencial-de-r-600-covid-19>
- 224 Jaitman, L. Urban infrastructure in Latin America and the Caribbean: public policy priorities. *Lat Am Econ Rev* 24, 13 (2015). <https://doi.org/10.1007/s40503-015-0027-5>
- 226 Jaitman, L. Urban infrastructure in Latin America and the Caribbean: public policy priorities. *Lat Am Econ Rev* 24, 13 (2015). <https://doi.org/10.1007/s40503-015-0027-5>
- 227 Azcona, Ginette, Antra Bhatt, Sara Duerto Valero y Tanu Priya Uteng. 'Harsh Realities: Marginalized Women in Cities of the Developing World'. 2020. <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/harsh-realities-marginalized-women-in-cities-of-the-developing-world-en.pdf?la=en&vs=747>
- 228 Banco Interamericano de Desarrollo. División de Género y Diversidad. Vivienda en el medio urbano: nota técnica sectorial para la incorporación del enfoque de igualdad de género. (Nota técnica del BID ; 762). 2014. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Vivienda-en-el-medio-urbano-Nota-T%C3%A9cnica-Sectorial-para-la-incorporaci%C3%B3n-del-enfoque-de-igualdad-de-g%C3%A9nero.pdf>
- 229 United Nations Conference on Housing and Sustainable Development. "The Reality of Informal Settlements in Latin America: Experiences from Communities for the Social Production of Habitat". Octubre de 2016. <<http://habitat3.org/the-conference/programme/all/the-reality-of-informal-settlements-in-latin-america-experiences-from-communities-for-the-social-production-of-habitat/>>

- 230 López, Oscar; y Moloney, Anastasia. "ANALYSIS-Coronavirus chases the slum dwellers of Latin America" 18 de marzo de 2020. <<https://www.reuters.com/article/health-coronavirus-latam/analysis-coronavirus-chases-the-slum-dwellers-of-latin-america-idUSL8N2BA8G5>>
- 231 UN-HABITAT, *Urbanization and Development: Emerging Futures*, World Cities Report 2016, p.14 and 57; Carlos Alberto Torres (comp.), *Ciudad informal colombiana. Barrios contruidos por la gente*, Universidad Nacional de Colombia, 2009, p.48 Citado en: Ferrandez, Pablo Cortés. "Resilience as a protection strategy in informal settlements". *Humanitarian Alternatives*. 10th Issue – Marzo 2019 pp. 89-97. <http://alternatives-humanitaires.org/wp-content/uploads/2019/03/AH_N10_3_Focus_6_Cort%C3%A9s_VEN.pdf>
- 232 The Lancet. "COVID-19 in Latin America". 17 de abril de 2020. <[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30303-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30303-0/fulltext)>
- 233 Azcona, Ginette, Antra Bhatt, Sara Duerto Valero y Tanu Priya Uteng. 'Harsh Realities: Marginalized Women in Cities of the Developing World'. 2020. <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/harsh-realities-marginalized-women-in-cities-of-the-developing-world-en.pdf?la=en&vs=747>
- 234 ONU Habitat (México). «¿Tienen hombres y mujeres necesidades diferentes en el espacio urbano?» <https://www.onuhabitat.org.mx/index.php/tienen-hombres-y-mujeres-necesidades-diferentes-en-el-espacio-urbano>
- 235 Gandelman, Nestor. "Female Headed Households and Homeownership in Latin America". *Housing Studies*. Volume 24, 2009 - Issue 4. pp. 525-549. 15 de junio de 2009. <<https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/02673030902938397?scroll=top&needAccess=true>>
- 236 Caribbean Development Bank (CDB). Integrating Gender Equality into Housing Sector Operations. Diciembre de 2018. <https://www.caribank.org/publications-and-resources/resource-library/guides-and-toolkits/integrating-gender-equality-housing-sector-operations>
- 237 The Lancet. "COVID-19 in Latin America". 17 de abril de 2020. <[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30303-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30303-0/fulltext)>
- 238 Azcona, Ginette, Antra Bhatt, Sara Duerto Valero y Tanu Priya Uteng. 'Harsh Realities: Marginalized Women in Cities of the Developing World'. 2020. <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/harsh-realities-marginalized-women-in-cities-of-the-developing-world-en.pdf?la=en&vs=747>
- 239 ONU Habitat (México). «¿Tienen hombres y mujeres necesidades diferentes en el espacio urbano?» <https://www.onuhabitat.org.mx/index.php/tienen-hombres-y-mujeres-necesidades-diferentes-en-el-espacio-urbano>
- 240 CARE Perú. "Análisis Rápido de Género." Proyecto Alma Llanera. Febrero de 2020; Kalyanpur, Anushka. "CARE Rapid Gender Analysis Latin America & Caribbean: Venezuelan Migrants & Refugees in Colombia" CARE Colombia. Mayo de 2019.
- 241 CARE Perú. "Análisis Rápido de Género." Proyecto Alma Llanera. Febrero de 2020;
- 242 @UNMigration. "At a time when health authorities call on people to #StayAtHome, migrant workers are at a higher risk than ever of eviction and homelessness. When governments put a hold on evictions, they protect the well-being of everyone." 5:30 AM · 16 abril 2020. <<https://twitter.com/UNmigration/status/1250718072077529088>>
- 243 Response for Venezuelans (R4V) Coordination Platform for Refugees and Migrants from Venezuela. "COVID-19 Update". 17 de abril de 2020. <<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/75567.pdf>>
- 244 Ibid
- 245 OIM (Brasil). Situação de 15 ocupações espontâneas em Boa Vista. Marzo de 2020. https://brazil.iom.int/sites/default/files/Publications/Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%2015%20ocupa%C3%A7%C3%B5es%20espont%C3%A2neas%20em%20Boa%20Vista%20-%20Resumo%20Mar%C3%A7o%20de%202020_0.pdf
- 246 IASC. "Manual de género para acción humanitaria". 2017. <<https://www.refworld.org/es/pdfid/5afc99504.pdf>>
- 247 Guatemala. Análisis Rápido de Necesidades Crisis COVID-19. Abril de 2020
- 248 United Nations. The World's Women 2015: Trends and statistics. <https://unstats.un.org/unsd/gender/worldswomen.html>
- 249 UNICEF y OMS. Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000-2017: and hygiene I 2000-2017 Special focus on inequalities. 2019. https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/jmp-2019-full-report.pdf
- 250 CARE International. Gender Implication of COVID-19 Outbreak in Development and Humanitarian Settings. March 2020. <https://www.care-international.org/files/files/Gendered_Implications_of_COVID-19-Full_Paper.pdf>
- 251 ONU Habitat (México). «¿Tienen hombres y mujeres necesidades diferentes en el espacio urbano?» <https://www.onuhabitat.org.mx/index.php/tienen-hombres-y-mujeres-necesidades-diferentes-en-el-espacio-urbano>
- 252 Banco Mundial. La inclusión del enfoque de equidad de género en el sector de agua y saneamiento en Honduras. 2007. https://www.wsp.org/sites/wsp/files/publications/629200752119_genero.pdf
- 253 ONU Mujeres. "El Progreso de las Mujeres en América Latina y el Caribe 2017". 2017. <<https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2016/12/el-progreso-de-las-mujeres-america-latina-y-el-caribe-2017>>
- 254 Plataforma del Agua Argentina. Conocimientos para su gestión estratégica en Argentina. <http://www.plataformadelagua.org.ar/>
- 255 UNICEF. Brief: Mitigating the impacts of COVID-19 and menstrual health and hygiene. 27 de abril de 2020 https://drive.google.com/file/d/1WcuqRPGnm7lqGTIMT_GPXqRNHxkQYLF1/view
- 256 ONU Mujeres. "Impacto de COVID-19 en la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe". Abril de 2020 <<https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2020/04/infografia%20covid.pdf?la=es&vs=4713>>
- 257 Azcona, Ginette, Antra Bhatt, Sara Duerto Valero y Tanu Priya Uteng. 'Harsh Realities: Marginalized Women in Cities of the Developing World'. 2020. <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/harsh-realities-marginalized-women-in-cities-of-the-developing-world-en.pdf?la=en&vs=747>
- 258 CARE Guatemala. "Análisis de crisis COVID-19. » Programa Identidad y Derecho de Mujeres Indígenas y Originarias. 14 de abril de 2020
- 259 FAO, OPS, WFP y UNICEF. 2019. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2019. Santiago. 135. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. p. 11. <<http://www.fao.org/3/ca6979es/ca6979es.pdf>>

- 260 FAO, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. "Mensajes Principales". <<http://www.fao.org/americas/publicaciones-audio-video/panorama/2019/es/>>
- 261 FAO, OPS, WFP y UNICEF. 2019. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2019. Santiago. 135. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <<http://www.fao.org/3/ca6979es/ca6979es.pdf>>
- 262 FAO, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. "Seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe". <<http://www.fao.org/americas/prioridades/seguridad-alimentaria/es/>>
- 263 WFP. "Panorama of Food and Nutritional Security in Latin America and the Caribbean". 12 de noviembre de 2019. <<https://www.wfp.org/news/panorama-food-and-nutritional-security-latin-america-and-caribbean>>
- 264 WFP. "Panorama of Food and Nutritional Security in Latin America and the Caribbean". 12 de noviembre de 2019. <<https://www.wfp.org/news/panorama-food-and-nutritional-security-latin-america-and-caribbean>>
- 265 FAO, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. "Mensajes Principales". <<http://www.fao.org/americas/publicaciones-audio-video/panorama/2019/es/>>
- 266 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). People Who Are at Higher Risk for Severe Illness. <<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-at-higher-risk.html>>
- 267 Catholic Relief Services (CRS). "Coronavirus Could Be Last-Straw Disaster for Millions Facing Hunger Around the World". 20 de abril de 2020. <<https://reliefweb.int/report/world/coronavirus-could-be-last-straw-disaster-millions-facing-hunger-around-world>>
- 268 OCHA. COLOMBIA: Informe de situación N° 1. Impacto humanitario por el COVID-19. 14 de abril de 2020 <<https://www.humanitarianresponse.info/en/op%C3%A9rations/colombia/document/colombia-impacto-humanitario-por-el-covid-19>>
- 269 OCHA. Haiti – COVID-19: Flash Update No 4 as of 14 April 2020. <<https://reliefweb.int/report/haiti/haiti-covid-19-flash-update-no-4-14-april-2020-1200-haiti-time>>
- 270 OCHA. Latin America & The Caribbean - Weekly Situation Update (13-19 April 2020). 20 de abril de 2020. <<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2020-04-20%20Weekly%20Situation%20Update%2013-19%20April%202020.pdf>>
- 271 CARE Guatemala. Análisis Rápido de Necesidades Crisis COVID-19. Abril de 2020
- 272 ONU Mujeres. "The COVID-19 Outbreak and Gender: Key Advocacy Points from Asia and the Pacific." Marzo de 2020. <<https://asiapacific.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/03/the-covid-19-outbreak-and-gender>>
- 273 CARE Guatemala. "Análisis de crisis COVID-19. » Programa Identidad y Derecho de Mujeres Indígenas y Originarias. Abril de 2020
- 274 FAO, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. "FAO alerta sobre el impacto del COVID19 en la alimentación escolar de América Latina y el Caribe". 17 de marzo de 2020. <<http://www.fao.org/americas/noticias/ver/es/c/1266856/>>
- 275 UN Women. "The COVID-19 Outbreak and Gender: Key Advocacy Points from Asia and the Pacific." Marzo de 2020. <<https://asiapacific.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/03/the-covid-19-outbreak-and-gender>>
- 276 CARE Global RGA, ONU Mujeres LAC Infográfico ONU Mujeres. "Impacto de COVID-19 en la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe". Abril de 2020 <<https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2020/04/infografia%20covid.pdf?la=es&vs=4713>> CARE Global RGA
- 277 Ibid
- 278 ONU Mujeres. "Impacto de COVID-19 en la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe". Abril de 2020 <<https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2020/04/infografia%20covid.pdf?la=es&vs=4713>>
- 279 CARE Global RGA, ONU Mujeres LAC Infográfico ONU Mujeres. "Impacto de COVID-19 en la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe". Abril de 2020 <<https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2020/04/infografia%20covid.pdf?la=es&vs=4713>> CARE Global RGA
- 280 ONU Mujeres. "PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES FRENTE A COVID-19 EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE". 23 de abril de 2020. <<https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2020/04/brief%20diagramacion%20final.pdf?la=es&vs=4649>>
- 281 Ibid
- 282 ONU Mujeres. "PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES FRENTE A COVID-19 EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE". 23 de abril de 2020. <<https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2020/04/brief%20diagramacion%20final.pdf?la=es&vs=4649>>
- 283 United Nations. "Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Women". 9 de abril de 2020 <<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en.pdf?la=en&vs=1406>>