



ICRC



the power of humanity

Laboratorio Mundial de la Migración  
en la Cruz Australiana

# ¿Confinados y Excluidos?

Por qué el acceso a los servicios básicos para los migrantes es fundamental para nuestra respuesta y recuperación ante el COVID-19

Informe del Laboratorio Mundial de la Migración de la Cruz Roja y la Media Luna Roja





Credit: Philippine Red Cross (2020)

© 2021 Laboratorio Mundial de la Migración de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, en la Cruz Australiana.

Cualquier parte de esta publicación puede ser citada, copiada, traducida a otros idiomas o adaptada para satisfacer las necesidades locales, sin el permiso previo del Laboratorio Mundial de la Migración de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, siempre y cuando se indique claramente la fuente.

Foto de portada: Abdul Karim Adamou (animador y voluntario de la Cruz Roja de Níger) y Ali, un migrante de 32 años originario de Guinea Conakry, costuran mascarillas durante una actividad psicosocial en Niamey en marzo de 2020. Crédito de foto: Noemi Monu, Cruz Roja Danesa)

(Cita: Hoagland N., Randrianarisoa A., 2021, *Locked down and left out*, Laboratorio Mundial de la Migración de la Cruz Roja y la Media Luna Roja)

#### Contáctenos

Laboratorio Mundial de la Migración de la Cruz Roja y la Media Luna Roja  
En la Cruz Roja Australiana  
23-47 Villiers St  
North Melbourne  
VIC 3051

T +61 3 9345 1800

E [Globalmigrationlab@redcross.org.au](mailto:Globalmigrationlab@redcross.org.au)

W [www.redcross.org.au/globalmigrationlab](http://www.redcross.org.au/globalmigrationlab)



## Agradecimientos

Muchos de los autores de esta investigación, y de las personas que apoyaron y aportaron a la misma, estaban ellos mismos trabajando en condiciones desafiantes, incluyendo la pandemia de COVID-19, así como atendiendo desastres específicos relacionados con el clima o el acentuamiento de las actuales crisis de movilidad humana. Algunos de ellos tuvieron que centrarse en la respuesta a la crisis humanitaria. Muchos tuvieron que adaptarse a nuevas formas de vida: en el trabajo, en el hogar y en su voluntariado, además de trabajar en esta investigación entre sus demás responsabilidades de tiempo completo. El Laboratorio Mundial de la Migración de la Cruz Roja y Media Luna Roja (CRMLR) desea agradecer a la gran cantidad de personas que se esforzaron para que esta investigación piloto fuera un éxito.

**Preparación del informe global:** Este informe consolidado fue coordinado y escrito por Nicole Hoagland y Agathe Randrianarisoa, basándose en investigaciones a nivel de país de ocho Sociedades Nacionales de la CRMLR y aportes de otros actores del Movimiento de la CRMLR, como se describe a continuación.

### Principales colaboradores y equipos nacionales de investigación:

- Australia: Informe de país elaborado por Agathe Randrianarisoa, Nicole Hoagland y Laure-Emmanuelle Leguy, con aportes de Anne Dijkman, Michael Kunz y Vicki Mau (todos de Cruz Roja Australiana).
- Colombia: Informe de país elaborado por Diego Piñeros, con aportes de Zayda Moreno, Diana Cruz y Aixa Franco (todas de Cruz Roja Colombiana), y Nadia Khoury (FICR).
- Egipto: Informe de país elaborado por la Dra. Salma Sallout, el Dr. Moody Samuel y Marcelle Yassa, con aportes del Dra. Ola Omran, Dra. Esraa Ezat, Dr. Mohamed El Keblawy, Dr. Alaa Salah, Dr. Ahmed Ragaey y el Sr. Hamed Mohamed (todos de la Media Luna Roja Egipcia) y Fabrizio Anzolini (FICR).
- Etiopía: Informe de país elaborado por Abebe Assefa, Workneh Kebede y Eyob Asfaw (todos de la Universidad de Addis Abeba), con aportes de Abyote Assefa (Cruz Roja Etiópe) y Hans Storgaard (Cruz Roja Danesa).
- Filipinas: Informe de país elaborado por Nora A. Mustacisa (consultora independiente), con aportes de Joji Marmolejo, Rona Alexis Castillo, Mary Ann Bernardo, Christopher Dale Vallejos y Michalle Angelo Mabugnon (todos de Cruz Roja Filipina) y Maria-Theresa Baylon (FICR).

- Región del Sahel: Informe AMiRA elaborado por Louiza Chekhar (Cruz Roja Británica), con aportes de Joanna Moore (Cruz Roja Británica), Jo-Lind Roberts-Sene (Cruz Roja Danesa) y Ramiro Chico Hernández (Cruz Roja Española).
- Sudán: Informe de país elaborado por Amira Hassan Abdul Rahman, A.D. Mohammed Hamed Ibrahim y el Dr. Mohamed Osman Abdul Aziz (todos de la Universidad de Dongola) y A. Sami Mahdi y Najla Abdul Rahman Hussein (Media Luna Roja Sudanesa), con aportes de Sanja Pupacic (Cruz Roja Danesa).
- Suecia: Informe de país elaborado por Johanna Saunders, Keenan Allen, Maite Zamacona (todos de Cruz Roja Sueca), con aportes de Charlotta Arwidson (Colegio Universitario de la Cruz Roja Sueca).
- Reino Unido: Informe de país elaborado por Claire Porter, Sohini Tanna, Fabio Apollonio, Emily Knox, con aportes de Lilah Davidson, Zeraslasie Shiker y Joanna Moore (todos de Cruz Roja Británica).

**Apoyo y aportes adicionales:** El Laboratorio Mundial de la Migración también desea agradecer a las siguientes personas, quienes brindaron aportes y apoyo continuos, incluso para la revisión del contenido: Jose-Felix Rodriguez (FICR), Lisa Zitman (FICR), Giulio Morello (FICR), Tiziana Bonzon (FICR), Zeke Simperingham (FICR), Brian Michael Brady (FICR), Rachel Abou Safi (FICR), Carmen Rodríguez (FICR), Matthew Cochrane (FICR), Nathalie Perroud (FICR), Angela Cotroneo (CICR), Helen Cecilia Obregón Gieseken (CICR), Alexandra Jackson (CICR), Valentina Manca (CICR), Delphine Van Solinge (CICR) y los miembros del Grupo Mundial de Trabajo en materia de Migración y del Grupo Directivo en materia de Migración de la CRMLR. El Laboratorio Mundial de la Migración también desea agradecer el compromiso y el apoyo de los Directivos de todas las Sociedades Nacionales involucradas en este proyecto de investigación.

**Apoyo financiero:** El Laboratorio Mundial de la Migración desea agradecer a la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR) y a la Cruz Roja Australiana, por su significativo apoyo financiero para este informe.

**Diagramación y diseño:** Justin Dance (JDdesign).

**Traducción:** Ana de Mahomar- español (independiente). Nisrine Olleik – árabe y francés (The Language Platform).

# Contenido

Informe ejecutivo	5
Introducción	7
Contexto mundial: La migración y el COVID-19	9
Leyes y políticas clave relacionadas con COVID-19	10
Las vacunas al centro de la atención mundial: una oportunidad para ser mejores	10
Medidas de políticas específicas a los países	12
Las barreras para acceder a los servicios básicos durante la pandemia	15
Exclusión basada en la situación legal	15
Información inaccesible	16
Barreras económicas	17
Servicios insuficientes o no disponibles	18
Aplicación inconsistente de las leyes y políticas pertinentes	19
Temores y preocupaciones relacionadas con la salud y la seguridad	20
Falta de documentación pertinente	21
Exclusión digital	21
Los impactos en la salud, la seguridad y el bienestar de los migrantes	24
Preocupaciones a nivel mundial relativas a protección relacionadas con el COVID-19	31
La Cruz Roja y la Media Luna Roja en acción durante el COVID-19	32
Recomendaciones	34
Conclusión	35
Apéndice 1 - Metodología y demografía	36
Apéndice 2 - Políticas clave en materia de COVID-19 y estadísticas de migración en los países de la investigación	41

---

## Tables and Figures

Tabla 1: Descripción general del muestreo de investigación de COVID-19 de las Sociedades Nacionales	8
Tabla 2: Impactos en la salud física	25
Tabla 3: Impactos en la salud mental	26
Tabla 4: Impactos económicos	27
Tabla 5: Impactos en alimentación y alojamiento	28
Tabla 6: Estigma y discriminación	29
Tabla 7: Impactos en la movilidad	29
Tabla 8: Violencia sexual y basada en género	30
Tabla 9: Riesgos de explotación laboral y de trata	30
Figura 1: Severidad de las medidas de respuesta del país	12
Figura 2: Panorama de la acción realizada por las Sociedades Nacionales para garantizar el acceso a los servicios básicos por parte de los migrantes	32



## Informe ejecutivo

Este informe fue elaborado por el recién establecido Laboratorio Mundial de la Migración de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (CRMLR) y se basa en investigaciones realizadas por ocho Sociedades Nacionales de la CRMLR (Sociedades Nacionales): de Australia, Colombia, Egipto, Etiopía, Filipinas, Sudán, Suecia y el Reino Unido. El informe proporciona evidencia de los impactos directos e indirectos que la pandemia de COVID-19 y las medidas de política relacionadas han tenido en el acceso a servicios básicos, incluyendo vacunas, por parte de los migrantes.<sup>i</sup>

Como red humanitaria mundial con presencia en 192 países, el Movimiento Internacional de la CRMLR (el Movimiento) aborda la migración desde una perspectiva puramente humanitaria. El Movimiento utiliza una descripción deliberadamente amplia de 'migrante' a fin de incluir a todas las personas que abandonan o que huyen de sus hogares en busca de seguridad o de mejores perspectivas, generalmente en el extranjero, y quienes podrían necesitar protección o asistencia humanitaria. Los actores de la CRMLR buscan responder a las necesidades humanitarias y abordar los riesgos y vulnerabilidades, pero sin buscar incentivar, desincentivar o impedir la migración. Como auxiliares de los Estados en el campo humanitario, las Sociedades Nacionales trabajan para atender las necesidades de protección y de asistencia de los migrantes a lo largo de sus trayectos, independientemente de su situación legal o migratoria y de acuerdo con los Principios Fundamentales del Movimiento.

Este informe se basa en las investigaciones existentes sobre los impactos del COVID-19 en la población migrante, brindando mayor información sobre las barreras comunes que impiden el acceso a servicios básicos en diferentes contextos migratorios, incluyendo para las personas en busca de asilo y los refugiados, los migrantes en los países de tránsito, los migrantes indígenas, los migrantes retornados y los migrantes que se quedan varados debido a la pandemia. También explora la medida en que los migrantes están siendo incluidos en las políticas y en los planes de vacunación contra el COVID-19 a nivel mundial.

La recolección y el análisis de los datos a nivel de país se realizó entre julio y diciembre de 2020, realizándose investigaciones documentales adicionales hasta principios de febrero de 2021. En total, más de 3,250 migrantes

fueron encuestados y/o entrevistados y se conversó con más de 150 partes interesadas clave, incluyendo líderes comunitarios, autoridades locales, representantes del gobierno, organizaciones humanitarias y de desarrollo locales, nacionales e internacionales y personal y voluntarios de la CRMLR.<sup>ii</sup>

Los hallazgos confirman que los migrantes siguen enfrentando consecuencias humanitarias significativas debido a la exacerbación de las barreras existentes a los servicios básicos y la evolución de nuevos desafíos durante la pandemia de COVID-19. Si bien no todos los hallazgos aplican de manera uniforme en todos los países examinados, y probablemente tampoco en todos los países fuera del ámbito de la investigación, las barreras clave identificadas durante la pandemia incluyen: exclusión basada en la situación legal; información inaccesible, tanto en cuanto a idioma como a canales de difusión; servicios insuficientes o no disponibles; barreras económicas; aplicación inconsistente de las leyes y políticas pertinentes; el miedo y preocupaciones relacionadas a salud y seguridad; falta de documentación pertinente; y exclusión digital.

Si bien el objetivo de las medidas de política relativas al COVID-19, incluyendo los confinamientos y las restricciones de movimiento, es mejorar los resultados de salud pública, estas han contribuido a impedir que los migrantes puedan satisfacer sus necesidades básicas y vivir con seguridad y dignidad.

Los impactos más significativos identificados en el informe incluyen: riesgos para la salud física; empeoramiento de las condiciones de salud mental; efectos económicos graves, específicamente un nivel abrumador de pérdida de empleos o de medios de vida; inseguridad alimentaria; y desafíos para acceder a alojamiento adecuado para mantenerse sanos y a salvo. Si bien las medidas políticas relacionadas con la pandemia también han afectado a comunidades más amplias, la evidencia confirma que los migrantes han experimentado impactos desproporcionados debido a las vulnerabilidades asociadas con las barreras al apoyo y las circunstancias bajo las cuales viajan. Los migrantes también corren el riesgo de sufrir un mayor estigma y discriminación y de quedar relegados en el despliegue de las vacunas COVID-19, lo que genera preocupaciones tanto a nivel de salud individual como de salud pública.

i. Para los fines de la investigación, servicios básicos son aquellos que se consideran esenciales para el bienestar y la dignidad de los migrantes, tales como, entre otros: acceso a cuidados de salud, incluyendo a la realización de pruebas de COVID-19, rastreo, tratamiento y vacunación; acceso a información oportuna, confiable y culturalmente apropiada; a alojamiento; a alimentación; a servicios de agua, saneamiento e higiene; a apoyo en medios de vida y de ingresos; y a servicios de protección.

ii. El CICR no proporcionó la información obtenida como parte de su diálogo bilateral y confidencial con las autoridades.

El informe ve con agrado las medidas que han adoptado algunos gobiernos para mitigar los impactos del virus y brindar a los migrantes acceso a servicios básicos, como por ejemplo la flexibilización de los requisitos de cumplimiento relacionados con visas o renovación de permisos de residencia y la inclusión de los migrantes en los procesos de realización de pruebas y tratamiento para COVID-19. Sin embargo, las respuestas de emergencia para los migrantes, en particular para los migrantes indocumentados y aquellos con estatus temporal, han tendido a ser inconsistentes con las medidas de apoyo relacionadas con la pandemia implementadas para los ciudadanos o los residentes permanentes de los países. Los migrantes han sido frecuentemente excluidos de las políticas de apoyo socioeconómico, a pesar de desempeñar un papel clave en los esfuerzos de respuesta y de recuperación, de estar sobrerrepresentados en los sectores laborales más afectados por la pandemia y de verse afectados por las mismas medidas de prevención y de control que las comunidades de acogida. De hecho, el COVID-19 ha puesto aún más al descubierto las barreras sistémicas y las desigualdades subyacentes en el acceso a servicios básicos por parte de los migrantes. Además, ha ampliado las brechas de apoyo, dando lugar a crecientes preocupaciones sobre si los países incluirán a todos los migrantes, independientemente de su situación legal, en las políticas de vacunación contra el COVID-19 y en las estrategias de despliegue de la misma.

A todos conviene abordar las barreras que enfrentan los migrantes para acceder a los servicios básicos. En base a la evidencia presentada, y en el contexto de la pandemia actual y en preparación para futuras emergencias de salud, los gobiernos, los donantes y los actores humanitarios y de desarrollo deben escuchar y dejarse guiar por las voces, los conocimientos especializados y la experiencia de los migrantes. Es responsabilidad primordial de los Estados respetar, proteger y realizar los derechos humanos de los migrantes, incluyendo sus derechos económicos y sociales. El informe recomienda que los estados trabajen junto con otras partes interesadas para:

1. Garantizar que todos los migrantes, independientemente de su situación legal, sean incluidos en las respuestas locales y nacionales al COVID-19 que garantizan acceso a servicios básicos, incluyendo a servicios de salud, vivienda, alimentos, servicios de agua, saneamiento e higiene, apoyo psicosocial, educación, apoyo de emergencia y servicios de protección.
2. Garantizar que todos los migrantes, independientemente de su situación legal, tengan acceso efectivo a información oportuna, precisa y confiable sobre COVID-19 (y cualquier pandemia futura) en un idioma que comprendan y mediante canales de difusión accesibles. Esta información debe incluir medidas de prevención y cuándo, dónde y cómo acceder a las pruebas, a tratamiento, a las vacunas y otras ayudas pertinentes.
3. Garantizar que todos los migrantes, independientemente de su situación legal, sean incluidos en las políticas relativas a la realización de pruebas, tratamiento y vacunación contra COVID-19 y en las respectivas estrategias de despliegue, y que tengan igualdad de acceso a las pruebas, al tratamiento y a las vacunas.
4. Garantizar que todos los migrantes, independientemente de su situación legal, que hayan perdido sus medios de vida y que no puedan satisfacer sus necesidades básicas sean incluidos en el apoyo socioeconómico relacionado con la pandemia (ahora y en el futuro).
5. Continuar adaptando las leyes y políticas existentes para garantizar un acceso inclusivo a los servicios básicos, y complementar cualquier cambio en las políticas con directrices operativas y capacitación en sensibilización para el personal de respuesta de primera línea, a fin de garantizar que los derechos establecidos por la ley se realicen en la práctica. Esto incluye abordar las barreras formales que impiden que los migrantes accedan a los servicios, por ejemplo, enmendando las normas restrictivas y/o buscar limitar la pérdida del estatus de visa temporal y regularizar el estatus de las personas sin visa, pero también las barreras informales como las brechas de información, los problemas relacionados con el idioma y los costos prohibitivos. Además, los migrantes deben tener acceso seguro a la asistencia humanitaria sin temor a ser arrestados, detenidos o deportados. En toda circunstancia, la consideración primordial debe ser tratar a los migrantes con humanidad, teniendo en cuenta sus vulnerabilidades y necesidades de protección específicas y respetar sus derechos según el derecho internacional.



## Introducción

Este informe fue preparado por el recién establecido Laboratorio Mundial de la Migración de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (CRMLR). Se basa en investigaciones realizadas por ocho Sociedades Nacionales de la CRMLR (Sociedades Nacionales) que representan las operaciones de programas en todas las regiones. Las Sociedades Nacionales de Australia, Colombia, Egipto, Etiopía, Filipinas, Sudán, Suecia y el Reino Unido emprendieron una recolección de datos primarios y/o secundarios con migrantes<sup>1</sup> y partes interesadas clave en coordinación con la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (IFRC) y el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), proporcionando evidencia de los impactos directos e indirectos que la pandemia de COVID-19, y las medidas de política relacionadas, han tenido en el acceso a servicios básicos por parte de los migrantes, incluyendo a vacunas.<sup>2</sup>

Los impactos directos se refieren a preocupaciones a nivel de salud individual y de salud pública, como los riesgos de contraer y propagar el COVID-19, incluso debido a las dificultades para acceder a las pruebas o al tratamiento. Los impactos indirectos son aquellos que van más allá de las consecuencias para la salud física, tales como las vulnerabilidades vinculadas a las consecuencias socioeconómicas de las medidas gubernamentales para prevenir la transmisión, que incluyen la pérdida de medios de vida y los impactos psicosociales.

Este informe toma en consideración el acceso a servicios básicos en diversos contextos migratorios, incluyendo por parte de migrantes indocumentados o irregulares, las personas que solicitan asilo y refugiados, los migrantes indígenas, los migrantes con visas o permisos temporales, los migrantes retornados o los que se han quedado varados debido a la pandemia. Al hacerlo, busca identificar los impactos y las vulnerabilidades comunes a lo largo de los viajes de los migrantes e ilustrar las brechas en el acceso a los servicios básicos y las consecuencias humanitarias posteriores. El informe reconoce que el COVID-19 también ha afectado y exacerbado las vulnerabilidades de los migrantes en detención migratoria,<sup>3</sup> de los migrantes en campamentos y entornos similares,<sup>4</sup> y de los niños migrantes (particularmente aquellos no acompañados o que han quedado separados).<sup>5</sup> Sin embargo, la investigación realizada no se centró directamente en estos grupos. Los posibles impactos que las medidas de política relacionadas con el COVID-19 han tenido en el acceso de los migrantes a la protección internacional, así como otros impactos de protección no relacionados con el acceso a servicios básicos, también están fuera del ámbito de esta investigación.



Foto: Amisa, voluntaria de la Cruz Roja

Británica, prepara paquetes de alimentos en el Hackney Destitution Centre de Londres. El Centro proporciona paquetes de alimentos, artículos de higiene y apoyo práctico a refugiados vulnerables y a las personas en busca de asilo. El personal y los voluntarios mantienen el centro abierto a una capacidad reducida para poder continuar ayudando a los necesitados durante la pandemia de COVID-19.)

Los hallazgos de la investigación son concurrentes a los del informe de la FICR llamado *‘Los menos protegidos y los más afectados: Los migrantes y refugiados que enfrentan riesgos extraordinarios durante la pandemia de COVID-19’*,<sup>6</sup> explorando más a fondo, mediante un relacionamiento directo y conversaciones con los migrantes y las comunidades locales, el impacto que las medidas de política relacionadas con COVID-19 han tenido en el acceso a los servicios básicos. Su experiencia, conocimientos especializados y perspectivas son fundamentales para los hallazgos y conclusiones presentados aquí y para formular políticas y respuestas operativas, tanto ahora como en futuras crisis de salud de nivel mundial.

La recolección y el análisis de datos se realizó entre julio y diciembre de 2020, y cada Sociedad Nacional utilizó métodos y herramientas específicos según el contexto local y la situación de las restricciones relacionadas con el COVID-19. Algunas encuestas, entrevistas o grupos focales se realizaron en persona, mientras que otras se realizaron en línea o por teléfono. En total, más de 3,250 migrantes fueron encuestados y/o entrevistados, además de las conversaciones sostenidas con más de 150 partes interesadas que incluyen líderes comunitarios, autoridades locales, representantes gubernamentales, organizaciones humanitarias y de desarrollo locales e internacionales y personal y voluntarios de la CRMLR.<sup>7</sup> La tabla a continuación presenta una descripción general de las muestras nacionales de la investigación. Consulte el Apéndice 1 para obtener información más detallada sobre las metodologías y las demografías específicas.

**Tabla 1:** Descripción general de las muestras de investigación de COVID-19 de la Sociedad Nacional

País	Migrante enfocado	Enfoque geográfico	Cantidad/tipo de consulta
<b>Australia</b>	Migrantes con visas temporales y migrantes indocumentados	A nivel nacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1,925 migrantes encuestados en línea</li> <li>- 24 migrantes entrevistados</li> <li>- 22 entrevistas con informantes clave</li> <li>- 6 discusiones de grupos focales</li> </ul>
<b>Colombia</b>	Comunidades indígenas migrantes y migrantes indocumentados, incluyendo los migrantes estacionales, a lo largo de la frontera con Venezuela	Departamentos de Guajira y Vichada	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 203 migrantes encuestados</li> <li>- 2 discusiones de grupos focales</li> </ul>
<b>Egipto</b>	Migrantes de origen africano y refugiados sirios	Cairo y alrededores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 discusiones de grupos focales (con 60 migrantes, incluyendo refugiados)</li> <li>- 5 entrevistas con informantes clave</li> </ul>
<b>Etiopía</b>	Migrantes etiopes retornados de Sudán, Eritrea y Oriente Medio	Zona de Arsi en Shirka Woreda; Zona norte de Gonder en Debark Woreda; y Addis Abeba	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 93 migrantes encuestados</li> <li>- 13 entrevistas con informantes clave</li> </ul>
<b>Filipinas</b>	Personas varadas localmente <sup>8</sup> y migrantes retornados de Sabah, Malaysia	Visayas (Ilo-Ilo y Bacolod); Mindanao (Cagayan De Oro y Zambonga)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 405 migrantes encuestados</li> <li>- 24 entrevistas con informantes clave</li> <li>- 5 discusiones de grupos focales</li> </ul>
<b>Sudán</b>	Migrantes indocumentados (incluyendo a aquellos en tránsito) y migrantes retornados	Estado del Norte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 385 migrantes encuestados</li> <li>- 5 discusiones de grupos focales</li> </ul>
<b>Suecia</b>	Solicitantes de asilo, migrantes indocumentados y migrantes con permisos temporales	A nivel nacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 23 migrantes entrevistados</li> <li>- 11 entrevistas con Cruz Roja Sueca</li> <li>- 6 discusiones de grupos focales</li> </ul>
<b>Región del Sahel</b>	Migrantes en países de tránsito	Níger, Burkina Faso, Guinea, Malí	Perspectivas del programa AMIRA <sup>9</sup> , investigación FICR-ACNUR <sup>10</sup> e investigación de la FICR <sup>11</sup> , incluyendo 59 entrevistas con informantes clave; y en Níger y Guinea, 23 discusiones de grupos focales con migrantes, 16 entrevistas con personal y socios de la Cruz Roja y 20 entrevistas con autoridades locales y líderes comunitarios.
<b>Reino Unido</b>	Solicitantes de asilo y refugiados	A nivel nacional	Informes directos a partir de operaciones, experiencias de primera mano compartidas por la red VOICES <sup>12</sup> en 2020 y análisis de políticas en curso por parte de la Cruz Roja Británica.



## Contexto mundial: La migración y el COVID-19

En 2020 se estimó que 281 millones personas estaban viviendo fuera de su país de origen, en gran parte por causas asociadas a la migración laboral o familiar, pero también debido a crisis humanitarias. Un total de 34 millones de personas fueron desplazadas forzosamente a otros países a nivel mundial, el doble que en el año 2000.<sup>13</sup>

Los migrantes, incluidos los refugiados, han sido fundamentales en las respuestas a la pandemia de COVID-19, a menudo desempeñando un papel importante en los sectores esenciales de respuesta.<sup>14</sup> Ellos constituyen una parte significativa de los trabajadores clave en el sector sanitario, en la investigación científica, en la economía formal e informal de provisión de cuidados, en las cadenas de suministro de alimentos, en el transporte y en la producción de equipos de protección personal (EPP), y además están sobrerrepresentados en los sectores más afectados por la pandemia, incluyendo el sector de alimentos, de hotelería, de alojamiento, de comercio minorista, de administración y de manufactura.<sup>15</sup>

El COVID-19 también ha conmocionado a la economía mundial y afectado los flujos de remesas, quizás aún más que durante la crisis financiera de 2008.<sup>16</sup> La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)

ha pronosticado una disminución del 4.5 por ciento en el producto interno bruto (PIB) mundial.<sup>17</sup> Si bien los migrantes representan tan solo el 3.5 por ciento de la población mundial,<sup>18</sup> contribuyen aproximadamente al 9 por ciento del PIB mundial.<sup>19</sup> La Organización Internacional del Trabajo estima que casi la mitad de todos los trabajadores alrededor del mundo corren el riesgo de perder sus medios de sustento debido a la pandemia<sup>20</sup> y que casi dos tercios de los migrantes son migrantes laborales.<sup>21</sup> El Banco Mundial ha pronosticado que en 2020 las remesas a nivel mundial caerán en un 14 por ciento,<sup>22</sup> y estima que el COVID-19 podría llevar a hasta 88 y 115 millones de personas a caer en la pobreza extrema.<sup>23</sup>

Los migrantes no son inmunes a la pandemia y a sus impactos, de hecho, se han visto afectados de manera desproporcionada. Los limitados datos disponibles sobre casos de COVID-19 por país de origen normalmente muestran una sobrerrepresentación significativa de migrantes.<sup>24</sup> Desde la publicación del informe de la FICR *Los menos protegidos, los más afectados* citado anteriormente, es claro que persisten los niveles más altos de riesgos y de vulnerabilidades que enfrentan los migrantes durante la pandemia. A medida avanza el enfoque en los planes de vacunación contra el COVID-19, existe un riesgo real de que los migrantes se queden relegados.



Voluntarios de la Cruz Roja Filipina garantizan que haya estaciones de agua y saneamiento disponibles para los migrantes retornados

## Leyes y políticas clave relacionadas con COVID-19

El COVID-19 ha generado una incertidumbre considerable, tanto en los gobiernos como entre las personas, lo que requiere una respuesta dinámica y flexible frente a circunstancias complejas que cambian rápidamente. Los “confinamientos” y el “distanciamiento físico o social” eran poco comunes antes de marzo de 2020, pero ahora son prácticas normales. Entre marzo y octubre de 2020, la cantidad total de restricciones de movimiento en todo el mundo ascendió a más de 96,000.<sup>25</sup> Hubo un momento en que 168 países cerraron total o parcialmente sus fronteras, y 90 no hicieron ninguna excepción para las personas que llegaban en busca de asilo.<sup>26</sup>

Las políticas gubernamentales, junto con el virus en sí, han tenido impactos sustanciales en la salud, en el bienestar y en los medios de vida de todas las personas, incluyendo y afectando de manera desproporcionada a los migrantes. Las medidas de políticas evolucionaron a medida que los gobiernos fueron enfrentando los enormes desafíos para responder rápidamente al virus. Al analizar la medida en que los migrantes han sido incluidos y/o afectados por estas políticas, la investigación busca fundamentar las futuras respuestas a emergencias de salud pública, para garantizar mejor la seguridad y la dignidad de todos.

Las medidas comunes para controlar la propagación del virus en los países de estudio incluyeron: limitar el movimiento y el contacto entre las personas; aplicar regulaciones de distanciamiento social o físico; cerrar espacios públicos, escuelas y negocios no esenciales; y restringir los viajes internacionales e interestatales. En algunos países se aplicaron medidas obligatorias de cuarentena de 14 días para toda persona que ingresaba al territorio. Las medidas de confinamiento aumentaron el riesgo de que los migrantes se convirtieran en indocumentados o irregulares, por ejemplo, por la imposibilidad de renovar sus visas, de cumplir con las condiciones para la visa o de salir del país. Países como Australia, Egipto y el Reino Unido aplicaron medidas para evitar esto, incluyendo la flexibilización de las condiciones de la visa o la ampliación de los plazos para su renovación.

Las medidas para abordar la propagación del COVID-19 deben ser legales, necesarias y proporcionales al objetivo de proteger la salud pública, y además no ser discriminatorias. La dimensión en que los migrantes han podido cumplir y/o beneficiarse de esas medidas y tenido acceso a apoyo específico para COVID-19 ha variado entre los países estudiados, con la excepción de la realización de pruebas de COVID-19. Casi todos los países han introducido políticas

que permiten la realización de pruebas gratuitas a cualquier persona que presente síntomas excepto Sudán y Etiopía, donde, por motivos de recursos, las políticas de realización de pruebas se centraron en grupos de personas con características similares que presentaban síntomas (trabajadores de salud de primera línea, personas que regresaban del extranjero, personas en contacto con un caso conocido).<sup>27</sup>

### Las vacunas al centro de la atención mundial: una oportunidad para ser mejores

Al momento de finalizar este informe a principios de febrero de 2021, todavía sigue siendo incierta la medida en que a los migrantes, independientemente de su situación legal, se les incluirá en las políticas de vacunación contra el COVID-19, con planes que siguen evolucionando en todos los países. Si bien algunos estados han demostrado el compromiso de garantizar que todas las personas dentro de sus fronteras tengan libre acceso, también hay indicios de que, además de las barreras sistémicas actuales para acceder a servicios básicos y del aumento de la vulnerabilidad a los impactos del COVID-19, posiblemente no se incluya a todos los migrantes, independientemente de su situación legal, en las políticas de vacunación y respectivas estrategias de despliegue, lo que conlleva preocupaciones tanto de salud individual como de salud pública.

Algunos estados han expresado que no se incluirán ciertos grupos de migrantes. Por ejemplo, en República Dominicana, el gobierno ha dicho que no se inmunizará a nadie que no cuente con papeles de residencia.<sup>28</sup> La situación es similar en Costa Rica, donde el gobierno ha señalado que se incluirá a los refugiados y a los solicitantes de asilo (que tienen una solicitud de refugio activa), pero no a los migrantes en situación irregular.<sup>29</sup> En Polonia, solo los extranjeros que tienen derecho a permanecer en el país tendrán acceso a la vacuna bajo las mismas condiciones que los ciudadanos.<sup>30</sup>

Otros estados no han excluido explícitamente a los migrantes, pero tampoco han expresado claramente



Crédito: Sociedad de la Cruz Roja Filipina

quiénes serán incluidos. En Turquía no ha habido una declaración oficial sobre si los refugiados, ya sea registrados o no, serán inmunizados.<sup>31</sup> En Sudáfrica no está claro si los migrantes indocumentados estarán cubiertos<sup>32</sup>. En Australia inicialmente se anunció que la vacuna sería gratuita para algunos poseedores de visa<sup>33</sup>, sin embargo, el gobierno luego confirmó que todos los poseedores de visa que residen en Australia serían elegibles.<sup>34</sup> Aún no está claro el acceso para los migrantes indocumentados. En Suecia, según el gobierno y la autoridad de salud pública, todas las personas mayores de 18 años tendrán acceso dentro de los primeros seis meses de 2021,<sup>35</sup> pero aún es incierta la medida en que se incluirá a los solicitantes de asilo y a los migrantes indocumentados debido a las barreras de acceso existentes. En Egipto, los ciudadanos deben registrarse en línea para acceder a la vacuna,<sup>36</sup> pero aún no se ha compartido un plan específico para migrantes. En Singapur<sup>37</sup> y Bahréin<sup>38</sup>, los trabajadores migrantes tendrán acceso gratuito a la vacuna, pero no está claro si se cubrirá a todos los migrantes. De 133 países sobre los cuales ACNUR tenía información, 81 habían finalizado sus estrategias de vacunación y solo 54 incluían disposiciones explícitas para cubrir poblaciones de interés como los solicitantes de asilo y los refugiados. Sin embargo, algunos países no enumeran categorías específicas de personas, por lo que no está claro si los refugiados están incluidos por defecto.<sup>39</sup>

Sin embargo, siguen surgiendo prácticas prometedoras. Colombia inicialmente indicó que no se incluiría a los migrantes indocumentados,<sup>40</sup> sin embargo, el gobierno ha anunciado un plan para regularizar a los refugiados y migrantes venezolanos, facilitando así el acceso a las vacunas.<sup>41</sup> En los Países Bajos son elegibles los migrantes indocumentados y los solicitantes de asilo que tienen más de un mes de estar en el país.<sup>42</sup> En Jordania, todos los migrantes son elegibles independientemente de su estatus.<sup>43</sup> En el Líbano, el gobierno anunció que todas las personas, independientemente de su nacionalidad, serán elegibles.<sup>44</sup> En Canadá, la vacuna se proporciona independientemente de la ciudadanía, y algunas provincias la ofrecen a quien sea independientemente de su estatus migratorio.<sup>45</sup> En Sudán, el gobierno indicó que las personas en busca de asilo y las personas desplazadas corren un alto riesgo y tendrán acceso a la vacuna.<sup>46</sup> Filipinas pidió una mayor cooperación para proteger a los migrantes.<sup>47</sup> Malasia anunció que ampliará su programa de vacunación

gratuita contra el COVID-19 a fin de incluir a todos los extranjeros que residen en el país, incluyendo a los refugiados y a los migrantes indocumentados.<sup>48</sup>

No obstante, es probable que las barreras históricas que han enfrentado los migrantes para acceder a servicios básicos, exacerbadas por la pandemia y destacadas en este informe, afecten su acceso a las vacunas contra el COVID-19 aun cuando sean elegibles por ley. Por ejemplo, en Grecia hay más de 50,000 personas que no pueden acceder al sistema de salud pública porque no tienen un número de seguridad social. Esto incluye a los solicitantes de asilo cuyas solicitudes han sido rechazadas, y sin este número no podrán acceder a la vacuna.<sup>49</sup> La vacunación es gratuita para cualquier persona que resida en el Reino Unido sin autorización y no se requieren controles de inmigración para los visitantes extranjeros al momento de vacunarse,<sup>50</sup> sin embargo, existen barreras para acceder a la atención médica que aún no se han abordado, incluyendo los problemas para registrarse con un médico y ciertos temores debido al intercambio de datos entre los servicios de salud y las autoridades de inmigración. Además, aunque Estados Unidos anunció la inclusión directa de los migrantes en su despliegue de vacunas, independientemente de su estatus migratorio,<sup>51</sup> se ha comenzado a reportar que los migrantes indocumentados no se están vacunando por temor a ser deportados o denunciados a las autoridades de inmigración.<sup>52</sup> Esto es consistente con los hallazgos sobre el acceso a servicios más amplios durante la pandemia de COVID-19.

Es necesario realizar mayores esfuerzos para garantizar que los migrantes que experimentan vulnerabilidades sean incluidos en los planes de vacunación y diseñar estrategias que complementen las políticas inclusivas con medidas para abordar las barreras actuales a los servicios básicos (tanto formales como informales), en particular para los migrantes indocumentados. Si no se abordan las barreras existentes, permanecerá la brecha entre las políticas y la práctica, lo que llevará a resultados perjudiciales tanto para los migrantes como para las comunidades en las que viven y trabajan. Los planes de vacunación contra el COVID-19 presentan una oportunidad para que los estados mejoren y garanticen que el acceso a la vacuna sea asequible y no discriminatorio, y que esté disponible para todas las personas, independientemente de su estatus. Esto le conviene y beneficia a todos.

## Medidas de políticas específicas a los países

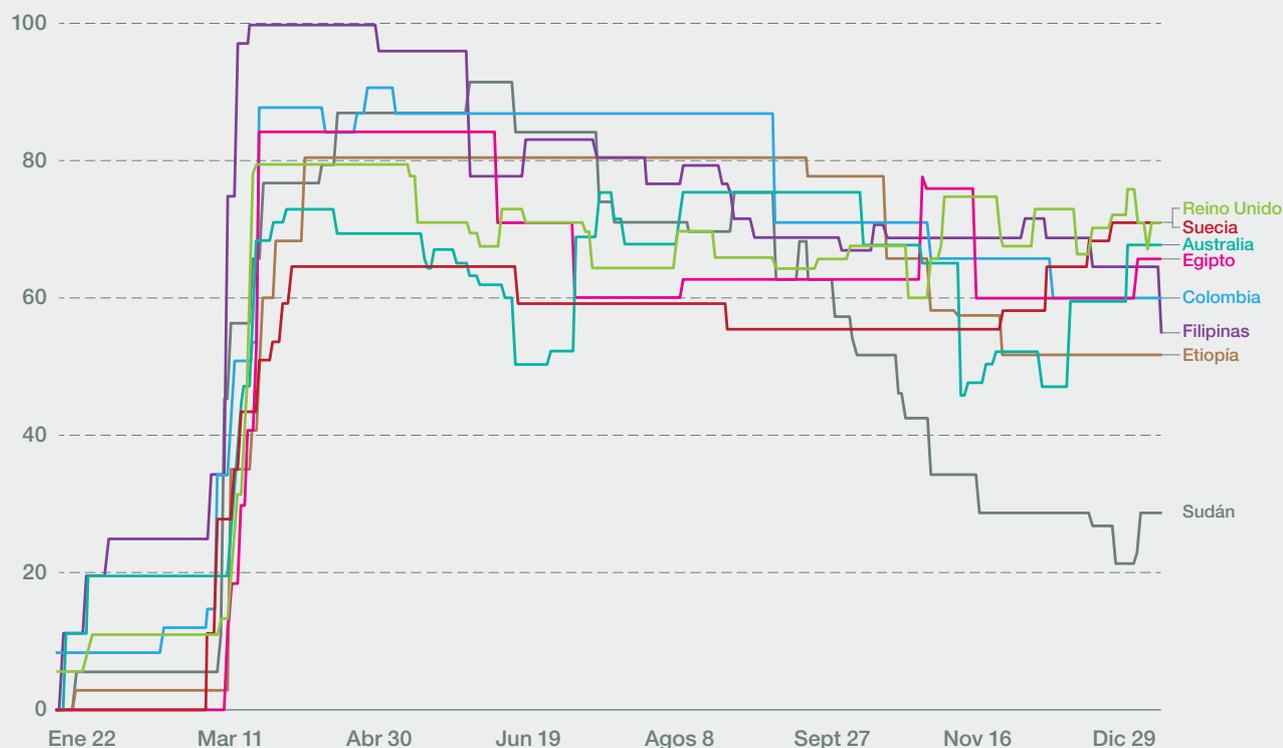
La Figura 1 describe el nivel de severidad de las medidas de política en los países de estudio entre enero y diciembre de 2020, brindando contexto a los hallazgos de la investigación y a las respuestas de los migrantes y de las partes interesadas encuestadas o entrevistadas. En la figura no se juzga la idoneidad de estas políticas.

A continuación, se brinda una descripción general resumida de algunas medidas de política específicas de cada país y la medida en que se han incluido los grupos de migrantes estudiados. En el Apéndice 2 se brinda un desglose más detallado.

Figura 1: Severidad de las medidas de respuesta del país<sup>53</sup>

### COVID-19: Índice de Severidad de Respuesta del Gobierno

Esta es una medida compuesta basada en nueve indicadores de respuesta, que incluyen cierres de escuelas, cierres de lugares de trabajo y prohibiciones de viaje, redimensionados a un valor de 0 a 100 (donde 100 = más estricto). Si las políticas varían a nivel subnacional, el índice es mostrado como el nivel de respuesta de la subregión más estricta



Fuente: Hale, Webster, Petherick, Phillips y Kira (2020). Oxford COVID-19 Government Response Tracker — Última actualización 13 de enero a las 12:01 (hora de Londres)

Nota: Este índice simplemente registra la cantidad y el rigor de las políticas decretadas por los gobiernos, y no debe interpretarse como una 'puntuación' de la idoneidad o eficacia de la respuesta de un país.



## AUSTRALIA

Al confirmarse el primer caso de COVID-19 en enero de 2020, el gobierno nacional y los gobiernos locales tomaron medidas estrictas que incluyeron la prohibición de viajes internacionales e interestatales, la imposición de medidas de confinamiento, la aplicación de regulaciones de distanciamiento físico, el cierre temporal de negocios no esenciales, cuarentena hotelera obligatoria para los viajeros que venían del exterior o de otros estados y eventualmente la imposición del uso obligatorio de mascarillas en ciertos lugares y la provisión de pruebas y tratamiento gratuitos. Los residentes permanentes y los ciudadanos australianos que se encontraban en dificultades económicas tenían acceso a apoyo en materia de ingresos específico al COVID-19 por parte del gobierno nacional, sin embargo, ni los migrantes indocumentados ni la mayoría de las personas con visas temporales eran elegibles, y muchos de ellos tampoco podían acceder al sistema público de salud. El gobierno federal y los gobiernos estatales proporcionaron pagos limitados de emergencia o crisis a los migrantes que cumplían con criterios específicos de necesidad.

## COLOMBIA

Colombia reportó su primer caso de COVID-19 en marzo de 2020 y posteriormente declaró estado de emergencia hasta septiembre de 2020, anunciando medidas de cuarentena y de confinamiento, cerrando sus fronteras y poniendo límites a las reuniones públicas.<sup>54</sup> Según una decisión de la Corte Suprema de 2018, a todos los migrantes, independientemente de su estatus o situación, se les debe brindar acceso a los servicios de salud en caso de emergencias, sin embargo, existen brechas en el acceso y tiempos de espera sumamente largos, debido a la saturación de los servicios de salud, a la creciente demanda, así como a las barreras particulares que enfrentan los migrantes indígenas indocumentados que se describen en este informe. Toda persona con síntomas tiene acceso a pruebas y a tratamiento para el COVID-19.

## EGIPTO

En Egipto, el primer caso se reportó en febrero de 2020. Se declaró estado de emergencia, incluyendo un toque de queda parcial, el cierre de lugares de culto y el transporte público, límites a los viajes internacionales, y se instó a las personas a trabajar desde casa.<sup>55</sup> Los migrantes y los refugiados registrados tienen acceso a servicios de salud pública para atención primaria y secundaria, incluyendo pruebas de COVID-19. El gobierno decretó una prórroga excepcional de visas y de permisos de residencia vencidos. Se estableció un fondo gubernamental para apoyar a los egipcios que perdieron

sus empleos, pero este no cubre a migrantes.

## ETIOPÍA

Al confirmarse el primer caso en marzo de 2020, las autoridades etíopes cerraron las fronteras terrestres, las escuelas y los lugares de diversión y anunciaron medidas de distanciamiento social. Se promulgó una cuarentena obligatoria de 14 días en hoteles designados para ese fin, orientada a todas las personas que ingresaban al país, y se declaró un estado de emergencia que incluye la restricción de viajes internacionales, la prohibición del transporte público entre estados y las reuniones públicas. También se prohibieron los despidos por parte de los empleadores privados.<sup>56</sup> El país se ha visto afectado por la gran cantidad de migrantes retornados debido al COVID-19, particularmente desde el Medio Oriente, y se está trabajando para fortalecer el apoyo a la reintegración.<sup>57</sup>

## FILIPINAS

Filipinas reportó sus primeros casos a fines de enero de 2020, y cerró todos los negocios no esenciales y el transporte público de marzo a julio de 2020. Se establecieron restricciones de viajes nacionales e internacionales y se cerraron las escuelas.<sup>58</sup> Dada la gran cantidad de personas varadas dentro del país debido a las restricciones de movimiento y la falta de disponibilidad de vuelos/transporte, el gobierno creó un grupo de trabajo nacional para apoyar a las 'personas varadas localmente', designando departamentos gubernamentales para que se hicieran cargo de brindarles apoyo básico como alimentos, atención sanitaria, alojamiento temporal y transporte.

## SUECIA

Tras el primer caso a finales de enero de 2020, Suecia implementó restricciones de viaje, medidas de distanciamiento social y muchas escuelas secundarias y universidades pasaron de educación presencial a educación a distancia.<sup>59</sup> Suecia optó por implementar una estrategia que se basa principalmente en medidas voluntarias de salud pública. Los solicitantes de asilo y los migrantes indocumentados tienen derecho a recibir atención sanitaria que no puede aplazarse ni diferirse según la Ley de Enfermedades Transmisibles de Suecia, la cual cubre la realización de pruebas y tratamiento de COVID-19.



Cruz Roja Colombiana (julio 2020)

Cruz Roja Colombiana realiza actividades de promoción de salud en respuesta a COVID-19, incluyendo la entrega de kits de higiene a migrantes en la zona fronteriza de La Guajira, Colombia

## SUDÁN

Después del primer caso en marzo de 2020, el gobierno sudanés implementó un confinamiento parcial, monitoreo de contactos, cierre de escuelas y fronteras, distanciamiento social y medidas de cuarentena y de aislamiento durante seis meses.<sup>60</sup> Cuando llegó la segunda ola en noviembre de 2020,<sup>61</sup> el gobierno redujo su fuerza laboral e instó a la población a tomar precauciones.<sup>62</sup> En el Estado Norte, donde se llevó a cabo la investigación, el gobierno estableció tres centros de cuarentena para los migrantes retornados, brindando acceso a servicios básicos, como alimentos, apoyo psicosocial y atención sanitaria, durante 14 días en cooperación con otras partes interesadas.

## REGIÓN DEL SAHEL

A fines de septiembre de 2020, África Occidental representaba tan solo el 0.3 por ciento del total de muertes confirmadas por COVID-19 a nivel mundial.<sup>63</sup> Muchos gobiernos de África Occidental declararon estados de emergencia o emergencias de salud pública y establecieron medidas preventivas estrictas. Los gobiernos de Burkina Faso, Guinea, Malí y Níger implementaron una serie de restricciones similares. Se cerraron las fronteras terrestres y aéreas y se impusieron toques de queda. Se limitaron las congregaciones de personas y se restringió el movimiento, deteniéndose el transporte interurbano en Burkina Faso. Los espacios públicos

cerraron en los cuatro países, incluyendo los lugares de culto, las instituciones educativas y los sectores de entretenimiento y hotelería. En muchos países, como Guinea y Níger, se volvió obligatorio usar mascarillas en los espacios públicos.

## REINO UNIDO

En marzo de 2020, después de detectarse los primeros casos de COVID-19 a fines de enero, el gobierno del Reino Unido implementó restricciones de viaje, medidas de distanciamiento social, cierres de locales de diversión, hoteles y similares, comercios no esenciales y locales cerrados y aumentó la realización de pruebas, iniciando una reapertura gradual en septiembre de 2020. La segunda ola en noviembre condujo a un nuevo confinamiento en todo el país.<sup>64</sup> Las medidas socioeconómicas incluyeron la prohibición de los desalojos de viviendas de alquiler privadas, alojamiento temporal para las personas sin techo, en algunos casos incluso para los migrantes, y un aumento del monto del pago semanal de asistencia social para los residentes del Reino Unido y para los solicitantes de asilo que acceden al Apoyo de Asilo, sin embargo, el aumento para los solicitantes de asilo fue menor en un 90 por ciento.



## Las barreras para acceder a los servicios básicos durante la pandemia

El COVID-19 y las políticas relacionadas para controlar la pandemia exacerbaron las barreras existentes al acceso a los servicios básicos por parte de los migrantes y generaron nuevos desafíos. Las barreras más importantes identificadas en la investigación incluyen la inelegibilidad o la exclusión debido a la situación legal; información inaccesible, incluso sobre dónde y cómo acceder a los servicios y prevenir el COVID-19; barreras económicas; servicios insuficientes o no disponibles; aplicación o interpretación inconsistente de las leyes y políticas pertinentes; temores y preocupaciones relacionadas a salud y seguridad; falta de documentación pertinente; y exclusión digital.

### Exclusión basada en la situación legal

La investigación encontró que los migrantes a menudo se ven afectados de manera desproporcionada por las medidas de control de la pandemia. Inicialmente fueron excluidos de las medidas de política diseñadas para mitigar los impactos socioeconómicos de las medidas de control y no han tenido derecho a un acceso equitativo a los servicios básicos debido a su situación legal.

*“Debido a que no somos ciudadanos australianos ... no hay mucho que podamos solicitar o asistencia que podamos recibir y esas cosas, lo que en ese momento solo empeoró las cosas para mí y mis hijos...”*

- Migrante con visa temporal en Australia

En Australia, la mayoría de los migrantes con visas temporales no eran elegibles para recibir apoyo en materia de ingresos relacionado con COVID-19 por parte del gobierno nacional, sin embargo, tras un proceso de incidencia realizado por los actores humanitarios el gobierno nacional y los gobiernos estatales proporcionaron asistencia de emergencia limitada, incluyendo pagos de asistencia de emergencia y asistencia alimentaria. Durante las entrevistas, el 67 por ciento de los migrantes indocumentados, y el 42 por ciento de los migrantes con visas temporales, citaron explícitamente la inelegibilidad debido al estatus de la visa como la principal barrera clave para acceder al apoyo. En total, el 92 por ciento de los migrantes con visas temporales y el 100 por ciento de los migrantes indocumentados entrevistados enfrentaron algún tipo de dificultad para acceder a servicios básicos, incluyendo atención sanitaria, alimentación, alojamiento o asistencia económica.

Las personas con visas temporales y los migrantes indocumentados tampoco son elegibles para la vivienda pública o para el alojamiento de emergencia. El 60 por ciento

de los migrantes con visas temporales entrevistados, al igual que el 50 por ciento de los migrantes indocumentados, reportaron haber tenido dificultades para acceder a alojamiento debido a la pandemia.

En Suecia, las leyes pertinentes no describen claramente las expectativas en torno a qué vivienda o alojamiento debe proporcionarse según la Ley de Servicios Sociales. Además, la jurisprudencia del Tribunal Administrativo Supremo sobre la responsabilidad que tienen los municipios de proporcionar asistencia social “aguda” a toda persona que reside dentro del municipio, ha sido interpretada de diferentes maneras. Por lo tanto, sigue siendo poco claro si los migrantes indocumentados son elegibles para los servicios sociales y la asistencia en materia de vivienda o alojamiento, lo que resulta en que a veces se le niega apoyo a los migrantes. Esta situación se ha agravado durante la pandemia de COVID-19.

### Migrantes indocumentados excluidos del apoyo en materia de vivienda en Suecia

En la etapa inicial del brote de COVID-19, un departamento social de un municipio bastante poblado de Suecia anunció inicialmente que a ninguna persona sin hogar le faltaría un techo sobre su cabeza y que a nadie se le negaría un lugar en un albergue, independientemente de sus síntomas. Al plantear la necesidad de remitir a los migrantes a los albergues, el municipio sugirió que los migrantes indocumentados fueran remitidos a un albergue especial administrado por una organización voluntaria en base a un acuerdo con el municipio. Sin embargo, los migrantes indocumentados no eran elegibles para recibir ayuda, ya que el acuerdo con el municipio solo incluía a ciudadanos de la UE. El departamento social luego confirmó que no había albergues a los que pudieran acceder los migrantes indocumentados y que el municipio, antes de la pandemia, había adoptado directrices que estipulaban que no se brindaría asistencia de emergencia a migrantes indocumentados y que esta política se mantendría a pesar de la pandemia en curso. Esta decisión política exacerba los desafíos que los migrantes indocumentados ya enfrentan para cumplir con las recomendaciones de salud pública y aumenta el riesgo de infección y transmisión.



La Cruz Roja Sueca

La Cruz Roja Sueca proporciona información clave sobre el COVID-19 a los migrantes, incluyendo cómo prevenir la transmisión y dónde acceder al apoyo

En el Reino Unido, muchas medidas de apoyo relacionadas con el COVID-19 excluyeron a los migrantes que “no tienen derecho a fondos públicos”,<sup>65</sup> incluyendo a las personas que buscan asilo, a las que se les ha negado asilo y a los migrantes indocumentados. A los solicitantes de asilo no se les permite trabajar y tampoco tienen acceso a las prestaciones sociales comunes ni a la vivienda.

El gobierno proporciona alojamiento y apoyo a los solicitantes de asilo que se encuentran en la indigencia, sin embargo, a las personas que reciben este apoyo ya se les hacía difícil satisfacer sus necesidades básicas de vida antes de la pandemia, y en los últimos meses se han visto obligados a tener que elegir entre comprar alimentos o acceder a crédito telefónico para mantenerse en contacto con sus familias y los proveedores de servicios.

En Egipto, las medidas de apoyo en materia de empleo relacionadas con COVID-19 no incluyen a los trabajadores migrantes. Además, los migrantes y los refugiados registrados tienen el mismo nivel de acceso a la atención primaria que los ciudadanos egipcios, pero la elegibilidad para el acceso a la atención secundaria y terciaria varía.

En Colombia, el 88 por ciento de los migrantes encuestados indicaron que su situación migratoria no fue una barrera importante para recibir apoyo durante la pandemia. En Filipinas y Etiopía tampoco se reportaron impedimentos para acceder a servicios básicos debido a la situación legal, sin embargo, la mayoría de los migrantes encuestados en estos lugares eran ciudadanos del país (es decir, migrantes retornados y varados internamente).

## Información inaccesible

La ausencia de información precisa y actualizada sobre la prevención, realización de pruebas, tratamiento y servicios de apoyo para la pandemia del COVID-19 fue una barrera importante para los migrantes. La falta de información en los idiomas hablados por los migrantes y las deficiencias en la difusión de mensajes por medio de los canales y formatos utilizados por los migrantes impidieron el acceso a dicha información y afectaron su capacidad para mantenerse sanos y a salvo.

En Filipinas, el 21 por ciento de las personas encuestadas que se encontraban varadas mencionaron que la falta de información sobre los servicios de apoyo disponibles y sobre dónde y

cómo acceder a dichos servicios era una barrera. También mencionaron las barreras de idioma, especialmente entre los migrantes retornados de Malasia. En Etiopía, los migrantes retornados hicieron hincapié en el limitado acceso a información sobre el virus y sobre dónde y cómo acceder a servicios básicos y a apoyo durante la pandemia, además de lo inaccesible que era la información (en persona o en línea) para las personas con un nivel bajo de alfabetización. En Egipto, los mensajes del gobierno sobre el COVID-19 solo se proporcionaron en árabe, sin embargo, la Media Luna Roja Egipcia ayudó con la traducción de los mensajes a los idiomas de las comunidades de migrantes para aumentar y garantizar su divulgación. En Suecia, la falta de información en los idiomas hablados por los migrantes y los retrasos en su difusión obstaculizaron el acceso a la ayuda, incluso a las pruebas y al tratamiento. Las deficiencias de información respecto a la atención sanitaria para los migrantes indocumentados que ya existían antes del COVID-19 se exacerbaron al comenzar la pandemia.<sup>66</sup> En el Reino Unido, gran parte de la información se proporcionaba por medio de canales digitales, lo que resultó en la exclusión de los migrantes que no tenían acceso a Internet y se presentaron barreras debido a la falta de información y de asesoramiento multilingüe en materia de salud pública. En Australia, las partes interesadas señalaron que existía confusión entre los migrantes en cuanto a quién era elegible para qué tipo de apoyo dada la complejidad del sistema de visas y la información contradictoria que emitían el gobierno nacional y los gobiernos locales, sin embargo, solo el 7 por ciento de los migrantes encuestados en línea afirmaron no haber tenido acceso a información en su idioma.

*“No pude obtener la asistencia económica porque no sabía de ella, me enteré más tarde por un amigo que la había recibido.” – Migrante retornado varado en Filipinas*

*“Al principio la información no estaba en todos los idiomas, y descubrimos que muchos se acercaban a nosotros en busca de información, no había llegado a todas las personas de la sociedad.” – Enfermera, Clínica de Salud de la Cruz Roja Sueca para Remisión de Migrantes Indocumentados.*

*Las personas están muy confundidas ... no están obteniendo la información correcta y la mayoría no pueden leer en inglés. No saben qué hacer ni dónde acudir para obtener información... También hay preocupaciones sobre el acceso a la atención médica. Qué hacer para reclamar las medicinas recetadas, otros problemas de salud ... citas [médicas].”*  
– Refugiado en el Reino Unido



Por el contrario, el 80 por ciento de los migrantes encuestados en Colombia, incluyendo los migrantes estacionales y las comunidades indígenas migrantes, reportaron que la información proporcionada por los actores y las instituciones humanitarias sobre cómo acceder a la asistencia y al apoyo durante la pandemia fue útil y les ayudó a satisfacer sus necesidades básicas. Sin embargo, se reportó con frecuencia que los mensajes de prevención y de apoyo no tenían en cuenta las prácticas sociales y culturales de los migrantes indígenas ni los canales que estos utilizaban, lo que limitó su alcance. Es importante señalar que el idioma del gobierno es también el idioma de la mayoría de los migrantes en el país, lo que hace que la información sea más accesible (a excepción de las comunidades indígenas).

## Barreras económicas

Como era de esperar, los costos asociados con el acceso a servicios básicos, en particular la atención sanitaria, vivienda y alimentación, fueron identificados como una barrera clave en todos los países. Esta barrera es exacerbada por los impactos negativos que las políticas adoptadas para controlar el virus tuvieron en el empleo y los medios de vida de los migrantes, y agravada por la exclusión de los migrantes de las medidas de apoyo en materia de ingresos en casi todos los contextos.

*“El principal factor determinante para obtener servicios es el dinero y el dinero se obtiene por medio del trabajo, que fue afectado por el confinamiento”*  
- Migrante en Egipto

*“¿Cuál asistencia médica? En este pueblo hay que comprarlo todo. No podemos comprar los medicamentos que recetan en el centro de salud. Todo es caro.”* - Migrante en Níger

*“Los clientes ... se desconectan [del] acceso al apoyo (como consultas telefónicas con el médico general) ... no pueden pagar la comida, no pueden satisfacer sus necesidades básicas y no pueden obtener apoyo básico y [dicen] ‘¿Y usted pretende que yo mantenga datos en mi teléfono para llamarle o para enviarle documentos o para hacerle una consulta por video?’ Esto fue una barrera.”* – Proveedor de servicios en Australia

Aunque en Egipto los migrantes, los refugiados y los solicitantes de asilo registrados tienen acceso a los servicios de salud pública, persisten desafíos en cuanto a lo costoso que son los servicios de atención secundaria y terciaria. Los migrantes encuestados confirmaron que las instalaciones de salud privadas eran inasequibles y que las públicas estaban demasiado lejos de donde vivían. En el Sahel, el acceso de los migrantes a la atención sanitaria ya era limitado antes de la aparición del COVID-19 debido a los costos.<sup>67</sup> En Sudán, el 76.9 por ciento de los migrantes encuestados reportaron que carecían de los fondos para obtener servicios de salud física y mental. En Suecia, también se mencionaron como barrera los recursos económicos limitados.

En el Reino Unido, la atención primaria de salud es gratuita, sin embargo, para los servicios de atención secundaria, el sistema de salud se basa en la residencia. Esto significa que los migrantes en situación legal insegura podrían tener que pagar por los mismos, incluso para acceder a tratamientos hospitalarios como los servicios de maternidad. En Australia, la barrera más importante para acceder a los servicios básicos durante la pandemia fue la falta de apoyo económico sostenible, reportada por el 74 por ciento de los migrantes encuestados.

En Australia y el Reino Unido, la investigación indicó específicamente que la falta de fondos impedía a los migrantes acceder a los servicios de comunicación debido a la imposibilidad de recargar o de mantener el crédito o los datos de sus teléfonos móviles. Esto contribuyó a impedir que pudieran comunicarse con familiares, amigos y proveedores de servicios y que pudieran recibir información actualizada sobre el virus y las restricciones impuestas por los gobiernos.

En Filipinas, solo el 4 por ciento de los encuestados mencionaron que los costos de los servicios, como las pruebas por hisopado, presentaban una barrera. Sin embargo, cabe señalar que la mayoría de los entrevistados (99 por ciento) estaban varados dentro de su propio país, ya sea regresando o en camino al extranjero para trabajar, y por lo tanto tenían mayor acceso e inclusión en las medidas de apoyo relacionadas con la pandemia.

## Servicios insuficientes o no disponibles

Debido a la pandemia fue necesario ampliar rápidamente los servicios básicos, incluso para personas que antes no habían tenido necesidad de acceder a apoyo (por ejemplo, las personas que antes de la pandemia podían trabajar y tenían acceso a fondos o las personas que se quedaron varadas en los países). La investigación encontró que los ya limitados servicios tradicionalmente disponibles para los migrantes ahora estaban aún más restringidos y bajo mayor presión debido a las medidas de control para el COVID-19 y al aumento de la demanda.

*“Después de un largo proceso, la ayuda [de una organización] fue apenas de 100 EGP [~ 6.4 US\$] por seis meses. Me costó 50 EGP llegar a la oficina [de la organización] para recibir la ayuda.” - Refugiado en Egipto*

*“Muchos [de nosotros] caminamos desde muy lejos hasta aquí, pero no hay accesos fáciles a los albergues. Deben crearse para mujeres, niños y ancianos” - Migrante en Colombia*

*“Creo que si pudiéramos asegurar algún tipo de apoyo económico para nuestras familias, la mayoría de nosotros tendríamos alivio inmediato y libertad emocional” – Migrante retornado en Etiopía*

En Egipto, el 50 por ciento de reducción en personal del gobierno y el cierre de las oficinas que se ocupaban de facilitar alojamiento, documentación oficial y servicios de viaje, impidieron el acceso a apoyo crucial, lo que afectó a los migrantes, y aún a los refugiados, al impedir la recepción o la presentación de documentación necesaria para acceder a los servicios básicos. Los hospitales también se vieron afectados por los cierres y los servicios de salud fueron más limitados. Las personas también evitaron las consultas médicas que no fueran de emergencia, lo que dificultó el acceso a la atención preventiva. En el Estado Norte de Sudán, se vieron afectados tanto los servicios de salud de rutina como el suministro de medicamentos, lo que provocó una grave escasez de medicamentos y de atención médica esenciales para salvar vidas. El cierre de clínicas y hospitales rurales obligó a los migrantes a viajar largas distancias para recibir tratamiento médico. En la investigación, el 76.9 por ciento de los migrantes encuestados destacó la limitada disponibilidad de servicios de salud y de salud mental; el 62.4 por ciento señaló que no tenía acceso a las pruebas de COVID-19; y poco más

del 70 por ciento no tenía acceso a servicios básicos como alimentación o apoyo psicosocial.

En Colombia, algunos migrantes indígenas se vieron privados de servicios básicos al otro lado de la frontera debido a las restricciones de movimiento y otras relacionadas con la pandemia, y enfrentaron una prestación limitada de servicios en sus comunidades, citando la distancia y la falta de transporte como barreras clave. Además, a pesar de que el acceso está garantizado por ley, el aumento de la demanda obstaculizó el acceso a los ya limitados servicios de salud en las zonas fronterizas. También se mencionó la falta de EPP para las instituciones de salud indígenas y la insuficiencia de albergues temporales debido a la gran cantidad de migrantes regresando de Venezuela. En cuanto a los servicios de educación y de protección, el 11 por ciento de los migrantes expresó que estos no tenían en cuenta sus necesidades socioculturales.

En Etiopía, los migrantes retornados identificaron la distancia a los servicios y los requisitos de transporte como barreras, así como la necesidad de mayor apoyo psicosocial. En los centros de cuarentena se reportaron deficiencias en la disponibilidad de EPP, desinfectante y jabón de manos y personal de salud mental. Los equipos del programa AMIRA en todo el Sahel también reportaron falta de servicios de protección y de salud mental de calidad para los migrantes.

En Suecia, muchos servicios de salud suspendieron temporalmente las visitas físicas. Los entornos en los que normalmente se prestaban servicios específicos, como la programación de citas *in situ* en los centros de salud u hospitales, se modificaron y pasaron a ser servicios digitales. En el Reino Unido se reportaron problemas con el suministro y la calidad del alojamiento para los solicitantes de asilo, por ejemplo, tener que compartir habitaciones y usar hoteles durante la pandemia. Los servicios voluntarios que brindan apoyo a los migrantes indocumentados, incluyendo los albergues nocturnos, no podían funcionar con la misma capacidad ni brindar apoyo que se ajustase a las restricciones locales de salud pública. En Australia se reportó una menor capacidad por parte de los proveedores de alojar personas adicionales en los albergues debido a las restricciones relacionadas con el COVID-19. En Filipinas, el 11 por ciento de las personas varadas encuestadas mencionaron que los servicios no estaban disponibles cuando se necesitaban, aunque solo el 3 por ciento expresó que los servicios eran inaccesibles debido a la distancia.



Cruz Roja  
Colombiana



La Sociedad de la Cruz Roja Colombiana brinda atención médica crucial durante la pandemia a las comunidades indígenas migrantes que viven a lo largo de la frontera con Venezuela

## Las comunidades de migrantes ‘binacionales’ enfrentan múltiples riesgos de salud y de seguridad en Colombia

A lo largo de la frontera entre Colombia y Venezuela viven varias comunidades indígenas que dependen de la migración transfronteriza periódica, y a menudo circular, para su seguridad alimentaria y sus medios de vida. Estas comunidades étnicas “binacionales” tienen permisos de estadía prolongada en ambos países, y tradicionalmente han vivido marginados y tenido acceso limitado a la atención médica, al empleo y a la educación. Al vivir en las zonas fronterizas, también están expuestos a amenazas de grupos armados. Muchos permanecen indocumentados. El COVID-19 ha aumentado la preocupación por la falta de acceso a la atención médica que enfrentan estos migrantes en particular.

En los departamentos de La Guajira y Vichada, que comparten 249 y 529 km de frontera con Venezuela, respectivamente, la pandemia y el posterior estado de emergencia intensificaron una crisis humanitaria crónica ya en curso debido a las barreras existentes que impiden que los migrantes indígenas accedan a los servicios básicos. Las restricciones fronterizas frenaron el libre tránsito y aislaron a muchas personas de sus familias y de sus redes de apoyo, medios de vida y de la asistencia humanitaria. Las restricciones de movimiento también llevaron a una migración más peligrosa e irregular, lo que aumentó las preocupaciones relacionadas con la seguridad y los temores de una transmisión descontrolada de COVID-19. En La Guajira, las vulnerabilidades se vieron agravadas por los impactos relacionados con el clima (incluyendo huracanes, sequías e inundaciones). En Vichada, el acceso limitado a agua potable, debido a las fuertes lluvias, inundaciones y enfermedades transmitidas por el agua, y el intenso hacinamiento han tenido implicaciones cruciales tanto para la salud individual como para la salud pública en el contexto del COVID-19.



## Aplicación inconsistente de las leyes y políticas pertinentes

Un tema común a lo largo de la investigación fue la inconsistencia en la interpretación y aplicación de las leyes relativas al acceso de los migrantes a los servicios básicos, así como de los cambios específicos de políticas relacionados con COVID-19. Esto representó una barrera para acceder a servicios básicos durante la pandemia en Australia, Egipto, Filipinas, Suecia y el Reino Unido.

*“[Hay] poca conciencia y mucha confusión en torno a la realización de pruebas gratuitas de COVID ... entre los clientes y los proveedores de servicios. Un cliente fue a una clínica privada porque un [funcionario] de salud pública le indicó que fuera allí. Esto afectó el acceso no solo para él, sino posiblemente también para su comunidad. Tuvo que pagar por la prueba ... esto dio la impresión de que la realización de la prueba no era gratuita. El personal de salud pública no debería estar remitiendo a clínicas privadas. Esto crea una barrera [y] futura renuencia a hacerse la prueba.”*  
– Proveedor de servicios en Australia

*“Todos los días vemos personas que intentan obtener la atención médica a la que tienen derecho, pero no la obtienen porque el personal de atención médica no sabe que estas personas pueden recibir tratamiento. Este es el tema más común de las llamadas telefónicas que recibimos de migrantes.”* – Enfermera de la Clínica de Salud de la Cruz Roja Sueca para Remisión de Migrantes Indocumentados

En Egipto, los migrantes, incluyendo los refugiados, aplaudieron la decisión del gobierno de no cobrar multas por vencimiento de permisos de residencia, de ampliar el período de renovación y de permitir que los permisos vencidos pudieran utilizarse para registrarse para recibir algunos servicios como educación o atención médica, sin embargo, muchos mencionaron que en algunos lugares las autoridades no estaban al tanto de este cambio en política. Los funcionarios de primera línea que prestaban los servicios no siempre reflejaban el enfoque flexible del gobierno nacional. En algunos casos, la ayuda económica empezó a transferirse por medio del correo debido al cierre de los proveedores de servicios, pero la oficina de correos no aceptaba los permisos vencidos como identificación. Los migrantes, incluyendo los refugiados, también enfrentaron obstáculos a los servicios de

comunicación, ya que las empresas de telecomunicaciones no renovaban las líneas telefónicas ni permitían que los migrantes pagaran las facturas con permisos vencidos. Esto condujo a aislamiento y retrasos en la recepción de información y de actualizaciones sobre la situación del COVID-19.

En Australia, los proveedores de servicios y las partes interesadas del gobierno expresaron sus preocupaciones en torno al acceso a servicios básicos en la ley versus en la práctica. Algunos entrevistados señalaron que las políticas de realización de pruebas y de tratamiento de COVID-19, así como el apoyo de asistencia de emergencia, pueden ser claras a nivel central pero no necesariamente a nivel local entre el personal de primera línea, lo que resulta en que a los migrantes no se les atiende o se les dice que no son elegibles.

En Colombia, si bien el Estado garantiza el acceso universal a la atención médica en situaciones de emergencia a todos los migrantes, incluso en el contexto de COVID-19, hay poca difusión sobre el alcance normativo de esta política, lo que genera brechas en la aplicación y el acceso local.

En Suecia, la proporción de necesidades sanitarias insatisfechas entre los refugiados y los solicitantes de asilo ya era alta antes de la pandemia.<sup>68</sup> El personal de salud tiene un conocimiento limitado de la ley y de los reglamentos relativos al acceso que los refugiados y las personas con permisos de residencia temporal tienen a la asistencia sanitaria y lo que se entiende por el concepto “asistencia sanitaria que no puede aplazarse ni diferirse”<sup>69</sup>, lo que da lugar a interpretaciones discrecionales y a su exclusión de los servicios.

En el Reino Unido fueron evidentes las prácticas mixtas entre las diferentes autoridades locales en términos del acceso a albergues por parte de los migrantes en riesgo de quedarse sin techo y que tradicionalmente no son elegibles para la asistencia social pública.<sup>70</sup>

En Filipinas, el 21 por ciento de las personas encuestadas reportaron que la interpretación e implementación inconsistentes de las directrices nacionales impedían el acceso a los servicios básicos y generaban confusión sobre dónde y cómo obtener documentos de viaje. El 27 por ciento reportó haber tenido que retrasar sus viajes y pasar estancias prolongadas en las áreas de espera debido a la confusión para obtener los documentos y permisos de viaje.

## Temores y preocupaciones relacionadas con la salud y la seguridad

Los migrantes compartieron una serie de preocupaciones sobre salud y seguridad, lo que refleja un nivel de temor a las consecuencias reales o percibidas relacionadas con el acceso a los servicios básicos.

*“Es fácil contraer COVID-19 cuando se está entre tanta gente [para obtener ayuda]”. – Migrante en Colombia*

*“Las personas no acuden a los hospitales aun cuando se encuentren gravemente enfermos porque tienen miedo de ser denunciadas/deportadas o detenidas”. – Proveedor de servicios en Australia*

En Egipto, varios migrantes encuestados no asistieron a tratamientos ni a citas médicas por temor a contraer COVID-19. En el Reino Unido se realizan controles de inmigración y se les pide pagar a las personas con estatus migratorios inseguros que llegan en busca de atención secundaria. Esto genera barreras para las personas migrantes, incluyendo miedo a la aplicación de la ley de inmigración.<sup>71</sup> En Etiopía, la falta de confianza entre los proveedores de servicios, los socorristas de primera línea y los migrantes retornados se mencionó como una barrera clave para los servicios básicos. En Suecia, la investigación sugirió que los migrantes también podrían evitar acceder a los servicios básicos por temor a infectarse. En Colombia, los migrantes indígenas expresaron su preocupación de contraer el virus debido a que se ven obligados a buscar apoyo en lugares donde hay mucha aglomeración de gente. En Australia, a pesar de las políticas que garantizan pruebas y tratamientos gratuitos para el COVID-19,<sup>72</sup> el 11 por ciento de los migrantes encuestados tenían miedo de acceder a servicios y a apoyo básicos porque les preocupaba enfermarse, y el 30 por ciento tenía miedo de acceder al apoyo debido al estatus de su visa (temor de que el acceso al apoyo afectara su visa actual o futura o que resultara en ser denunciado a las autoridades). Casi el 50 por ciento de las partes interesadas entrevistadas mencionaron el miedo como barrera. En el Sahel, muchos migrantes, incluyendo los indocumentados, probablemente se mantengan “invisibles” y eviten buscar ayuda durante la pandemia por temor al estigma, a la violencia o a ser aprehendidos por las autoridades.<sup>73</sup>



## Falta de documentación pertinente

Los migrantes, en distintas etapas de su viaje, mencionaron no tener o no poder obtener la documentación pertinente (como documentos de identificación o permisos de residencia), como una barrera para acceder a los servicios básicos durante la pandemia.

En Egipto, los procesos de registro y de determinación de estatus de refugiado son los que proporcionan los documentos de identidad necesarios para que las personas que están solicitando asilo puedan acceder a los servicios básicos. Las medidas de política que llevaron al cierre físico de oficinas clave y a limitar la cantidad de personal gubernamental contribuyeron a exacerbar las demoras, que ya existían antes de la pandemia, en la recepción y renovación de estos documentos. En Sudán, los migrantes indocumentados y los solicitantes de asilo que transitaban por el Estado Norte carecían de documentos de registro del gobierno, lo que impedía su acceso al empleo y a otros servicios básicos. Si bien la policía de inmigración extiende permisos de trabajo para acceder a un empleo, estos deben renovarse cada seis meses y deben pagarse. Durante la pandemia se detuvieron los procesos de registro en curso y los migrantes que habían perdido su empleo ya no podían pagar las tasas de renovación del permiso, lo que obstaculizó el acceso y puso a los migrantes en riesgo de arresto. En Filipinas, los migrantes retornados mencionaron la falta de documentos de identidad personal como un factor clave que limitaba su acceso a los servicios y que les impedía obtener pases de viaje para encontrar trabajo. En Colombia, a los migrantes indígenas indocumentados se les hizo difícil acceder a atención médica debido a las dificultades para obtener permisos especiales de permanencia.

## Exclusión digital

Los migrantes con conocimientos o acceso digitales limitados fueron encontrando nuevas barreras a medida que muchos servicios básicos pasaron a ser en línea debido a las restricciones relacionadas con COVID-19. En Egipto, los procesos en línea de emisión y renovación de permisos de residencia no eran accesibles a todos, lo que impedía que aquellos con documentos vencidos o sin documentos recargaran el crédito telefónico, pagaran el alquiler y los servicios públicos y recibieran otras formas de asistencia (como asistencia alimentaria o en efectivo). En el Reino Unido, los migrantes enfrentaron desafíos para acceder a citas médicas debido a que los servicios eran en línea y su falta de teléfonos inteligentes o de datos para acceder a la telemedicina o a otros servicios de apoyo. En Suecia, la atención médica digital representó una barrera para los migrantes que carecían de la identificación bancaria sueca necesaria y que no tenían un número de seguridad social personal. Los solicitantes de asilo y los migrantes indocumentados también encontraron barreras durante el proceso para acceder a las pruebas debido al requisito de tener un número de seguridad social. En Colombia se informó que el acceso a la educación para los niños indígenas migrantes estaba en riesgo debido a la falta de Internet y de las herramientas digitales para participar en la educación en línea. En Australia, las partes interesadas mencionaron que hubo dificultades cuando los servicios de apoyo de salud y de salud mental pasaron a prestarse en línea, ya que los migrantes que habían perdido su trabajo debido a la pandemia y no tenían ingresos para comprar datos o crédito telefónicos estaban en riesgo de quedar excluidos.



Abdi es un oficial de atención a casos con la Cruz Roja Australiana. Se intensificó el programa de Ayuda de Emergencia que ofrece atención a casos y asistencia económica a los migrantes, y también se brindó apoyo remoto durante la pandemia

## Prestación de servicios digitales: desafíos y oportunidades

Las Sociedades Nacionales que aportaron a la investigación, obligadas a adaptar los programas y pasarse a Internet debido a las políticas y restricciones gubernamentales, destacaron los aspectos positivos y negativos de la prestación de servicios digitales (como la atención a casos a distancia y la telesalud). La creciente dependencia de la tecnología digital permitió a las Sociedades Nacionales llegar a migrantes que de otra manera no habrían podido acceder a los servicios debido al COVID-19. El apoyo de emergencia que brindó la Cruz Roja Australiana logró llegar a los migrantes en el 92 por ciento de las zonas geográficas del país por medio de un portal en línea. En Suecia, las soluciones digitales permitieron al personal y a los voluntarios que pertenecían a grupos en riesgo a prestar servicios de forma remota. En varias Sociedades Nacionales esto abrió oportunidades para introducir nuevas tecnologías y formas alternativas de trabajo.

Para algunos migrantes, la interfaz digital proporcionó la manera preferida y más digna para recibir apoyo.

En una encuesta interna, la Cruz Roja Británica descubrió que la mayoría de las personas entrevistadas reportaron que el trabajo remoto era positivo y que preferían tener una llamada telefónica o una videollamada en lugar de tener que esperar para una cita en persona. En Australia, el 74 por ciento de los migrantes encuestados en línea que recibieron

ayuda de asistencia de emergencia encontraron que la solicitud en línea era fácil de acceder y aplicar. El proceso también significó que los migrantes no tenían que gastar dinero para viajar a las oficinas para recibir la ayuda.

Sin embargo, la digitalización conlleva desafíos. La rápida adopción de las herramientas digitales aumenta el potencial de causar daño relacionado con la exclusión digital, la privacidad y la protección de datos, así como desafíos en la identificación de problemas de seguridad. Muchas autoridades de protección de datos han emitido pautas o declaraciones sobre la aplicación de sus respectivas leyes nacionales de protección de datos en el contexto de COVID-19. La adopción de medidas de mitigación ha sido primordial para las Sociedades Nacionales, incluso mediante el desarrollo de nuevas herramientas de detección de vulnerabilidades internas, directrices sobre la atención a casos a distancia y procedimientos de protección de datos.

El personal y los voluntarios de la CRMLR, así como los socios y proveedores de servicios comunitarios en Australia, Suecia y el Reino Unido, señalaron que las tecnologías digitales delimitan las desigualdades sociales en la prestación de servicios. La investigación confirmó que existe la necesidad de que los enfoques digitales sean complementados con apoyo presencial o vía teléfono, y de esfuerzos continuos para cerrar la brecha digital, incluso involucrando a migrantes en el diseño y la prestación de servicios digitales y trabajando con los gobiernos para ayudar a abordar la exclusión digital.



## Lidiando con el COVID: los migrantes se las ingenian y demuestran resiliencia a pesar de las barreras a los servicios básicos

Ante el aumento de los riesgos y su exclusión de los apoyos normales, los migrantes han demostrado resiliencia e innovación, haciendo lo que tengan que hacer para mantenerse a sí mismos y a sus comunidades sanos y a salvo.

- En Australia, unas mujeres con visas temporales montaron una cocina comunitaria y cocinaron para otras personas que necesitaban comida; los solicitantes de asilo, que no tienen derecho a trabajar, han sido voluntarios esenciales en la preparación y distribución de paquetes de alimentos y de paquetes de ayuda; una persona montó un negocio de pasear perros para apoyar a su comunidad y por su propia salud mental; otro abogó con éxito por brindar EPP a los trabajadores migrantes.
- Un refugiado en el Reino Unido explicó: *“Debido a las reglas de distanciamiento social, estoy tratando de crear grupos en línea, en Zoom o en redes sociales, como grupos de WhatsApp, donde nos podamos reunir una o dos veces por semana a intercambiar ideas, hablar sobre la labor de incidencia que estamos realizando y cómo podemos continuar realizándola de manera virtual... También podemos improvisar comedias, contar chistes o historias para levantar la moral. La gente puede crear videos edificantes para nosotros y para el público británico en general.”*
- Las personas varadas en Filipinas informaron que se mantienen sanos comiendo bien (26 por ciento), haciendo ejercicio (25 por ciento), pasando tiempo con la familia (9 por ciento) y trabajando en el jardín (7 por ciento). Otros se matricularon en seminarios web o en cursos en línea, en clases de repostería o de cocina y crearon negocios en línea, entre otros.
- En Sudán, los migrantes destacaron la solidaridad dentro de su comunidad, donde algunos dueños de inmuebles pospusieron los pagos de los alquileres hasta que mejorara la situación.
- En Egipto también se destacó la solidaridad comunitaria, en particular entre las comunidades de inmigrantes somalíes, yemeníes y sudaneses, quienes se organizaron entre ellos para proporcionar cupones de comida en restaurantes o para recolectar y distribuir ayuda económica y paquetes de comida.

# Los impactos en la salud, la seguridad y el bienestar de los migrantes

## COVID-19 y medidas de política relacionadas: una serie de barreras e impactos

### Amplificación de los riesgos para la salud física

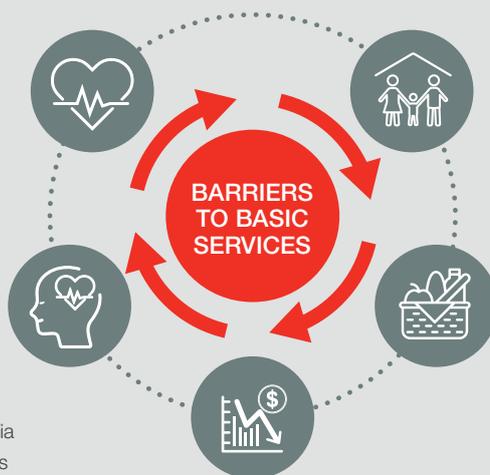
- Mayor riesgo de prevalencia debido a las condiciones de vida y de trabajo
- Riesgo de gravedad del virus debido a condiciones de salud subyacentes/ crónicas
- Las barreras a la asistencia sanitaria, a la información y al alojamiento adecuado aumentan los riesgos

### Empeoramiento de la salud mental

- Estrés, ansiedad, depresión, incertidumbre y miedo
- La imposibilidad de satisfacer las necesidades básicas aumenta la angustia
- Las barreras para acceder a los servicios de salud/salud mental y al apoyo económico exacerban los impactos

### Consecuencias económicas graves

- Pérdida de empleo, medios de vida e ingresos.
- Imposibilidad de satisfacer necesidades básicas
- Las barreras para acceder a medidas de apoyo socioeconómico magnifican los impactos y contribuyen a los riesgos de explotación



### Prevalencia de vivienda insegura

- La pérdida del empleo significa que no hay ingresos para pagar el alquiler y contribuye al hacinamiento y tener que dormir a la intemperie.
- Barreras para acceder a viviendas públicas y/o alojamientos de emergencia

### Aumento de la inseguridad alimentaria

- Elegir entre comer, pagar el alquiler o recargar el crédito del teléfono para mantenerse en contacto con la familia, los servicios y la información.
- El aumento del costo de los alimentos junto con la pérdida de ingresos y las barreras a los servicios básicos significa que no habrá suficientes alimentos para comer

La exacerbación de las barreras existentes y los nuevos desafíos que presenta el COVID-19, como las restricciones de movimiento y las medidas de cuarentena, han tenido importantes consecuencias humanitarias para los migrantes. Los impactos de la pandemia y las barreras que enfrentan para acceder a los servicios no son aislados, sino que forman parte de una serie de riesgos y de desafíos para mantenerse sanos y a salvo.

Los impactos más significativos del virus, y de las medidas de política relacionadas, en los países de estudio se refieren a los riesgos para la salud física, las malas consecuencias para la salud mental y los impactos económicos negativos.

Si bien son limitados los datos públicos que se tienen sobre la incidencia de COVID-19 entre los migrantes en los países de estudio, los hallazgos indican que los migrantes podrían tener un mayor riesgo de contraer y de sufrir casos graves del virus, particularmente cuando hay poca información accesible sobre prevención, poco conocimiento acerca de la realización de pruebas y tratamientos para COVID-19, o acceso limitado a los mismos, y acceso limitado a atención médica para afecciones de salud subyacentes. También existe la posibilidad de una mayor prevalencia, considerando las dificultades para seguir las recomendaciones de salud pública debido a las condiciones de vida y a las circunstancias socioeconómicas.

Tanto las partes interesadas como los migrantes reportaron mayores niveles de estrés, de ansiedad y empeoramiento

de la salud mental debido a la pandemia y a las medidas de confinamiento. Los migrantes han sido particularmente vulnerables a la pérdida de ingresos, de empleo y de medios de vida. Tampoco se les ha incluido de manera sistemática en las medidas gubernamentales de apoyo socioeconómico, lo que los ha dejado en situación precaria. El impacto en su capacidad para satisfacer sus necesidades básicas ha sido grave. La inseguridad alimentaria es evidente, mientras que el acceso a una vivienda segura y adecuada está restringido. El estigma y la discriminación eran evidentes, reflejando los reportes a nivel mundial de que el COVID-19 amplifica las disparidades y prejuicios sociales y económicos preexistentes.

La naturaleza cambiante y dinámica de la pandemia también ha significado que tanto las personas como los gobiernos han tenido que enfrentar situaciones imprevistas y no planificadas que requieren una respuesta rápida. La investigación subraya los impactos multifacéticos que la pandemia tiene en la movilidad de los migrantes. Si bien la investigación a nivel de país no se centró explícitamente en la violencia sexual y de género, la explotación o la trata, la Tabla 2 a continuación presenta algunas perspectivas clave. Otros impactos humanitarios documentados se relacionan con la separación familiar, la educación, la movilidad y la imposibilidad de contribuir a una respuesta debido a las restricciones relacionadas con la visa (es decir, falta de derechos laborales).



Las Tablas a continuación destacan los hallazgos clave en los países de estudio y los impactos de la pandemia y las políticas relacionadas en la salud, en el bienestar y en la seguridad de los migrantes.

**Tabla 2:** Impactos en la salud física



## SALUD FÍSICA

Hallazgos y evidencia clave	Escuchando a los migrantes: Voces de las experiencias vividas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Australia</b> - El 6% de los migrantes con visas temporales encuestados señalaron los impactos en la salud física como el impacto más significativo y el 13% afirmó tener necesidades sanitarias insatisfechas. El 14% reportó haber tenido que seguir trabajando a pesar de posiblemente haber presentado síntomas o haber estado expuesto a COVID-19 debido a la falta de acceso a apoyo económico. Las partes interesadas mencionaron que el acceso a medicamentos era un desafío.</li> <li>• <b>Colombia</b> - Las enfermedades crónicas no transmisibles (como la diabetes y la hipertensión) están contribuyendo a la mortalidad prematura entre las poblaciones de migrantes y refugiados. Los migrantes con afecciones médicas preexistentes corren un mayor riesgo de sufrir impactos severos del COVID-19, y además enfrentan barreras para acceder al tratamiento para enfermedades crónicas debido a la saturación actual de los centros de salud.</li> <li>• <b>Egipto</b> - Solo el 3% de los migrantes encuestados, incluyendo refugiados, señalaron que ellos o un miembro de su hogar habían contraído COVID-19, y el 7% optó por no brindar información al respecto. Los migrantes con enfermedades crónicas (como diabetes) reportaron dificultades para acceder a los medicamentos debido al cierre de clínicas y hospitales.</li> <li>• <b>Etiopía</b> - La interrupción de las remisiones para apoyo de salud y de salud mental debido al estado de emergencia y al cierre de los servicios afectó negativamente a los migrantes retornados con condiciones crónicas de salud y de salud mental.</li> <li>• <b>Filipinas</b> - Los migrantes retornados que se encuentran en centros de detención en aeropuertos, estadios y puntos fronterizos en espera de continuar sus viajes enfrentaron un mayor riesgo de COVID-19 debido al hacinamiento y la imposibilidad de mantener el distanciamiento físico.</li> <li>• <b>Región del Sahel</b> - Los migrantes tenían un mayor riesgo de infección debido a la imposibilidad de cumplir con las medidas de prevención dadas las condiciones de vida (hacinamiento, durmiendo a la intemperie e instalaciones deficientes de agua y saneamiento).</li> <li>• <b>Sudán</b> - Se sospechaba que el 25% de los migrantes retornados encuestados tenían COVID-19 y fueron puestos en cuarentena de acuerdo con los protocolos del gobierno. El 63% dijo estar satisfecho con los servicios mientras estuvieron en cuarentena.</li> <li>• <b>Suecia</b> - El 32% de los casos de COVID-19 de marzo a mayo de 2020 se detectaron en migrantes (que solo representan el 19% de la población).<sup>76</sup> Esto está relacionado principalmente con factores socioeconómicos, como sobrerrepresentación en los sectores laborales más afectados por la pandemia, no poder trabajar de forma remota, utilizar el transporte público, empleo menos estable y viviendas hacinadas o deficientes.</li> </ul>	<p><i>“Al principio recibí muy poca información. Me infecté [con COVID-19] ... Desde entonces uso mascarilla, mantengo la distancia y me lavo las manos ... No tengo nada que hacer, lo que me causa mucho estrés ... No puedo salir de Suecia y me cuesta dormir por la noche. Estoy muy ansioso y me siento como en una prisión...”</i> – Migrante en Suecia</p> <p><i>“No se encuentra EPP. Se pretende que los migrantes lo encuentren y paguen por ello ... Un empleador proporcionó una mascarilla desechable de un solo uso y les dijo a los trabajadores que la usaran durante 3-4 días.”</i> – Migrante indocumentado en Australia</p> <p><i>“Uno siente miedo, ¿y si es coronavirus y estás afectando a otras personas? Realmente me afectó mentalmente, y físicamente también.”</i> – Refugiado en el Reino Unido</p>

Tabla 3: Impactos en la salud mental



## SALUD MENTAL

### Hallazgos y evidencia clave

- **Australia** - El 42% de los migrantes encuestados dijo que la pandemia afectó negativamente su salud mental; el 17% señaló que el aislamiento y la falta de vida social son especialmente difíciles de afrontar; el 12% tenía necesidades de salud mental insatisfechas; y el 33% dijo que sentirse aislado y solo era una barrera para mantenerse sanos y a salvo y para buscar apoyo. Los proveedores de servicios reportaron picos en problemas agudos de salud mental, como la ideación suicida.
- **Colombia** - La pérdida de empleo y/o de ingresos debido a la cuarentena generó altos niveles de estrés entre los migrantes venezolanos, particularmente entre las mujeres con menos redes de apoyo. Esto fue evidenciado por el aumento significativo en casos de depresión y de trastornos de ansiedad. Los migrantes encuestados también solicitaron más información relacionada con el autocuidado durante el COVID-19 debido a los impactos en la salud mental.
- **Egipto** - Los migrantes encuestados, incluyendo los refugiados, mencionaron las regulaciones de distanciamiento físico como el factor principal que afecta su salud mental. El miedo a contraer COVID-19 aumentó la ansiedad y el estrés. La pérdida del empleo y el estrés asociado generó ideas suicidas entre algunos.
- **Etiopía** - Los migrantes retornados confirmaron que las medidas relacionadas con la pandemia y el estado de emergencia, incluyendo el proceso de retorno y los protocolos de cuarentena, tuvieron impactos significativos en su salud mental y bienestar psicosocial. El 46.7% de los migrantes retornados encuestados reportó haber experimentado angustia mental debido a la pandemia (incluyendo ansiedad, depresión u otras presiones psicológicas); el 16.3% a niveles graves y el 30.4% a niveles moderadamente altos.
- **Filipinas** - El 8% de los migrantes varados reportaron sufrir mayor ansiedad (incluyendo el 10% de los trabajadores migrantes internos, el 4% de los trabajadores filipinos devueltos del extranjero y el 10% de los migrantes devueltos a Mindanao).
- **Región del Sahel** - Entre los migrantes apoyados por el programa AMiRA existe una alta prevalencia de indicadores de un bienestar mental deficiente, que incluyen fatiga persistente, dificultad para dormir y sentimientos de culpa, tristeza, ansiedad, pánico y miedo. El estrés que causa la inmovilidad forzada y la pérdida de medios de vida generaron todavía más problemas de salud y de bienestar mental.
- **Sudán** - El 84% de los migrantes encuestados reportó un deterioro en la salud mental. Los migrantes expresaron que el temor de contraer COVID-19 y morir, el aislamiento y la incertidumbre sobre la suerte que correrían (incluso en relación con la deportación y tratar con las autoridades locales) les generó una enorme presión psicológica.
- **Suecia** - Se identificó que los solicitantes de asilo y los refugiados ya estaban en riesgo de padecer problemas de salud mental aun antes de la pandemia. La evidencia sugiere que la pandemia puede resultar en eventos de vida traumáticos adicionales, así como generar síntomas depresivos o agravar los preexistentes.<sup>77</sup>
- **Reino Unido** - Se ha identificado que las personas que buscan asilo y los refugiados tienen cinco veces más probabilidades de sufrir problemas complejos de salud mental como el trastorno de estrés postraumático<sup>78</sup>. La pandemia y las condiciones en el sistema de asilo han agravado los problemas de salud mental existentes y generado nuevos. Los migrantes reportaron impactos en la salud mental, falta de interacción social y soledad debido a las medidas y restricciones de confinamiento.

### Escuchando a los migrantes: Voces de las experiencias vividas

*“Estar en casa durante más de siete meses ha sido muy deprimente, además del estrés y las presiones económicas. Yo le tenía más miedo a la crisis económica que al COVID-19.”*  
– Migrante con visa temporal en Australia

*“[COVID-19] nos puso la vida de cabeza ... ya estamos traumatizados”* – Refugiado en Egipto

*“[COVID-19] a todos nos impide salir de casa, y eso es difícil porque somos seres sociales. Las familias están separadas y ahora las redes sociales es donde nos conectamos y, cuanto más aisladas están las personas, más es el impacto en las actividades que pueden hacer y en su salud mental ...”* – Refugiado en el Reino Unido

*“Sin dormir, nada de nada. Sin rutina, miedo extraño ... Nunca había experimentado ni visto algo así. Pero, por supuesto, nadie nunca había visto nada parecido, ¿verdad?”* – Migrante indocumentado en Australia



Tabla 4: Impactos económicos



## IMPACTOS ECONÓMICOS (MEDIOS DE VIDA Y EMPLEO)

### Hallazgos y evidencia clave

- **Australia** - El 58% de los migrantes encuestados en línea mencionaron la pérdida de empleo o el impacto económico como el impacto más significativo de la pandemia; el 62% de los migrantes entrevistados mencionaron la pérdida de empleo como un impacto clave; el 87.5% de los migrantes entrevistados señalaron un empeoramiento de sus circunstancias económicas.
- **Colombia** - Los migrantes experimentaron una pérdida parcial o total de sus medios de vida, en particular los de la economía informal debido al estado de emergencia y las medidas de aislamiento y de cuarentena.
- **Etiopía** - Los migrantes retornados señalaron que las medidas del estado de emergencia impedían el empleo y el apoyo económico. Los migrantes cuyos medios de vida dependían de la movilidad transfronteriza con Sudán se vieron particularmente afectados.
- **Egipto** - El estado de emergencia y los toques de queda y los cierres de empresas relacionados afectaron a los migrantes empleados de forma irregular en el sector hotelero y de la limpieza. Casi el 80% de los encuestados dijo que sus trabajos se vieron sumamente afectados por las medidas de COVID-19 (definido como una disminución del 70-100% en los ingresos). Se reportó la reducción de horas de trabajo, así como dificultades para comprar mascarillas y productos de higiene debido a la pérdida de ingresos.
- **Filipinas** - El 33% de las personas encuestadas perdió el trabajo o su negocio debido a la pandemia. Los migrantes devueltos de Malasia fueron de los más afectados (70% perdieron el empleo o los negocios), seguidos por los trabajadores migrantes internos (60%) y los filipinos que trabajan en el extranjero y que se quedaron varados en el país (30%). El 16% de los encuestados tuvo que pedir dinero prestado o solicitar préstamos.
- **Región del Sahel** - Una evaluación rápida realizada por el Programa AMiRA en Niamey en julio de 2020 encontró que los migrantes que trabajaban como trabajadores manuales antes de la pandemia ya no tenían trabajo. Los que no tenían trabajo antes de la pandemia recurrieron a la mendicidad como estrategia de supervivencia. La mayoría no pudo ganar suficiente dinero para satisfacer sus necesidades básicas.
- **Sudán** - Las políticas generales de confinamiento y de toque de queda afectaron el acceso de los migrantes al dinero para compensar sus gastos diarios. El 92.2% de los encuestados señaló que la pandemia afectó negativamente sus ingresos.
- **Suecia** - Los migrantes están sobrerrepresentados en los sectores más afectados por la pandemia, como el hotelero (los migrantes representan por lo menos el 40% del empleo en este sector).<sup>79</sup> Las condiciones para el permiso de residencia aumentan la vulnerabilidad en términos de pérdida de empleo. El 75% de los migrantes que acceden a un programa de alimentos administrado por la Sociedad Nacional señaló que sus ingresos se vieron afectados negativamente por la pandemia

### Escuchando a los migrantes: Voces de las experiencias vividas

*“Los trabajos se han esfumado... no estoy trabajando en este momento. Antes trabajaba en trabajos de limpieza, recepciones. Es tan difícil, las cosas se están cerrando ...” – Migrante en Suecia*

*“Los vendedores ambulantes, debido a la pandemia muchos de nosotros perdimos el capital que invertimos.” – Migrante en Colombia*

*“Incluso los sudaneses sufren por el confinamiento, por el toque de queda y por la inseguridad laboral y la pérdida de sus medios de vida, pero nosotros también y nos dejan solos.” – Migrante en Sudán*

*“[COVID-19] ha tenido un gran impacto... Después de graduarme, no obtuve el trabajo que tenía que obtener, para el que había estudiado. Pero tuve que aceptar un trabajo. Pero querían aprovecharse de mí ... Entonces conseguí otro trabajo en el sector restaurantero, pero tuvo que cerrar debido a las restricciones. Ahora tengo un trabajo a tiempo parcial en otro restaurante... todos los días dicen que no es seguro que yo pueda seguir trabajando.” – Migrante con permiso temporal en Suecia*

Tabla 5: Impactos en alimentación y alojamiento



## COMIDA Y ALOJAMIENTO

### Hallazgos y evidencia clave

- **Australia** - El 80% de las personas que reciben pagos de ayuda de emergencia de la Cruz Roja<sup>80</sup> indicaron que los utilizarán para satisfacer sus necesidades alimentarias; al 50% de los migrantes encuestados en línea se les hizo difícil acceder a alimentos suficientes para mantenerse; el 44% reportó necesidades de vivienda insatisfechas; y el 50% de los entrevistados señaló que la pandemia le ha generado dificultades para mantener el alojamiento.
- **Colombia** - Los cierres de fronteras, las restricciones de movimiento y la pérdida de medios de vida causaron un acceso limitado al alojamiento y a la comida, y muchos migrantes comían solo una vez al día. El 18% de los encuestados mencionó la seguridad alimentaria y la desnutrición como los mayores riesgos para los niños durante la pandemia. Está aumentando la cantidad de personas sin techo.
- **Egipto** - El acceso a los alimentos es un problema clave para muchas familias migrantes, las cuales se mudan para compartir casas para ahorrar dinero y alimentar a sus hijos. Muchos de los encuestados dependían totalmente de los paquetes de alimentos proporcionados por las organizaciones humanitarias. El 95% reportó estar en riesgo de inseguridad habitacional. Algunos ya estaban sin techo.
- **Filipinas** - El 50% de los migrantes retornados, el 12% de los trabajadores migrantes internos y el 11% de los trabajadores filipinos que trabajan en el extranjero que se quedaron varados internamente debido a restricciones de viaje y falta de vuelos no pudieron llevar suficiente comida a la mesa. El 9% reportó comer solo una vez al día.
- **Región del Sahel** - La pandemia ha exacerbado el ya precario acceso de los migrantes a alojamientos seguros, dejando a muchos sin techo o viviendo en albergues hacinados (incluyendo los centros de tránsito).<sup>81</sup>
- **Sudán** - El 71.2% de los migrantes indocumentados encuestados enfrentaron desafíos para satisfacer sus necesidades alimentarias diarias y pagar el alquiler y los servicios públicos; el 84% señaló degradación en las condiciones de agua, saneamiento e higiene en el hogar debido a la pandemia; y el 71.2% señaló impactos negativos en su situación habitacional. El 52.2% de los migrantes retornados señalaron que había suficiente comida disponible en los centros de cuarentena obligatoria.
- **Suecia** - La experiencia de la Sociedad Nacional muestra que los migrantes indocumentados y los sin techo a menudo sufren inseguridad alimentaria. Más del 50% de los migrantes que accedieron a un programa de alimentos de la Sociedad Nacional durante la pandemia vivían en condiciones de vivienda inestables sin contrato, hacinados con muchas personas en un solo apartamento o moviéndose de lugar en lugar.
- **Reino Unido** - Los solicitantes de asilo reportan que tienen dificultades para pagar los alimentos y que se ven obligados a elegir si gastar la pequeña cantidad de dinero que tienen en alimentos o en otros artículos esenciales.<sup>82</sup> En marzo de 2020 se suspendieron todos los desalojos de los alojamientos pagados con el apoyo de asilo,<sup>83</sup> lo que protegió a casi 50,000 solicitantes de asilo del riesgo de quedar en la indigencia y sin techo. El programa para personas sin techo “Everyone In” proporcionó alojamiento a las personas que dormían a la intemperie. Algunas autoridades locales proporcionaron alojamiento de emergencia a los migrantes. Aproximadamente el 50% de las 5,400 personas trasladadas a alojamientos de emergencia en Londres eran migrantes que no tenían derecho a acceder a fondos públicos o ciudadanos europeos que no eran elegibles para recibir ayuda en circunstancias normales.<sup>84</sup>

### Escuchando a los migrantes: Voces de las experiencias vividas

*“El apoyo que nos ha faltado [es]... vivienda, pago de alquiler y facturas y ropa.” – Migrante en Suecia*

*“En una ocasión fuimos desalojados porque no teníamos dinero para pagar el alquiler.”  
– Migrante en Colombia*

*“[Es] difícil pagar el alquiler. Hay que elegir entre pagar el alquiler y comer” – Migrante indocumentado en Australia*

*“Necesito ayuda alimentaria con urgencia. Tengo tres hijos y se están muriendo de hambre. Perdí mi trabajo porque tenía COVID-19. No tengo recursos.”  
– Migrante en Colombia*

*“Lo que más necesitamos como familias es comida porque las tiendas están cerradas.” – Migrante en Egipto*

*“Tenemos que viajar a las tiendas más grandes que tienen precios más bajos, pero ahora con el confinamiento ya no podemos viajar y las tiendas pequeñas subieron sus precios. Cosas como el jabón y el desinfectante de manos son muy caras y quedan solo unos pocos centavos para comida y otros artículos de primera necesidad.” – Refugiado en el Reino Unido*



Tabla 6: Estigma y discriminación



## ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

### Hallazgos y evidencia clave

- **Australia** - A pesar de un aumento en los incidentes de racismo a nivel nacional<sup>85</sup> durante la pandemia, los datos recolectados no reflejaron esto como un impacto clave, y solo el 1% de los migrantes encuestados experimentaron racismo.
- **Colombia** - La Sociedad Nacional reportó estigmatización debido a la pandemia, y un migrante señaló "... últimamente nos culpan de todo lo malo". Hay evidencia de una regresión en la integración y la inclusión social y un aumento significativo en las actitudes negativas hacia los migrantes asociadas con la mala situación económica y la competencia por los medios de vida.
- **Egipto** - Las reflexiones sobre el estigma fueron variadas: algunos migrantes, incluyendo los refugiados, enfrentaron discriminación física y verbal, y al comienzo de la pandemia a otros se les acusó de traer el virus al país.
- **Etiopía** - Las familias estaban reacias a aceptar a los migrantes retornados por temor a contraer COVID-19 y el estigma asociado.
- **Filipinas** - El 80% de las personas varadas localmente no experimentaron estigma ni discriminación. La mayoría de los encuestados eran migrantes filipinos que habían regresado recientemente del extranjero o que estaban varados internamente, lo que podría contribuir a este resultado.
- **Región del Sahel** - El COVID-19 amplificó el estigma existente. En Níger, las mujeres retornadas compartieron cómo el hecho de que el estado las haya devuelto durante la pandemia aumentó el estigma. La gente las evitaba por miedo a contagiarse. En Guinea, algunos migrantes retornados no fueron muy bien recibidos por sus familias, ya que temían volver a acogerlos debido a la pandemia.<sup>86</sup>

Tabla 7: Impactos en la movilidad



## IMPACTOS RELACIONADOS CON LA MOVILIDAD

### Hallazgos y evidencia clave

- **Australia** - Algunos migrantes, incluyendo los solicitantes de asilo, no tienen la opción de regresar a sus hogares por razones de seguridad. Para otros, existen barreras que impiden un regreso inmediato, por ejemplo, cierres de fronteras o límites en la cantidad de ingresos al país; pocos vuelos y el alto costo de los boletos de avión; y los costos de cuarentena al llegar.<sup>87</sup> Otros impactos incluyen el cese efectivo del programa de reasentamiento y la imposibilidad de los migrantes y refugiados de patrocinar a familiares cercanos.
- **Colombia** - Las comunidades indígenas que cruzan la frontera hacia/desde Venezuela con regularidad, no pudieron hacerlo debido a los cierres de fronteras, al aislamiento y a las medidas de cuarentena. Los migrantes también recurrieron a rutas migratorias riesgosas. Se observa la reaparición de caravanas de migrantes en tránsito, viajando en bus y a pie por rutas inseguras y exponiéndose a riesgos ambientales, de protección y al COVID-19.
- **Egipto** - Se suspendieron los planes para los refugiados que esperaban reasentamiento. A los migrantes estacionales se les impidió regresar a sus hogares y no tuvieron más opción que permanecer en Egipto, donde se encontraron sin empleo y sin apoyo y gastaron todo lo que habían ganado durante la temporada.
- **Etiopía** - Los migrantes encuestados se vieron obligados a regresar del extranjero debido a la pérdida de empleo. Según una parte interesada clave, el 95% se encontraba en situación vulnerable al regresar.
- **Filipinas** - Los migrantes regresaron a casa en masa debido a la pandemia y por temor de quedarse varados en el extranjero, solo para llegar y quedarse varados en ciudades grandes dentro de su propio país debido a las restricciones de viaje.
- **Región del Sahel** - Las restricciones de movimiento obstaculizaron los viajes de los migrantes, ya sea entre o dentro de los países, lo que resultó en que muchos se quedaran varados durante meses, especialmente en las principales ciudades de tránsito como Bamako, Gao, Niamey, Agadez y Ouagadougou.

Tabla 8: Violencia sexual y basada en género



## VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO (VSG)

### Hallazgos y evidencia clave

- **Australia** - El 30% de las partes interesadas clave, incluyendo organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, reportaron un aumento de la violencia doméstica entre los migrantes que acceden a sus servicios.
- **Colombia** - Aumentó la violencia contra mujeres y niñas migrantes y refugiadas, particularmente cuando se implementaron las medidas de aislamiento preventivo. Se identificaron nuevas formas de violencia, como amenazas de infectarlas con COVID-19.
- **Egipto** - Algunas y algunos migrantes, incluyendo los refugiados, reportaron un aumento de la violencia doméstica debido a que estaban en casa con más frecuencia y al acceso limitado a apoyo. Algunas se fueron de la casa debido a la violencia y durmieron en las calles.
- **Suecia** - La Sociedad Nacional registró un aumento en la VSG en algunos de sus servicios y desarrolló lineamientos para que las filiales locales realizaran remisiones seguras cuando identificaran casos de VSG<sup>88</sup>. Se reportó la amenaza de infección con COVID-19 como una nueva forma de maltrato.
- **Reino Unido** - La Sociedad Nacional reportó un aumento general de la violencia de género, en particular de abuso doméstico, y de preocupaciones de salvaguardia cada vez más complejas para las mujeres migrantes. Durante los primeros tres meses del confinamiento a nivel nacional, la línea de ayuda para abuso doméstico en el Reino Unido, que funciona las 24 horas, experimentó un aumento del 65% en las llamadas y un aumento del 700% en las visitas a su sitio web.<sup>89</sup>

Tabla 9: Riesgos de explotación laboral y de trata



## RIESGOS DE EXPLOTACIÓN LABORAL Y DE TRATA

### Hallazgos y evidencia clave

- **Australia** - Las partes interesadas compartieron relatos de migrantes en riesgo de explotación debido a la falta de apoyo en materia de ingresos y su desesperación por aceptar cualquier trabajo disponible para sobrevivir. Se reportó de migrantes que recibían salarios por debajo del salario mínimo, que trabajaban sin ser remunerados y de anuncios falsos dirigidos a los migrantes con fines de explotación laboral.
- **Colombia** - Los migrantes indígenas reportaron que se les pagaba muy poco y que se aprovechaban de ellos debido a la pandemia, y que necesitaban trabajar a pesar de las condiciones de explotación. El aumento en el uso de las rutas irregulares debido al cierre de fronteras aumentó los riesgos de trata (especialmente de mujeres y niñas) y el reclutamiento de migrantes por parte de grupos armados (también como un medio para acceder a alguna forma de sustento).
- **Egipto** - Los migrantes y refugiados mencionaron condiciones de explotación laboral, incluyendo trabajar horas extras sin paga.
- **Región del Sahel** - El riesgo de trata y de otros trabajos de explotación ha aumentado con la pérdida de los medios de vida por la pandemia.<sup>90</sup>
- **Suecia** - La experiencia de la Sociedad Nacional indica que varios factores, como los cambios en la legislación y la falta de acceso a los servicios básicos, han conducido a un aumento de la explotación laboral debido a la necesidad de los migrantes de obtener alojamiento y medios de vida, sin acceso a la asistencia y a los servicios sociales.

## Preocupaciones a nivel mundial relativas a protección relacionadas con el COVID-19



Crédito: Andrés Lemus, Cruz Roja Guatemalteca

Los problemas de protección (no relacionados con el acceso a servicios básicos) que los migrantes pueden enfrentar debido a la pandemia en sí y las medidas de respuesta adoptadas por los estados están más allá del alcance de esta investigación.

En este recuadro se destacan las tendencias generales clave de las preocupaciones relativas a protección observadas en todo el mundo. Como se describe en este informe, las barreras que limitan el acceso de los migrantes a las medidas de prevención, a la atención sanitaria y a otros servicios básicos hacen que sea más difícil para los migrantes mantenerse a salvo o buscar tratamiento. Lo que se ha observado a nivel más global (fuera de la investigación de este informe) es que el requisito de denunciar a los migrantes en situación irregular a las autoridades policiales o de migración, como el que les han impuesto ciertos estados a los proveedores de servicios de salud y de otro tipo y a las organizaciones humanitarias, puede ahuyentar a los migrantes e impedirles buscar la ayuda que tanto necesitan. Además, los campamentos, los asentamientos formales e informales, incluyendo los barrios marginales urbanos, así como los centros de detención de migrantes, plantean desafíos específicos en términos de distanciamiento físico y medidas de higiene, lo que genera aún más problemas de salud para los migrantes en esos lugares. Los migrantes que se encuentran en campamentos y en entornos similares también se han visto afectados de manera desproporcionada por la aplicación de las medidas de confinamiento, de cuarentena o de aislamiento cuando estas no iban acompañadas de medidas adecuadas de prevención y una adecuada preparación y respuesta médica.

La interrupción de la asistencia, la pérdida de medios de vida (debido a lo mucho que los migrantes dependen del sector informal para agenciarse ingresos) y el creciente aislamiento causado por la pandemia han afectado la capacidad de los migrantes para satisfacer sus necesidades básicas. Esto los expone a un mayor riesgo de inseguridad alimentaria, así como al abandono, al abuso, a la explotación y a la violencia, incluyendo la violencia sexual. Puede también obligarlos a adoptar estrategias de supervivencia perjudiciales, como el trabajo infantil, el matrimonio infantil, el sexo transaccional o regresar a sus

hogares a enfrentar circunstancias inseguras o insostenibles.

Los migrantes también han estado expuestos a un mayor riesgo de ser devueltos a sus países de origen, posiblemente en violación del principio de 'no devolución', debido a cierres fronterizos generales, a los retornos sumarios y/o a procedimientos acelerados de retorno implementados por algunos estados sin tener salvaguardas establecidas para proteger a los migrantes contra la devolución y garantizar acceso a la protección internacional a quienes lo necesiten. También ha sido motivo de preocupación el incumplimiento de las excepciones humanitarias para las restricciones de viaje, como los procedimientos de reasentamiento de refugiados y las exenciones que permiten acceso a atención médica crucial o vital o que permiten la reunificación familiar a las personas que son altamente dependientes de cuidados por parte de sus familiares. Además, las tensiones y el miedo generados por la pandemia han agravado la discriminación preexistente contra los migrantes, lo que ha llevado a la estigmatización, a convertirlos en chivos expiatorios y a exacerbar el riesgo de violencia por parte de las comunidades y los grupos xenófobos. Los migrantes sin techo a veces han sufrido acoso por parte de la policía debido a la imposibilidad de aplicarles medidas de confinamiento y otras medidas preventivas.

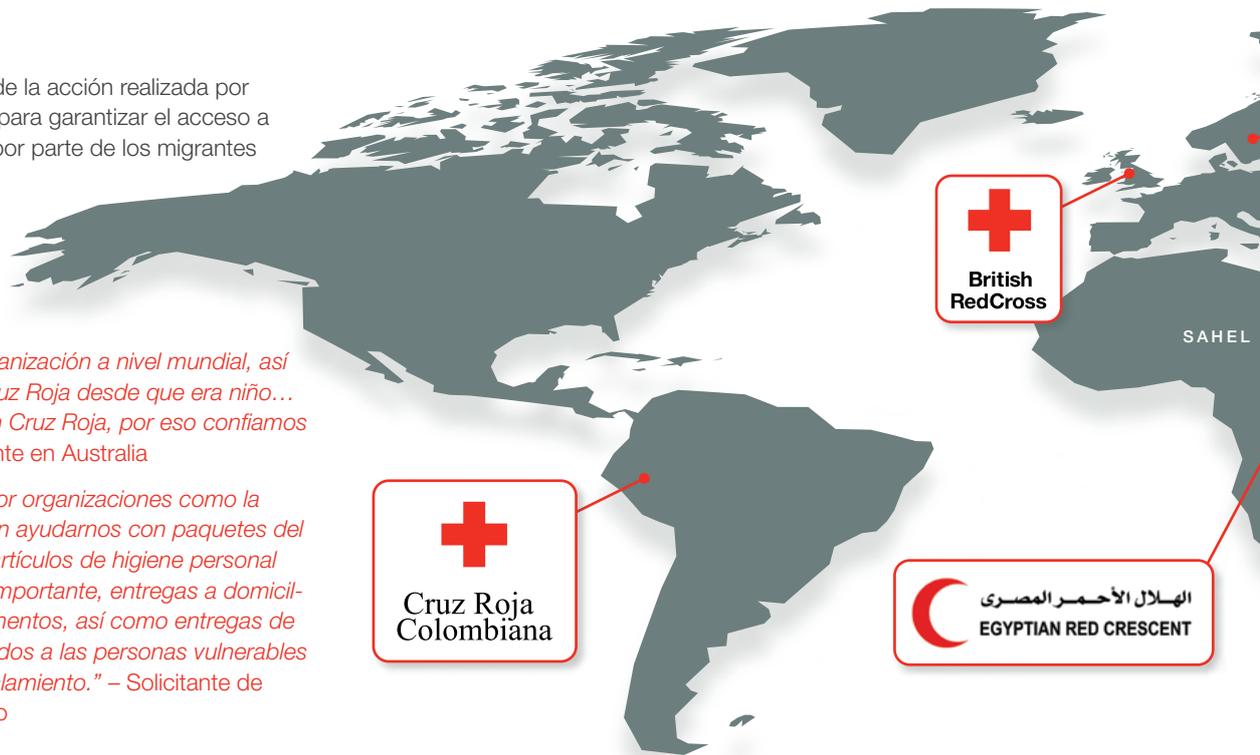
Los niños migrantes, al igual que otros niños alrededor del mundo, se han visto afectados por el cierre de escuelas y por el acceso reducido a la educación. En cuanto a los niños en centros de detención, lugares de tránsito o campamentos, todos estos lugares probablemente han sufrido reducciones de personal y en la oferta de servicios humanitarios, incluyendo de salud, de salud mental y de educación. Las restricciones de movimiento dentro de los países o para cruzar fronteras han generado nuevas separaciones familiares, vinculadas especialmente a las medidas de cuarentena o aislamiento aplicadas o a la hospitalización de miembros de la familia, o prolongado las separaciones familiares que ya existían, ya que los cierres de fronteras, las restricciones de movimiento y/o el acceso a la realización de pruebas de COVID-19 han retrasado o impedido la reunificación familiar.

## La Cruz Roja y la Media Luna Roja en acción durante el COVID-19

**Figura 2:** Panorama de la acción realizada por la Sociedad Nacional para garantizar el acceso a los servicios básicos por parte de los migrantes

*“Cruz Roja es una organización a nivel mundial, así que he conocido a Cruz Roja desde que era niño... Tenemos confianza en Cruz Roja, por eso confiamos en la marca.” – Migrante en Australia*

*“Doy gracias a Dios por organizaciones como la Cruz Roja, que pueden ayudarnos con paquetes del banco de alimentos, artículos de higiene personal para todos y, lo más importante, entregas a domicilio de paquetes de alimentos, así como entregas de medicamentos recetados a las personas vulnerables que han estado en aislamiento.” – Solicitante de asilo en el Reino Unido*



Las Sociedades Nacionales de todo el mundo han dicho presente e incrementado el apoyo para mitigar y abordar los impactos de la pandemia y facilitar acceso a los servicios básicos y a la asistencia humanitaria a los migrantes, independientemente de su situación legal. Las Sociedades Nacionales encontraron formas innovadoras de adaptarse a los desafíos que presentaban las restricciones de movimiento y otras medidas de salud pública y, en muchos contextos, se reconoció que brindaban un servicio humanitario esencial y que por lo tanto tenían exenciones específicas.

La Figura 2 ilustra las acciones clave para garantizar acceso a los servicios básicos para los migrantes que han realizado las Sociedades Nacionales que han estado aportando a esta investigación desde el inicio de la pandemia.

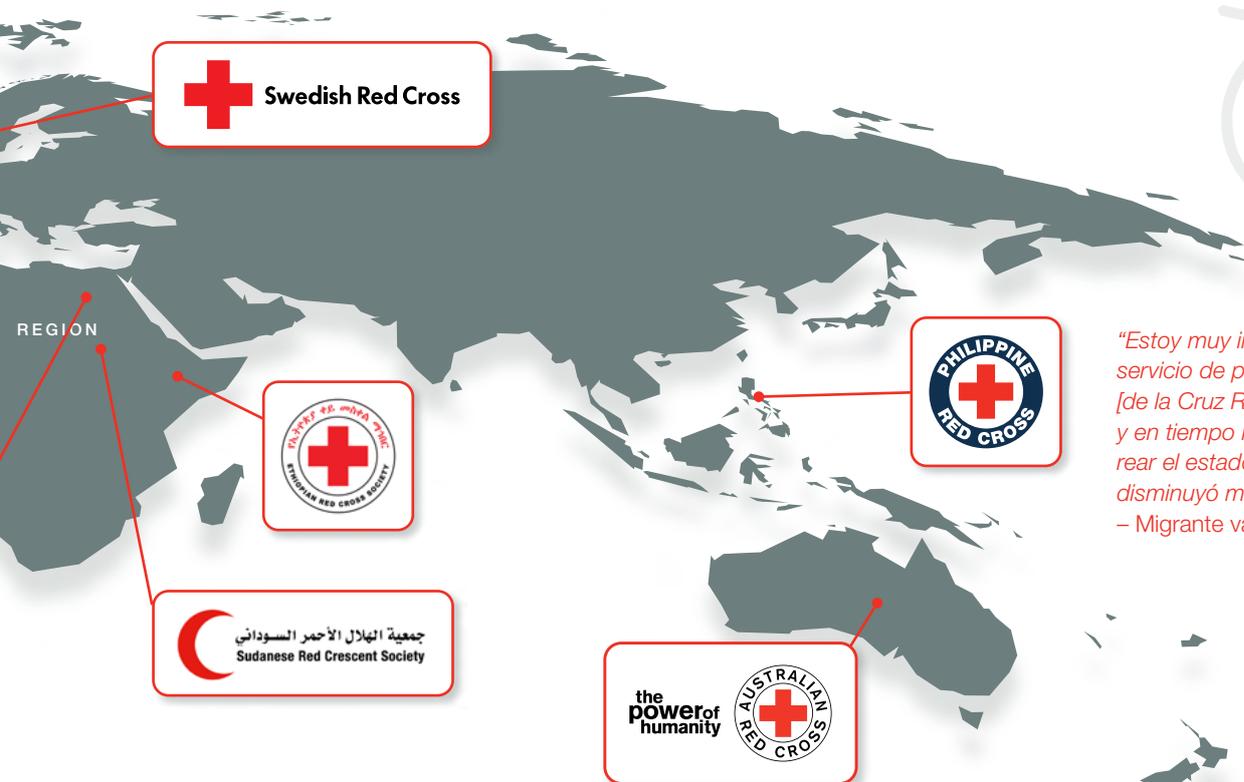
**CRUZ ROJA AUSTRALIANA:** Estableció un portal en línea a nivel nacional para brindar asistencia de emergencia a los migrantes, incluyendo asistencia en efectivo, atención a casos de personas con vulnerabilidades significativas e información clave acerca de remisiones. Entre abril y noviembre de 2020 se llegó a más de 95,000 personas, incluyendo a 20,000 por medio de ayuda alimentaria, con más de 65,000 pagos emitidos.

**CRUZ ROJA BRITÁNICA:** Entre marzo y finales de noviembre de 2020, los equipos de apoyo a los refugiados ayudaron a 21,748 solicitantes de asilo, refugiados y migrantes mediante 159,262 intervenciones de atención a casos; brindaron asistencia directa en efectivo a 1,237 personas; distribuyeron 9,503 paquetes de alimentos; proporcionaron alojamiento de emergencia a 217 personas; apoyaron a 3,806 personas con intervenciones relacionadas con alojamiento; establecieron un nuevo grupo de apoyo entre pares para jóvenes refugiadas

compuesto solo de mujeres; y tradujeron las orientaciones sanitarias del gobierno a 60 idiomas, con lo socios. Además, la Sociedad Nacional creó el Hardship Fund junto con Aviva y la Fundación Aviva para brindar ayuda económica a corto plazo a los afectados por la pandemia que no podían cubrir sus elementos de primera necesidad. A noviembre de 2020, el 60 por ciento de las 7,226 personas asistidas eran personas en busca de asilo, refugiados y personas sin acceso a fondos públicos debido a su situación migratoria.

**CRUZ ROJA COLOMBIANA:** Entre marzo y diciembre de 2020 asistió a más de 525,000 migrantes y comunidades de acogida, prestando más de 1,320,000 servicios cruciales: asistencia médica básica y especializada; entregó información sobre prevención y concienciación sobre el COVID-19 y kits de dignidad e higiene a las comunidades indígenas migrantes por medio de las unidades móviles de salud; realizó un monitoreo de la protección; entregó agua potable, transferencias directas de efectivo, asistencia para el alquiler y apoyo psicosocial (incluyendo mediante la teleasistencia); estableció espacios amigables para niños y jóvenes; e inyectó capital en iniciativas individuales y colectivas de migrantes afectados por COVID-19.

**CRUZ ROJA ETÍOPE:** Proporcionó asistencia directa en efectivo; primeros auxilios psicológicos; apoyo a medios de vida; asistencia para la reintegración; kits de protección/higiene; acceso a la información; servicios de restablecimiento de contacto entre familiares; acceso a apoyo psicosocial y de salud mental; y servicios clave de remisión y vinculación. Entre abril y septiembre de 2020 apoyó a aproximadamente 300 migrantes retornados por semana. Brindó apoyo en especie y en efectivo a más de 500 migrantes retornados.



*“Estoy muy impresionado por el servicio de pruebas de hisopado [de la Cruz Roja Filipina]. Es digital y en tiempo real. Yo podía monitorear el estado de mi muestra, y eso disminuyó mi ansiedad.”*  
 – Migrante varado en Filipinas

**MEDIA LUNA ROJA EGIPCIA:** Proporcionó asistencia directa en efectivo a migrantes y refugiados; pasó las actividades de educación de salud y de medios de vida a ser en línea; tradujo y difundió información gubernamental sobre COVID-19 a cinco idiomas; proporcionó cupones electrónicos para alimentos y materiales de higiene por medio de teléfonos móviles; produjo cuatro videos en ocho idiomas y diez mensajes de concientización en cinco idiomas desmintiendo los mitos sobre el COVID-19.

**CRUZ ROJA FILIPINA:** Proporcionó servicios de realización de pruebas de COVID-19, ayuda alimentaria y kits de higiene/dignidad en hoteles e instalaciones de cuarentena y en los puertos de llegada; prestó primeros auxilios psicológicos; estableció espacios amigables para niños; ofreció tarjetas SIM gratuitas para mantener la comunicación; proporcionó remisiones a centros de cuarentena y ofreció alojamiento temporal en la zona metropolitana de Manila. La Sociedad Nacional también actualizó su aplicación web “Voluntario Virtual”, que pone información vital directamente en manos de quienes la necesitan: posibles migrantes, personas que están lejos de casa y los familiares de los migrantes. Esta se actualizó con la información más actual sobre COVID-19, incluyendo la ubicación de las instalaciones de cuarentena, avisos del gobierno y detalles de contacto de organizaciones y agencias pertinentes, para apoyar a los trabajadores migrantes mientras se encontrasen en el extranjero y al regresar a Filipinas.

**REGIÓN DEL SAHEL:** El programa AMiRA brinda apoyo psicosocial, atención médica y remisiones, acceso a información y asistencia para medios de vida en la región del Sahel de África Occidental (Burkina Faso, Guinea, Malí y Níger) y en Egipto y Sudán. Las Sociedades Nacionales de

nueve países del Sahel lograron llegar a más de 13 millones de personas con actividades de comunicación de riesgos y de participación comunitaria, movilizando una red de más de 20,000 voluntarios entre marzo y septiembre de 2020.

**MEDIA LUNA ROJA SUDANESA:** En el Estado Norte, brindó apoyo psicosocial, primeros auxilios y ayuda alimentaria a migrantes retornados en los centros de aislamiento de cuarentena; elaboró y difundió mensajes de concienciación sobre el COVID-19 en los dialectos locales, llegando a 149,129 migrantes y miembros de las comunidades de acogida; equipó de agua y artículos de saneamiento a los albergues para los migrantes retornados; distribuyó mascarillas, desinfectantes y canastas de alimentos a 569 migrantes; y brindó apoyo directo en efectivo a 311 familias migrantes, así como acceso a medicamentos y remisiones para apoyo de salud mental.

**CRUZ ROJA SUECA:** Amplió y adaptó su servicio de asesoramiento en materia de migración para convertirlo en digital; brindó apoyo en línea y en persona por medio de seis centros de tratamiento para personas afectadas por la guerra y la tortura; facilitó acceso a atención sanitaria por medio de su clínica de salud para remisión de migrantes indocumentados; estableció una línea telefónica directa a nivel nacional para prevenir el aislamiento y la soledad y brindar apoyo psicosocial e información precisa; proporcionó ayuda alimentaria y otro tipo de apoyo en especie; y distribuyó información en diferentes idiomas y entabló relaciones de forma remota con personas en detención migratoria. Las filiales locales se adaptaron a las restricciones y recomendaciones, manteniendo abiertos los lugares de reunión y las actividades sociales.

## Recomendaciones

En base a la evidencia presentada, en el contexto de la pandemia de COVID-19 y en preparación para futuras emergencias de salud, los gobiernos, los donantes y los actores humanitarios y de desarrollo deben escuchar y dejarse guiar por las voces, los conocimientos especializados y la experiencia de los migrantes. Es responsabilidad primordial de los Estados respetar, proteger y realizar los derechos humanos de los migrantes, incluyendo sus derechos económicos y sociales. El informe recomienda que los estados trabajen junto con otras partes interesadas para:

1. Garantizar que todos los migrantes, independientemente de su situación legal, sean incluidos en las respuestas locales y nacionales al COVID-19 que garantizan acceso a servicios básicos, incluyendo a servicios de salud, vivienda, alimentos, servicios de agua, saneamiento e higiene, apoyo psicosocial, educación, apoyo de emergencia y servicios de protección.
2. Garantizar que todos los migrantes, independientemente de su situación legal, tengan acceso efectivo a información oportuna, precisa y confiable sobre COVID-19 (y cualquier pandemia futura) en un idioma que comprendan y mediante canales de difusión accesibles. Esta información debe incluir medidas de prevención y cuándo, dónde y cómo acceder a las pruebas, a tratamiento, a las vacunas y otras ayudas pertinentes.
3. Garantizar que todos los migrantes, independientemente de su situación legal, sean incluidos en las políticas relativas a la realización de pruebas, tratamiento y vacunación contra COVID-19 y en las respectivas estrategias de despliegue, y que tengan igualdad de acceso a las pruebas, al tratamiento y a las vacunas.
4. Garantizar que todos los migrantes, independientemente de su situación legal, que hayan perdido sus medios de vida y que no puedan satisfacer sus necesidades básicas sean incluidos en el apoyo socioeconómico relacionado con la pandemia (ahora y en el futuro).
5. Continuar adaptando las leyes y políticas existentes para garantizar un acceso inclusivo a los servicios básicos, y complementar cualquier cambio en las políticas con directrices operativas y capacitación en sensibilización para el personal de respuesta de primera línea, a fin de garantizar que los derechos establecidos por la ley se realicen en la práctica. Esto incluye abordar las barreras formales que impiden que los migrantes accedan a los servicios, por ejemplo, enmendando las normas restrictivas y/o buscar limitar la pérdida del estatus de visa temporal y regularizar el estatus de las personas sin visa, pero también las barreras informales como las brechas de información, los problemas relacionados con el idioma y los costos prohibitivos. Además, los migrantes deben tener acceso seguro a la asistencia humanitaria sin temor a ser arrestados, detenidos o deportados. En toda circunstancia, la consideración primordial debe ser tratar a los migrantes con humanidad, teniendo en cuenta sus vulnerabilidades y necesidades de protección específicas y respetar sus derechos según el derecho internacional.



## Conclusión

La investigación confirma que los migrantes enfrentan importantes consecuencias humanitarias debido a la exacerbación de las barreras existentes (y la evolución de nuevos desafíos) en el acceso a los servicios básicos durante la pandemia COVID-19. Si bien el objetivo de las medidas de política relacionadas con COVID-19 era mejorar los resultados de salud pública, estas han contribuido a impedir que los migrantes puedan satisfacer sus necesidades básicas y vivir con seguridad y dignidad. Las barreras a los servicios básicos ponen en riesgo los esfuerzos de salud pública. Sin embargo, las respuestas de emergencia para ayudar a los migrantes han tendido a ser inconsistentes con las medidas de apoyo relacionadas con la pandemia implementadas para los ciudadanos o los residentes permanentes de los países. Los migrantes han sido frecuentemente excluidos de las políticas de apoyo socioeconómico a pesar de desempeñar un papel clave en los esfuerzos de respuesta y de recuperación, de estar sobrerrepresentados en los sectores más afectados por la pandemia y de verse afectados por las mismas medidas de prevención y de control que las comunidades de acogida. De hecho, el COVID-19 ha puesto aún más al descubierto las barreras sistémicas y las desigualdades subyacentes en el acceso a servicios básicos por parte de los migrantes y a menudo ampliado las brechas de apoyo, dando lugar a crecientes preocupaciones sobre si los países incluirán a todos los migrantes, independientemente de su situación

legal, en las campañas de vacunación contra el COVID-19. Al reconocer que los entornos de políticas difieren entre países, la investigación ha revelado que los migrantes, a lo largo de sus viajes y en varios contextos, corren un mayor riesgo de sufrir los impactos directos e indirectos del virus y que enfrentan, en diversos grados, barreras comunes para acceder a los servicios básicos debido a políticas preexistentes y específicas al COVID-19. Las barreras sistémicas y de larga data no han desaparecido, sino que más bien se han amplificado en esta crisis de salud pública a nivel mundial, con nuevos desafíos emergentes que colocan a los migrantes en un mayor riesgo de infección y de transmisión de COVID-19.

Las políticas para apoyar a los migrantes han sido en gran medida reactivas y ad hoc, en lugar de inclusivas desde el principio. Si bien estas medidas son bienvenidas, no son suficientes para satisfacer las necesidades de los migrantes y han dado lugar a niveles de apoyo discriminatorios, generando riesgos para la salud y la seguridad individual y públicas. Es necesario aunar esfuerzos, tanto en políticas como en la práctica, para garantizar un acceso equitativo y eficaz a los servicios básicos, incluyendo a la realización de pruebas, al tratamiento y a las vacunas contra el COVID-19, para todos los migrantes, independientemente de su situación legal. Esto conviene y nos beneficia a todos.



Amina, de la Cruz Roja de Níger, habla con un migrante recién llegado a un centro de apoyo en Niamey

## Apéndice 1 - Metodología y demografía

País	Detalles adicionales de metodología y demografía de muestra
<b>AUSTRALIA</b>	<p>Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Encuesta en línea: 1,925 respuestas válidas recolectadas en un período de dos semanas (del 9 al 27 de octubre de 2020) por medio de SurveyMonkey en seis idiomas. Se envió un correo electrónico con enlaces a la encuesta en el idioma correspondiente a 21,904 migrantes que habían accedido por lo menos a un pago de ayuda de emergencia de la Cruz Roja Australiana entre abril y septiembre de 2020 (la tasa de respuesta a la encuesta fue del 8%). A las personas se les dio la opción de realizar la encuesta por teléfono en lugar de en línea. Se completaron 11 encuestas por teléfono.</li><li>Entrevistas semiestructuradas: Se entrevistaron 24 migrantes que acceden a los servicios de la Cruz Roja Australiana (12 con visas temporales y 12 migrantes indocumentados). Se entrevistó a 22 partes interesadas externas en todos los estados y territorios, incluyendo proveedores de servicios, actores humanitarios, redes de migrantes, organizaciones comunitarias y gobiernos.</li><li>Discusiones de grupos focales (DGF): 1 DGF con personas con visas temporales y migrantes indocumentados (30 participantes en total). 5 DGF internas con personal y voluntarios de la Cruz Roja Australiana (incluyendo trabajadores sociales, funcionarios de apoyo y personal directivo).</li></ul> <p>Demografía de los encuestados en línea:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Sexo: Femenino (61%); Masculino (39%).</li><li>Composición del hogar: Persona adulta soltera (72%); Pareja (18%); Pareja con niños (8%); Persona adulta soltera con niños (2%).</li><li>País de origen: China (excluyendo SARS y Taiwán) (24%); Nepal (21%); Filipinas (12%); India (10%); Tailandia (7%); Malasia (4%); Vietnam (4%); Colombia (3%); Sri Lanka (2%); Corea del Sur (1%); otro (13%).</li><li>Tipo de visa: Estudiante internacional (69%); Visa puente (11%); Graduado temporal (8%); Trabajo en vacaciones (3%); Otras Temporales (4%); Residente temporal (empleado calificado) (3%); Visitante (1%); Residente temporal (otros empleados) (1%).</li><li>Cantidad de años en Australia: Menos de 1 año (18%); 1-3 años (51%); 3-5 años (19%); 5-7 años (7%); más de 7 años (5%).</li><li>Miembros con incapacidad en el hogar: No (93%); Sí (3%); No está seguro (4%).</li></ul>
<b>COLOMBIA</b>	<p>Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Se desarrolló un cuestionario de encuesta para conocer mejor el impacto de la pandemia en los migrantes y validar los supuestos, basándose en fuentes secundarias y datos proporcionados por las operaciones de la Cruz Roja usando un enfoque de participación comunitaria y rendición de cuentas ante la comunidad de junio a diciembre de 2020.</li><li>El propósito de la encuesta fue evaluar la situación de acceso a servicios de los migrantes en La Guajira/ Maicao y Vichada, con un enfoque particular en los servicios de protección para los jóvenes, el acceso a la información y las percepciones de estigmatización.</li><li>Se encuestaron 203 migrantes (con un enfoque en los migrantes indígenas, incluyendo los migrantes en tránsito, los migrantes estacionales y los migrantes indocumentados).</li><li>También se realizaron 2 DGF con migrantes que acceden a servicios de Cruz Roja.</li></ul> <p>Demografía de los encuestados:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Sexo: Femenino (56%); Masculino (44%).</li><li>Situación migratoria: migrantes estacionales (97%); migrantes permanentes (2%); migrantes transitorios (1%).</li><li>Período de residencia: 1 semana o menos (3%); 1 mes o menos (2%); 6 meses o menos (12%); más de 6 meses (83%).</li></ul>



País	Detalles adicionales de metodología y demografía de muestra
<b>EGIPTO</b>	<p>Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DGF con miembros de comunidades de migrantes y refugiados y entrevistas a profundidad con líderes comunitarios realizadas en 5 localidades. Todas las sesiones se llevaron a cabo en centros de la Media Luna Roja de Egipto excepto una, que se realizó en un centro administrado por una organización socia. Todos los centros se encuentran en Cairo, Egipto.</li> <li>• Los miembros de las comunidades de migrantes y refugiados fueron invitados por medio de los coordinadores del centro de la Media Luna Roja de Egipto y los líderes comunitarios en 5 lugares diferentes.</li> <li>• Se realizaron un total de 10 DGF y 5 entrevistas a profundidad. Los participantes no tenían que haber accedido a los servicios de la Media Luna Roja de Egipto para participar.</li> <li>• Cada DGF incluyó a 6 participantes, para garantizar la aplicación de las recomendaciones de distanciamiento social para el COVID-19.</li> <li>• Se consideraron sesiones de DGF separadas por sexo y grupo etario.</li> <li>• Un total de 60 personas participaron en los DGF, además de los 5 líderes comunitarios que se sumaron a las entrevistas a profundidad.</li> </ul> <p>Información demográfica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo: DGF: Masculino (50%); Femenino (50%). Líderes comunitarios: 2 hombres, 3 mujeres.</li> <li>• Edad: 18-25 (17%); 26-40 (49%); 41-60 (32%).</li> <li>• País de origen: Sudán (30%); Siria (19%); Somalia (19%); Yemen (14%); Sudán del Sur (7%); Etiopía (5%); Eritrea (5%); Djibouti (2%).</li> <li>• Situación migratoria: Refugiado registrado (69%), Solicitante de asilo en espera del resultado de la solicitud (24%); Migrante (3%); No registrado (3%).</li> <li>• Educación: Educación terciaria (41%), Secundaria (24%); Posgrado (5%), Primaria (8%); Preparación (8%); Vocacional (3%) En línea (3%); Analfabeta (7%).</li> </ul>
<b>ETIOPÍA</b>	<p>Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se utilizaron fuentes primarias y secundarias de datos para realizar el estudio.</li> <li>• Las fuentes primarias incluyeron una encuesta cuantitativa, entrevistas con informantes clave, estudio de caso y observación.</li> <li>• Se realizaron entrevistas a informantes clave a 13 miembros del personal del programa, incluyendo Cruz Roja de Etiopía, Cruz Roja Danesa y el CICR.</li> <li>• Se incluyeron dos análisis a profundidad de casos críticos de migrantes que acceden al apoyo de la Cruz Roja.</li> <li>• Se recolectaron datos primarios cuantitativos de 93 migrantes retornados que recibieron apoyo económico y psicosocial de las oficinas de campo de la Cruz Roja Etíope en Debark y Shirka.</li> </ul> <p>Demografía de los encuestados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo: Femenino (80.6%); Masculino (19.4%).</li> <li>• Edad: Menos de 30 (83.9%); Más de 30 (16.1%)</li> <li>• Estado civil: Casado (50.5%); Soltero (26.9%); Divorciado (17.2%); Separado (3.2%); Viudo (2.2%).</li> <li>• País/ciudad de destino: Sudán (55.9%); Arabia Saudita (11.8%); Beirut (17.2%); Dubái (9.7%); Eritrea (1.1%); Kuwait (2.2%); Yemen (1.1%).</li> </ul>

País	Detalles adicionales de metodología y demografía de muestra
<b>FILIPINAS</b>	<p>Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El investigador revisó políticas y documentos pertinentes, realizó una encuesta, DGF y entrevistas a informantes clave en la provincia de Ilo-Ilo, Negros Occidental, Misamis Oriental y Zamboanga del Sur.</li> <li>• Se utilizó una modalidad virtual para la DGF y las entrevistas a informantes clave.</li> <li>• La encuesta incluyó una combinación de consultas presenciales y virtuales.</li> <li>• Se entrevistó a personas varadas localmente, migrantes retornados, personal de respuesta a COVID-19 y administradores de la Cruz Roja Filipina y funcionarios del gobierno local y de agencias de línea.</li> </ul> <p>Demografía de los encuestados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nacionalidad: Filipina (99%); Otra (1%).</li> <li>• Sexo: Masculino (58%); Femenino (41.5%), Prefirieron no decir (0.5%).</li> <li>• Edad: La edad media fue de 33.9 años.</li> <li>• Situación migratoria: Migrante interno (74%); Filipinos trabajando en el extranjero (23%); Migrantes devueltos de Malasia (3%).</li> <li>• Fuente principal de ingresos: Empleador privado (47%); Ninguno (32%); Autoempleado (11%); Gobierno (7%); Otro (2%).</li> <li>• La mayoría de los encuestados viajó desde Luzón (77%), incluyendo los trabajadores filipinos en el extranjero varados durante el confinamiento. La muestra también incluyó a individuos varados localmente en Visayas (17%) y en algunas partes de Mindanao (6%).</li> </ul>
<b>REGIÓN DEL SAHEL</b>	<p>Los datos de la Región del Sahel contenidos en este informe se basan en gran medida en el programa AMiRA y en el informe de la FICR (2020) llamado: <i>Riesgos y Resiliencia: Explorando las experiencias de los migrantes y de las comunidades de acogida durante la pandemia de COVID-19 en África Occidental</i>. Los datos para el informe de la FICR se recolectaron entre agosto y octubre de 2020 en el marco de tres pilares principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión documental de las investigaciones existentes.</li> <li>• Entrevistas a informantes clave remotas a 59 personas, focalizando a dos grupos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actores humanitarios en la región, incluyendo 35 miembros del personal de la Cruz Roja a nivel mundial y regional, así como a los niveles administrativos de las Sociedades Nacionales en Gambia, Guinea, Níger, Chad y Senegal; 22 representantes de ONG nacionales e internacionales y agencias de las Naciones Unidas que implementan proyectos de migración en los cinco países de interés, además de algunos encuestados selectos con un mandato regional más amplio</li> <li>- Dos informantes clave adicionales de una universidad en África Occidental y un actor religioso que presta servicios a los migrantes.</li> </ul> </li> <li>• La recolección de datos cualitativos sobre el terreno en Guinea y Níger que alcanzó a 180 personas, incluyendo entrevistas con 20 informantes clave como autoridades locales y líderes comunitarios; entrevistas con 16 miembros del personal de campo y socios de la Cruz Roja; y 23 DGF con migrantes actuales, retornados y miembros de la comunidad de acogida.</li> </ul> <p>Para este informe también se obtuvieron datos secundarios de: Bluet, K. y Davy, D. (2020) <i>Acceso a servicios esenciales para personas en movimiento en la región de la CEDEAO - Un informe sobre los marcos legales y barreras a la libertad de movimiento, residencia y establecimiento y al acceso a la atención sanitaria, a educación, al empleo, a la vivienda y a la asistencia legal</i>, ACNUR y Clúster del Sahel de la FICR.</p>

continúa en la siguiente página



País	Detalles adicionales de metodología y demografía de muestra
<b>REGIÓN DEL SAHEL (CONT.)</b>	<p>La información para el borrador del estudio de caso de la Cruz Roja Británica (BRC) <i>Comprensión de la trata de personas a lo largo de la ruta migratoria: Un análisis del contexto del Sahel con un enfoque en Burkina Faso</i> (diciembre de 2020) se recabó mediante una revisión documental de la literatura, artículos, leyes y políticas pertinentes. Este análisis se complementó con entrevistas a distancia con colegas de Cruz Roja Española, Cruz Roja de Burkina Faso y otras organizaciones internacionales, específicamente la OIM y UNICEF, para un total de nueve entrevistas. La investigación se realizó desde mediados de septiembre hasta finales de octubre de 2020. Burkina Faso fue seleccionado como país de interés después de que representantes de la BRC expresaron interés y voluntad de participar en esta evaluación. Los informantes clave se identificaron en cooperación con el punto focal de Apoyo Psicosocial y Protección de la BRC, específicamente: 2 Asistentes Sociales, Programa AMiRA BRC, Dori; 1 Coordinador de campo, Programa AMiRA BRCS, Ouagadougou; 1 punto focal de APS/Protección, programa AMiRA BRC; 1 punto focal de protección de grupos vulnerables BRC; 1 coordinador de salud BRC; 1 Coordinador del Programa AMiRA, Cruz Roja Española; 1 Oficial de Protección OIM Ouagadougou; 1 Especialista en protección infantil, UNICEF Ouagadougou.</p>
<b>SUDÁN</b>	<p>Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizó un estudio descriptivo de las comunidades de migrantes en el Estado Norte de Sudán, incluyendo los migrantes irregulares que cruzan la frontera con Egipto y Libia; trabajadores estacionales; y personas desplazadas de las montañas Nuba.</li> <li>• La localidad de Dongola fue seleccionada para ser focalizada debido a la presencia del principal centro de aislamiento para COVID-19 y de los centros de recepción para migrantes varados de Egipto y los devueltos de Libia.</li> <li>• El tamaño de la muestra para el cuestionario fue de 385 personas. El cuestionario/encuesta abordó los servicios de salud y tratamiento para migrantes, el papel de la Media Luna Roja, los impactos del COVID-19 en los medios de vida de los migrantes y el acceso a servicios básicos.</li> <li>• Se realizaron entrevistas a informantes clave a departamentos gubernamentales, actores de la Media Luna Roja, autoridades locales y migrantes (de Etiopía, Sudán del Sur y los desplazados de las montañas Nuba).</li> <li>• Se utilizó el Programa de Análisis Estadístico (SPSS) para analizar los datos recolectados.</li> <li>• También se consultaron fuentes secundarias, incluyendo leyes relativas a migración y las medidas migratorias adoptadas por el país y por el gobierno del Estado Norte, informes de la Sociedad de la Media Luna Roja de Sudán e informes del Ministerio de Salud en materia de COVID-19.</li> </ul> <p>Demografía de los encuestados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo: Femenino (67.3%); Masculino (32.7%).</li> <li>• Edad: Menos de 30 (27.8%); 30-40 (27%); 40-50 (18.6%); Más de 50 (26.6%).</li> <li>• Hogar: Casados (83.4%); Solteros (16.6%).</li> </ul>

País	Detalles adicionales de metodología y demografía de muestra
<b>SUECIA</b>	<p>Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolección de datos primarios cualitativos, que consisten en 33 entrevistas y seis grupos focales.</li> <li>• Para las entrevistas y los grupos focales se utilizaron preguntas semiestructuradas, y los datos recolectados se utilizaron de forma inductiva para evaluar el impacto del COVID-19 en los migrantes y en las operaciones de la Cruz Roja Sueca.</li> <li>• Debido a la pandemia y las consiguientes restricciones de viaje, las entrevistas y los grupos focales se llevaron a cabo en la plataforma digital Microsoft Teams.</li> <li>• Un total de 19 personas participaron en los grupos focales digitales, incluyendo voluntarios de las filiales locales, personal dentro de áreas específicas de operaciones, así como gerentes de centros de tratamiento.</li> <li>• 11 de las entrevistas fueron con colegas de varios departamentos de la Cruz Roja Sueca.</li> <li>• Se realizaron 23 entrevistas con migrantes: 12 se realizaron en coordinación con un centro de servicios de atención de la Cruz Roja Sueca; 4 se realizaron en persona en una filial local de la Cruz Roja Sueca; 4 se realizaron en un alojamiento con solicitantes de asilo; y 3 fueron vía teléfono.</li> <li>• Se consideraron las investigaciones académicas pertinentes y en curso en materia de salud pública e información de informes publicados anteriormente por la Cruz Roja Sueca.</li> </ul>
<b>REINO UNIDO</b>	<p>La información contenida en este informe se basa en los hallazgos de la siguiente colección de investigaciones primarias, datos disponibles públicamente, conocimientos operativos y evaluaciones recopiladas por la Cruz Roja Británica (BRC). Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Testimonio de primera mano compartido por seis miembros de la red VOICES, una red de personas con experiencia directa en la búsqueda de asilo en el Reino Unido abogando por cambiar las políticas y las prácticas.</li> <li>• Trabajo de campo primario cualitativo, que incluye 2 DGF y 5 entrevistas a profundidad realizadas por medio de Zoom con participantes de una variedad de zonas bajo restricciones locales adicionales de julio a diciembre de 2020.</li> <li>• Información cualitativa y cuantitativa de los servicios de primera línea de la BRC, incluyendo los servicios de Apoyo a Refugiados y de Restablecimiento de Contacto entre Familiares en las cuatro naciones del Reino Unido.</li> <li>• Fuentes de datos públicos que incluyen estadísticas de inmigración del Ministerio del Interior del Reino Unido, estadísticas de abuso doméstico de la Oficina de Estadísticas Nacionales y datos de personas sin techo publicados por la Asociación de Gobiernos Locales.</li> <li>• Información e investigaciones pertinentes del sector legal y voluntario en el Reino Unido.</li> </ul>



## Apéndice 2 - Políticas clave en materia de COVID-19 y estadísticas de migración en los países de la investigación

### AUSTRALIA

<b>Estadísticas de Migración</b>	7.7 millones de migrantes (30.1% de la población) <sup>91</sup>
<b>Contexto de COVID-19</b> (al 24 de enero de 2021)	Primer caso de COVID-19 confirmado el 25 de enero de 2020 28,761 casos 909 muertes <sup>92</sup>
<b>Medidas generales de políticas y de salud pública relacionadas con COVID-19</b> (aplicable a todas las personas en el país)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prohibición de viajes internacionales</li> <li>- Restricción de viajes internos</li> <li>- Establecimiento de medidas de confinamiento, incluyendo el cierre de ciertos lugares comerciales, espacios públicos y negocios, restricciones de movimiento, límites a las reuniones</li> <li>- Establecimiento de distanciamiento físico</li> <li>- Cuarentena obligatoria en hoteles durante 14 días para los viajeros provenientes del extranjero, a excepción de los provenientes de Nueva Zelanda<sup>93</sup></li> <li>- Mandatos de uso de mascarillas en ciertos lugares</li> <li>- El resurgimiento de COVID-19 a nivel regional provocó un nuevo confinamiento en Melbourne de julio a septiembre de 2020</li> <li>- En noviembre de 2020, Australia del Sur implementó un confinamiento estricto e inmediato durante tres días después de la propagación de un grupo de casos en una comunidad.</li> <li>- En diciembre de 2020, un brote en Sídney provocó restricciones más estrictas</li> </ul>
<b>Medidas de política seleccionadas específicas al acceso (o falta del mismo) de los migrantes a servicios básicos y apoyo (incluyendo las medidas específicas al COVID-19)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Migrantes con visas temporales excluidos en gran medida de los principales paquetes de apoyo en materia de ingresos relacionado con COVID-19 (incluyendo los relacionados con JobKeeper<sup>94</sup> y JobSeeker<sup>95</sup>).</li> <li>- Cambios en políticas a nivel estatal y territorial para la realización gratuita de pruebas y tratamientos para COVID-19<sup>96</sup> para todos, independientemente del estatus.</li> <li>- Pagos limitados de ayuda de emergencia disponibles para algunos migrantes con visas temporales y migrantes indocumentados (apoyados por el gobierno federal y los gobiernos estatales y territoriales).</li> <li>- Migrantes con visas temporales y migrantes indocumentados no elegibles en gran medida para el sistema de salud pública (Medicare).</li> <li>- Enmiendas a algunas condiciones de visa para evitar que los migrantes se encuentren en situación irregular y para ayudar a las personas a seguir trabajando en sectores clave,<sup>97</sup> extender el total de horas de trabajo permitidas para estudiantes en industrias clave, incluyendo la atención sanitaria.<sup>98</sup></li> <li>- Concesiones relacionadas con COVID-19 para ciertas clases de visas temporales.<sup>99</sup></li> <li>- Flexibilidad para determinar el cumplimiento de visas de los estudiantes internacionales.<sup>100</sup></li> <li>- Suspensión temporal de los desalojos (según el estado/territorio) e inclusión de los migrantes en la elegibilidad para recibir algún tipo de apoyo a la vivienda en caso de crisis o planes de alivio de alquiler (según el estado de residencia).</li> <li>- Incluir a algunos migrantes con visas temporales en los Pagos de Licencia en situaciones de Desastre por Pandemia.<sup>101</sup></li> <li>- Vacuna contra el COVID-19 gratuita para todas las personas con visas.<sup>102</sup></li> </ul>

---

## COLOMBIA

---

<b>Estadísticas de Migración</b>	1.9 millones de migrantes (3.7% de la población) <sup>103</sup>
<b>Contexto de COVID-19</b> (al 24 de enero de 2021)	Primer caso de Covid-19 el 6 de marzo de 2020 1.987,418 casos 56,586 muertes <sup>104</sup>
<b>Medidas generales de políticas y de salud pública relacionadas con COVID-19</b> (aplicable a todas las personas en el país)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Declaración de estado de emergencia el 17 de marzo de 2020</li><li>- Imposición de cuarentena del 25 de marzo al 1 de septiembre de 2020</li><li>- Prohibición de viajes internacionales</li><li>- Restricción de viajes internos</li><li>- Establecimiento de medidas de confinamiento, incluyendo el cierre de ciertos lugares comerciales, espacios públicos y negocios, restricciones de movimiento, límites a las reuniones y distanciamiento físico</li></ul>
<b>Medidas de política seleccionadas específicas al acceso (o falta del mismo) de los migrantes a servicios básicos y apoyo (incluyendo las medidas específicas al COVID-19)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Decreto 330 (2001) del Ministerio de Salud y Protección Social permite y otorga personería jurídica para el establecimiento de entidades indígenas promotoras de la salud.</li><li>- La Ley 992 (2005) 'Acuerdo para el Desarrollo Integral y Asistencia Básica de las Poblaciones Indígenas Wayúu de la República de Colombia y de la República de Venezuela ' establece la colaboración para planes de desarrollo conjunto para mejorar las condiciones de vida de los Pueblos Indígenas Wayuu ubicados en zonas adyacentes y en ambos lados de la frontera entre Colombia y Venezuela.</li><li>- La resolución 1272 (2017) de la Unidad Administrativa Especial de Migración de Colombia implementó el Permiso Especial de Permanencia (PEP) para los migrantes venezolanos.</li><li>- La Circular Conjunta No. 16 (2018) permite que los niños migrantes se matriculen en el sistema educativo nacional, tengan o no la documentación requerida.</li><li>- La Sentencia T210 (2018) de la Corte Circular ratificó el derecho a la salud, independientemente del estatus.</li><li>- El Decreto 117 (28 de enero de 2020) se refiere a la regularización de los migrantes en Colombia (Permiso Especial de Permanencia para el Fomento de la Formalización (PEPFF)) y otorga un permiso especial de permanencia a los migrantes venezolanos avalados por un empleador.</li><li>- La Resolución 285 (12 de marzo de 2020) del Ministerio de Salud y Protección Social declaró emergencia sanitaria en todo el país e instó a los gobiernos locales a tomar medidas de prevención y control para minimizar los riesgos de contagio entre los migrantes.</li><li>- La Circular 015 (13 de marzo de 2020) del Ministerio de Salud y Protección Social incluyó recomendaciones específicas para abordar los riesgos de COVID-19 entre los grupos indígenas, incluyendo el aislamiento preventivo obligatorio.</li><li>- Acceso a la vacuna contra el COVID-19: el gobierno anunció un plan para regularizar a los migrantes y refugiados de Venezuela al otorgarles un estatus de protección temporal durante 10 años, lo que contribuirá a facilitar el acceso a las vacunas, incluso para los migrantes indocumentados.</li></ul>

---



## EGIPTO

<b>Estadísticas de Migración</b>	543,900 migrantes (0.5% de la población) <sup>105</sup>
<b>Contexto de COVID-19</b> (al 24 de enero de 2021)	Primer caso de COVID-19 el 14 de febrero de 2020 161,143 casos 8,902 muertes <sup>106</sup>
<b>Medidas generales de políticas y de salud pública relacionadas con COVID-19</b> (aplicable a todas las personas en el país)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prohibición de viajes internacionales</li> <li>- Establecimiento de un toque de queda parcial</li> <li>- Cierre del transporte público</li> <li>- Establecimiento de medidas de confinamiento, restricciones de movimiento y distanciamiento físico</li> <li>- Mandatos de uso de mascarillas en ciertos lugares</li> </ul>
<b>Medidas de política seleccionadas específicas al acceso (o falta del mismo) de los migrantes a servicios básicos y apoyo (incluyendo las medidas específicas al COVID-19)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampliación de los servicios de salud a fin de garantizar la inclusión de migrantes y refugiados registrados en la realización de pruebas y tratamiento para COVID-19.</li> <li>- Suspensión temporal de devoluciones (no deportaciones).</li> <li>- Prórroga excepcional de visas y permisos de residencia vencidos emitida por el gobierno; se permite a los migrantes utilizar documentos vencidos para acceder a algunos servicios; se permite a personas autorizadas renovar visas sin penalización ni multas (incluyendo personas con visas de turista o permisos de residencia vencidos).</li> <li>- Alojamiento temporal apoyado por el gobierno para mujeres refugiadas que sufren violencia doméstica.</li> <li>- Establecimiento de un fondo gubernamental para trabajadores afectados por la pérdida de empleo debido a la pandemia, pero no se incluye a trabajadores migrantes.</li> <li>- Vacuna contra el COVID-19 gratuita para todos los ciudadanos egipcios.</li> </ul>

## ETIOPÍA

<b>Estadísticas de Migración</b>	1.1 millones de migrante (0.9% de la población) <sup>107</sup>
<b>Contexto de COVID-19</b> (al 24 de enero de 2021)	Primer caso de Covid-19 el 14 de marzo de 2020 133,298 casos 2,063 muertes <sup>108</sup>
<b>Medidas generales de políticas y de salud pública relacionadas con COVID-19</b> (aplicable a todas las personas en el país)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Declaración de estado de emergencia del 8 de abril a principios de septiembre de 2020</li> <li>- Prohibición de viajes internacionales con cuarentena obligatoria al llegar al país</li> <li>- Restricción de viajes internos</li> <li>- Cierre del transporte público</li> <li>- Cierre de ciertos negocios comerciales, escuelas, prohibición de reuniones públicas y medidas de distanciamiento social</li> </ul>
<b>Medidas de política seleccionadas específicas al acceso (o falta del mismo) de los migrantes a servicios básicos y apoyo (incluyendo las medidas específicas al COVID-19)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prohibición de despidos por parte de empleadores privados.</li> <li>- La Administración de Asuntos de Refugiados y Retornados y la Agencia Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres brindan apoyo a los migrantes retornados.</li> </ul>

---

## FILIPINAS

---

<b>Estadísticas de Migración</b>	225,500 migrantes (.5% de la población) <sup>109</sup>
<b>Contexto de COVID-19</b> (al 24 de enero de 2021)	Primer caso de COVID-19 el 30 de enero de 2020 511,679 casos 10,190 muertes <sup>110</sup>
<b>Medidas generales de políticas y de salud pública relacionadas con COVID-19</b> (aplicable a todas las personas en el país)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Declaración de Cuarentena Comunitaria Aumentada de marzo a julio de 2020</li><li>- Restricción de viajes internos e internacionales</li><li>- Medidas de confinamiento, incluyendo cierre de empresas, escuelas</li><li>- Cumplimiento de protocolos sanitarios (uso de mascarilla, cuarentena obligatoria, etc.)</li></ul>
<b>Medidas de política seleccionadas específicas al acceso (o falta del mismo) de los migrantes a servicios básicos y apoyo (incluyendo las medidas específicas al COVID-19)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Creación del Grupo de Trabajo Nacional contra el COVID-19 y desarrollo de las directrices operativas para el Manejo de Personas Varadas Localmente (LSI).</li><li>- Provisión de apoyo, incluyendo alimentos, atención sanitaria, alojamiento temporal y transporte, a las LSI, incluyendo los trabajadores migrantes internos, los trabajadores filipinos en el extranjero retornados y los migrantes extranjeros.</li><li>- La Ley de la República 8042 o la “Ley de trabajadores migrantes y filipinos en el extranjero de 1995” enfatiza que el estado, en todo momento, debe defender la dignidad de sus ciudadanos, ya sea en el país o en el extranjero.</li></ul>

---

## REGIÓN DEL SAHEL

---

<b>Estadísticas de Migración</b>	7.6 millones de migrantes en África occidental <sup>111</sup>
<b>Contexto de COVID-19</b> (al 24 de enero de 2021)	Primer caso de COVID-19 en febrero de 2020 en Nigeria <sup>112</sup> 209,912 casos 3,434 muertes <sup>113</sup>
<b>Medidas generales de políticas y de salud pública relacionadas con COVID-19</b> (aplicable a todas las personas en el país)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Los gobiernos de Burkina Faso, Guinea, Malí y Níger cerraron fronteras, impusieron toques de queda y cerraron espacios públicos (incluyendo lugares de culto, instituciones educativas, sector hotelero)</li><li>- Restricciones de movimiento y suspensión del transporte interurbano en Burkina Faso</li><li>- Congregación limitada de personas, de 20 personas en Guinea hasta un máximo de 50 personas en Malí.</li><li>- Mandatos de uso de mascarillas en espacios públicos en muchos países, como Guinea y Níger.</li><li>- Horas de trabajo oficiales limitadas en Malí</li></ul>
<b>Medidas de política seleccionadas específicas al acceso (o falta del mismo) de los migrantes a servicios básicos y apoyo (incluyendo las medidas específicas al COVID-19)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- El movimiento interno dentro de la región del Sahel está regulado por el <i>Protocolo de CEDEAO relativo al Libre Movimiento de Personas, el Derecho de Residencia y Establecimiento de 1979</i>, que permite a los ciudadanos de los 15 estados miembros de la CEDEAO movilizarse dentro del territorio del bloque,<sup>114</sup> pero en realidad muchos experimentan dificultades como la extorsión, el soborno y abuso verbal y físico.</li><li>- En Níger, la aplicación de la ley 036/2015<sup>115</sup> ha sido una barrera para los migrantes indocumentados.</li><li>- Los migrantes irregulares a menudo dependen de los traficantes, ya que son legalmente vulnerables y (fuera de la CEDEAO) pueden tener derechos limitados para acceder a los servicios.</li></ul>

---



## SUDÁN

<b>Estadísticas de Migración</b>	1.4 millones de migrantes (3.19% de la población) <sup>116</sup>
<b>Contexto de COVID-19</b> (al 24 de enero de 2021)	Primer caso de Covid-19 el 23 de marzo de 2020 28,233 casos 1,707 muertes <sup>117</sup>
<b>Medidas generales de políticas y de salud pública relacionadas con COVID-19</b> (aplicable a todas las personas en el país)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confinamiento parcial, medidas de distanciamiento físico, rastreo de contactos, cuarentena y aislamiento durante seis meses.</li> <li>- La segunda ola en noviembre de 2020 condujo a restricciones en los días laborales del personal del gobierno, lo que permitió a los trabajadores vulnerables no ir a trabajar</li> <li>- Algunas universidades cerraron</li> <li>- Se fomentan las medidas de higiene y salud, incluyendo el uso de mascarillas</li> </ul>
<b>Medidas de política seleccionadas específicas al acceso (o falta del mismo) de los migrantes a servicios básicos y apoyo (incluyendo las medidas específicas al COVID-19)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La vacuna contra el COVID-19 será accesible para los grupos de alto riesgo, incluyendo las personas desplazadas y las personas solicitando asilo.</li> </ul>

---

## SUECIA

---

<b>Estadísticas de Migración</b>	2 millones de migrantes (19.8% de la población) <sup>118</sup>
<b>Contexto de COVID-19</b> (al 24 de enero de 2021)	Primer caso de COVID-19 el 31 de enero de 2020 547,166 casos 11,005 muertes <sup>119</sup>
<b>Medidas generales de políticas y de salud pública relacionadas con COVID-19</b> (aplicable a todas las personas en el país)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Restricciones de viaje</li><li>- Medidas de distanciamiento físico relacionadas con una serie de situaciones como reuniones públicas y privadas, transporte público, empresas.</li><li>- Cierre de escuelas secundarias y universidades (pasadas a ser en línea)</li><li>- Recomendaciones generales para la Agencia Sueca de Migración, la Agencia Sueca de Libertad Condicional y la Junta Nacional Sueca de Atención Institucional (que se ocupa de las personas privadas de libertad)<sup>120</sup></li></ul>
<b>Medidas de política seleccionadas específicas al acceso (o falta del mismo) de los migrantes a servicios básicos y apoyo (incluyendo las medidas específicas al COVID-19)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- La Ley de Enfermedades Transmisibles (2004:168) regula la respuesta a brotes y a amenazas de brotes de enfermedades contagiosas, y cubre la realización de pruebas y tratamiento de COVID-19.</li><li>- Ley de Extranjería (2005:716).</li><li>- Ley sobre limitaciones temporales a la posibilidad de obtener un permiso de residencia en Suecia, 2016:752 (prorrogado el 20 de julio de 2019 [2019: 481]).</li><li>- Ley de Recepción de Solicitantes de Asilo y Otros (1994: 137).</li><li>- Ley de Servicios Sociales de Suecia (SFS, 2001).</li><li>- Ley de Asistencia Sanitaria para Solicitantes de Asilo et al. (SFS 2008:344) - Las personas que buscan asilo tienen derecho a atención médica y odontológica de emergencia, y atención médica “que no puede aplazarse ni diferirse”. Además, también tienen derecho a atención durante el parto, atención de aborto, asesoramiento sobre anticoncepción, atención de maternidad.</li><li>- Los niños y jóvenes menores de 18 años que solicitan asilo tienen derecho a la misma atención médica y odontológica que los niños residentes en Suecia.</li><li>- Ley sobre Atención Sanitaria para Ciertos Extranjeros en Suecia sin los Documentos Necesarios (SFS 2013: 407) - Los migrantes indocumentados mayores de 18 años tienen derecho a atención médica y odontológica que no puede aplazarse. Deben mencionarse los migrantes indocumentados menores de 18 años.</li><li>- Apoyo económico prolongado a empresas recién creadas, entre las que están sobrerrepresentadas las empresas manejadas por migrantes.</li><li>- Vacuna contra el COVID-19 gratuita para todos los residentes suecos. La Asociación Sueca de Autoridades Locales y Regiones (SALAR) recomienda la inclusión de todas las personas que viven o residen permanentemente en Suecia.</li></ul>

---



## REINO UNIDO

<b>Estadísticas de Migración</b>	9.4 millones de migrantes (18.8% de la población) <sup>122</sup>
<b>Contexto de COVID-19</b> (al 24 de enero de 2021)	Primer caso de COVID-19 el 31 de enero de 2020 3,617,463 casos 97,329 muertes <sup>123</sup>
<b>Medidas generales de políticas y de salud pública relacionadas con COVID-19</b> (aplicable a todas las personas en el país)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Restricciones de viaje</li> <li>- Medidas de confinamiento que incluyen cierre de locales de entretenimiento y hoteleros, negocios no esenciales, escuelas</li> <li>- Medidas de distanciamiento físico</li> <li>- El 10 de mayo, el gobierno estableció una hoja de ruta para facilitar el confinamiento en Inglaterra (Escocia, Gales e Irlanda del Norte tienen reglas separadas).</li> <li>- La segunda ola llevó a un segundo confinamiento en todo el país el 5 de noviembre.<sup>124</sup></li> </ul>
<b>Medidas de política seleccionadas específicas al acceso (o falta del mismo) de los migrantes a servicios básicos y apoyo (incluyendo las medidas específicas al COVID-19)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muchas de las medidas de apoyo al bienestar social introducidas no han incluido a los migrantes que “no tienen derecho a fondos públicos”.</li> <li>- Los pagos de bienestar social del Crédito Universal Básico aumentaron en £ 20 por semana, pero el Apoyo al Asilo aumentó en £ 1.75/semana inicialmente.</li> <li>- Esquema de Retención de Empleo relacionado con Coronavirus y Esquema de Apoyo en materia de ingresos de Trabajadores Autoempleados (no incluye a todos los migrantes y solicitantes de asilo).</li> <li>- El Ministerio del Interior anunció una suspensión de 3 meses de los desalojos de los alojamientos usados como apoyo al asilo, reconociendo los riesgos de no tener techo y de la indigencia.</li> <li>- Financiamiento del plan “Everyone In” para albergar a todos los que duermen a la intemperie durante la pandemia, que incluía a los migrantes.</li> <li>- Prohibición de desalojos de viviendas de alquiler privadas.</li> <li>- Financiamiento para que las autoridades locales proporcionen Asistencia en Efectivo para el Bienestar Local, suministro de alimentos de emergencia y otras necesidades esenciales.</li> <li>- Se está implementando la vacuna contra el COVID-19 gratuita para todos los residentes, incluyendo los migrantes, pero no se han abordado las barreras existentes para registrarse con un médico y los temores relacionados con el intercambio de datos entre los servicios de salud y los servicios de control de inmigración.</li> </ul>

# Nota final

1. La FICR utiliza una descripción deliberadamente amplia de "migrantes" como: "Personas que abandonan o huyen de su residencia habitual para ir a nuevos lugares, generalmente en el extranjero, en busca de oportunidades o de perspectivas mejores y más seguras. La migración puede ser voluntaria o involuntaria, pero casi siempre se debe a una combinación de decisiones y limitaciones. Por tanto, incluye, entre otros, migrantes laborales, migrantes apátridas y migrantes considerados irregulares por las autoridades públicas. También se refiere a los refugiados y a las personas que buscan asilo, a pesar de que constituyen una categoría especial en el derecho internacional y que el derecho internacional de los refugiados establece protecciones y derechos específicos para quienes caen dentro de su ámbito de aplicación." Política de Migración de la FICR (2009)
2. Para los fines de la investigación, servicios básicos son aquellos que se consideran esenciales para el bienestar y la dignidad de los migrantes, tales como, entre otros: acceso a cuidados de salud, incluyendo a la realización de pruebas de COVID-19, rastreo, tratamiento y vacunación; acceso a información oportuna, confiable y culturalmente apropiada; a alojamiento; a alimentación; a servicios de agua, saneamiento e higiene; a apoyo en medios de vida y de ingresos; y a servicios de protección.
3. Para más información, consulte la página web del CICR sobre Covid-19 and detention.
4. Para más información, consulte: CICR (2020), Recommendations on Including Camps and Camp-Like Settings in the Response to COVID-19 Pandemic
5. Para más información, consulte: CICR (2020), Note on the Protection of Migrants in light of the COVID-19 Pandemic; CICR (2020) Protection of Family Links during COVID-19 (ya que la separación familiar y la reunificación familiar son cuestiones particularmente pertinentes para los niños migrantes); CICR (2020), COVID-19 and International Humanitarian Law (se refiere a los migrantes, los solicitantes de asilo y los refugiados, y a los niños y la educación).
6. FICR (2020), Least Protected, Most Affected: Migrants and refugees facing extraordinary risks during the COVID-19 pandemic
7. El CICR no proporcionó la información obtenida como parte de su diálogo bilateral y confidencial con las autoridades.
8. Las personas varadas localmente se definen como: cualquier ciudadano extranjero o ciudadano filipino en una localidad específica dentro de Filipinas que haya expresado su intención de regresar a su lugar de residencia/origen. Podrían clasificarse como (i) trabajadores locales filipinos; (ii) estudiantes; (iii) turistas locales o extranjeros; (iv) persona varada en varias localidades mientras estaba en tránsito; y (v) otras personas varadas (Gobierno de Filipinas, Grupo de Trabajo Nacional contra COVID-19 2020-02, p. 2).
9. El objetivo de la Acción para los Migrantes: Programa de Asistencia basada en Ruta (AMiRA) de la Cruz Roja Británica es facilitar acceso a los servicios básicos y el respeto de los derechos de los migrantes a lo largo de las rutas migratorias, mediante la prestación de asistencia humanitaria, apoyo básico de salud, medios de vida, apoyo psicosocial, protección, información y sensibilización.
10. Bluet, K. y Davy, D. (2020) Access to essential services for people on the move in the ECOWAS Region: A report on legal frameworks and barriers to freedom of movement, residence and establishment, and access to healthcare, education, employment, housing and legal assistance, ACNUR y Clúster del Sahel de la FICR.
11. FICR (2020), Risks and Resilience: Exploring migrants' and host communities' experiences during the COVID-19 pandemic in West Africa
12. Lea más acerca de la Red de VOICES aquí.
13. UNDESA (2020), International Migration 2020 Highlights.
14. ODI (2020) Key workers: Migrants' contributions to the COVID-19 response.
15. Noticias ONU (2020) 'COVID-19: impact could cause equivalent of 195 million job losses, says ILO chief', Naciones Unidas, 8 de abril.
16. Sayeh, Antoinette y Chami, Ralph (2020) 'Lifelines in Danger: The COVID-19 pandemic threatens to dry up a vital source of income for poor and fragile countries' Finance and Development, Junio, Vol. 57:2.
17. OCDE (2021), 'OECD Economic Outlook - All editions', OECD Economic Outlook: Statistics and Projections (base de datos). Consultada el 11 de enero de 2021.
18. UNDESA (2019), 'The number of international migrants reaches 272 million, continuing an upward trend in all world regions, says UN', 19 de septiembre.
19. Instituto Global McKinsey (2016), Global Migration's Impact and Opportunity.
20. Naciones Unidas (2020) Policy Brief: COVID-19 and People on the Move. 4 de junio.
21. OIT (2018) 'New ILO figures show 164 million people are migrant workers', 5 de diciembre.
22. KNOMAS (2020) Migration and Development Brief 33: Phase II: COVID-19 Crisis through a Migration Lens.
23. Banco Mundial (2020) 'COVID-19 to Add as Many as 150 Million Extreme Poor by 2021', 7 de octubre.
24. OCDE (2020) 'What is the impact of the COVID-19 pandemic on immigrants and their children?', 19 de octubre
25. OIM (2020), COVID-19 Travel Restrictions Output, 26 de octubre.
26. ACNUR (2020) 'Forced displacement passes 80 million by mid-2020 as COVID-19 tests refugee protection globally', 9 de diciembre.
27. La Universidad de Oxford administra el sitio web "Our World in Data". Consulte los datos relativos a las políticas de realización de pruebas aquí.
28. Moloney, Anastasia y Bhalla, Nita (2021), 'Analysis: 'Invisible' migrants risk being last in line for COVID-19 vaccination' Reuters, 22 de enero.
29. Voz de Guanacaste (2021), 'I am an immigrant in Costa Rica. Can I get vaccinated against COVID-19?' 7 de enero.
30. Para más información, consulte el mapeo de las políticas europeas de vacunación contra el COVID-19 de la Plataforma para la Cooperación Internacional sobre Inmigrantes Indocumentados (PICUM) aquí. Consultado el 10 de febrero de 2021.
31. Arab News (2021), 'Will Turkey's refugees be vaccinated against the coronavirus?', 24 de enero.
32. Mavhinga, D. (2021), 'Ensuring Equitable Covid-19 Vaccine Distribution in South Africa', Human Rights Watch, 3 de febrero.
33. Valdinoci, Francesca (2021), 'Australians will get COVID-19 vaccine free, but these visa holders may have to pay', SBS, 19 de enero.
34. Consulte el siguiente comunicado de prensa emitido por el Departamento de Salud del Gobierno de Australia el 4 de febrero de 2021: 'Greater access - additional 10 million Pfizer-BioNTech vaccines'.
35. The Local (2020) 'Covid-19: What's Sweden's priority list for the vaccine?', 9 de diciembre
36. Zaineldine, Amina (2020), 'Egyptian Government to Launch COVID-19 Vaccine Reservation Website', Egyptian Streets, 16 de diciembre.
37. Walden, Max (2021), 'Singapore PM Lee Hsien Loong receives Pfizer-BioNTech coronavirus vaccination', ABC News, 9 de enero.
38. Gulf News (2020), 'COVID-19: 27 medical centres in Bahrain to vaccinate 10,000 people per day', 11 de diciembre.
39. Berger, Miriam (2021) 'Dozens of countries have no plan to vaccinate refugees. That could leave everyone at risk', Washington Post, 2 de febrero.
40. Daniels, Joe Parkin (2020) 'Alarm at Colombia plan to exclude migrants from coronavirus vaccine', The Guardian, 22 de diciembre.
41. ACNUR y OIM (2021), 'UNHCR and IOM welcome Colombia's decision to regularize Venezuelan refugees and migrants', 8 de febrero.
42. Instituto Nacional de Salud y Medio Ambiente (2021), COVID-19 Vaccination Implementing Guidelines, Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes, Gobierno de los Países Bajos. Consultado el 27 de enero de 2021.
43. Al-Arshani, Sarah y Snodgrass Erin (2021) 'Jordan is one of the first countries to start COVID-19 vaccinations for refugees', MSN News, 16 de enero.



44. Human Rights Watch (2021), 'Lebanon: Gaps Remain in Vaccine Program Planning', 28 de enero.
45. Thevenot, Shelby y Miekus, Alexandra (2021), 'Coronavirus vaccines will be available to immigrants in Canada', CIC News, 22 de enero.
46. Dabanga (2020) 'Sudan to provide 8.4 million COVID-19 vaccines' 16 de diciembre.
47. Agencia Anadolu (2020) 'Vaccine must be global public good: Philippines leader', 22 de septiembre.
48. Reuters (2021), 'Malaysia offers COVID-19 vaccinations to foreign residents, undocumented migrants', 11 de febrero.
49. Georgiopolou, Tania (2021), 'Homeless, migrants, Roma without access to Covid-19 vaccination', Ekathimeri, 18 de enero.
50. Consulte la página web del Gobierno del Reino Unido, NHS entitlements: migrant health guide. Consultado el 30 de enero de 2021.
51. OIM (2021), 'IOM Commends United States' Inclusion of Migrants in COVID-19 Vaccine Roll-out', 22 de enero.
52. Consulte: Sanchez-Guerra, Aaron y Kasakove Sophie (2021), 'NC isn't checking immigration status as it offers COVID vaccine but residents have fears', News and Observer, 23 de enero, y Abdelaziz, Rowaida (2021), 'Fear Of Deportation Is Keeping Undocumented Immigrants From Seeking Vaccination', Huffington Post, 20 de enero.
53. La Universidad de Oxford administra la página web de 'Our World in Data'. Consulte los datos del Índice de Severidad del Gobierno aquí.
54. IMF COVID-19 Policy Tracker - C. Consultado el 29 de diciembre de 2020.
55. Consejo Internacional de Ciencias (2020), Egypt COVID-19 Policy Making Tracker. Consultado el 30 de diciembre de 2020.
56. IMF COVID-19 Policy Tracker - E. Consultado el 29 de diciembre de 2020.
57. OIM (2020), 'Government of Ethiopia Provide Cash Grants to Thousands of Migrants Returning Due to COVID-19', 10 de septiembre.
58. IMF COVID-19 Policy Tracker - P. Consultado el 29 de diciembre de 2020.
59. IMF COVID-19 Policy Tracker - S. Consultado el 29 de diciembre de 2020.
60. H.N. Altayb, N.M.E. Altayeb, Y. Hamadainil, M. Elsayid, N.E. Mahmoud (2020), The current situation of COVID-19 in Sudan, *New Microbes and New Infections*, Volumen 37,2020,100746, ISSN 2052-2975, <https://doi.org/10.1016/j.nmni.2020.100746>.
61. Atit, Michael (2020) 'Sudan Considers Total Lockdown with More COVID Cases', Voice of America, 20 de noviembre.
62. IMF COVID-19 Policy Tracker - S. Consultado el 29 de diciembre de 2020.
63. John Hopkins University COVID-19 Dashboard: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Consultado el 15 de diciembre de 2020.
64. IMF COVID-19 Policy Tracker - U. Consultado el 29 de diciembre de 2020.
65. Muchas personas en el Reino Unido que tienen un estatus migratorio inseguro o que están 'sujetas a control de inmigración', según lo establecido por la sección 115 de la Ley de Inmigración y Asilo de 1999, tienen restringido el acceso a fondos públicos, incluyendo los beneficios de asistencia social, vivienda y apoyo para personas sin hogar de parte de las autoridades públicas, y en algunos casos asistencia secundaria de salud. A las personas en esta situación se les describe como que "no tienen derecho a fondos públicos".
66. Svenska Röda Korset (2018), accesible aquí. Consulte también la Agencia Sueca de Gestión Pública (2016) Care for undocumented migrants. Final report of the commission to monitor the act concerning healthcare for people residing in Sweden without permission (2016:11).
67. FICR (2020), Risks and Resilience: Exploring migrants' and host communities' experiences during the COVID-19 pandemic in West Africa. (próximamente).
68. Elisabeth M, Maneesh P-S y Michael S (2020) Refugees in Sweden During the Covid-19 Pandemic –The Need for a New Perspective on Health and Integration, *Front. Public Health*, 19 de octubre 2020, <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.574334> p2. Consulte también Mangrio E, Carlzén K, Grahm M, Zdravkovic S. Kartläggning av nyligen nyanländas hälsa, levnadsvanor, sociala relationer, arbetsmarknad och boendemiljö efter etableringen. Delrapport från MILSA 2.0. (2020). Zdravkovic S, Carlzén K, Grahm M, Mangrio E. Kartläggning av hälsa, levnadsvanor, sociala relationer, arbetsmarknad och boendemiljö bland arabisktalande nyanlända inom etableringen Delrapport från MILSA 2.0. (2020). Mangrio E, Carlson E, Zdravkovic S. Understanding experiences of the Swedish health care system from the perspective of newly arrived refugees. *BMC Res Notes*. (2018) 11:616. doi: 10.1186/s13104-018-3728-4.
69. Ibid.
70. Para más detalles consulte: <https://www.nrfnetwork.org.uk/information-and-resources/policy/covid-19-and-everyone-in>
71. Comisión de Igualdad y Derechos Humanos (2018) 'Making sure people seeking and refused asylum can access healthcare: what needs to change?', Reino Unido.
72. Consulte: <https://www.healthdirect.gov.au/coronavirus-covid-19-seeing-a-doctor-getting-tested-faqs> y <https://covid19.homeaffairs.gov.au/my-visa-has-expired>. Consultado el 1 de noviembre de 2020.
73. Cruz Roja Británica (2020) Reaching the Invisible: vulnerabilities and accessibility along migratory routes, marzo de 2020 (investigación interna realizada de noviembre de 2019 a enero de 2020).
74. Consulte: <https://globalprivacyassembly.org/covid19/> y <https://iapp.org/resources/article/dpa-guidance-on-covid-19/>. Para obtener información más específica sobre la protección de datos en el contexto humanitario, consulte CICR (2020) Handbook on Data Protection in Humanitarian Action (2ª edición); y Orientación en materia de COVID-19 producida por el Subgrupo del Comité Permanente entre Organismos sobre Responsabilidad de Datos.
75. Consulte: FICR (2020), Least Protected, Most Affected: Migrants and refugees facing extraordinary risks during the COVID-19 pandemic y OIM (2020), COVID-19 Analytical Snapshot #29: Stigmatization and Discrimination Update.
76. OCDE (2020) 'What is the impact of the COVID-19 pandemic on immigrants and their children?', 19 de octubre
77. Mittendorfer-Rutz et al. (2020) 'Mental ill-health and suicidal behaviours in asylum-seekers and refugees during the Covid-19 pandemic', p.32 in *Suicidologi*, nr 1/2020, p. 31-33.
78. Fundación Salud Mental (2016), Fundamental Facts about Mental Health, Reino Unido.
79. OCDE (2020) 'What is the impact of the COVID-19 pandemic on immigrants and their children?', 19 de octubre
80. Cruz Roja Australiana (2020), COVID-19 Impacts us all: Ensuring the safety and well-being of people on temporary visas during COVID-19.
81. FICR (2020) Risks and Resilience: Exploring migrants' and host communities' experiences during the COVID-19 pandemic in West Africa (próximamente).
82. Cruz Roja Británica, (2021), The Longest Year: Life under local restrictions, <https://www.redcross.org.uk/about-us/what-we-do/we-speak-up-for-change/the-longest-year-life-under-lockdown>.
83. Cruz Roja Británica (2020), 'British Red Cross welcomes announcement that Home Office will pause all evictions from asylum accommodation', 28 de marzo.
84. Datos de: <http://www.ngdp.org.uk/lessons-learned-councils-response-rough-sleeping-during-covid-19-pandemic#issues>.
85. Walden, Max (2020), 'More than eight in 10 Asian Australians report discrimination during coronavirus pandemic', ABC News, 2 de noviembre.
86. FICR (2020) Risks and Resilience: Exploring migrants' and host communities' experiences during the COVID-19 pandemic in West Africa (próximamente).
87. Cruz Roja Australiana (2020), COVID-19 Impacts Us All: Ensuring the safety and well-being of people on temporary visas during COVID-19, p. 10
88. Consulte <https://kunskapsbanken.rodakorset.se/hc/sv/articles/360010776957-Infomera-h%C3%A4nvisa-kring-v%C3%A5ld-id-n%C3%A4ra-relation>

89. Domestic abuse during the coronavirus (COVID-19) pandemic, England and Wales: November 2020, Oficina de Estadísticas Nacionales.
90. Understanding Trafficking In persons along the Migratory route: An analysis of the Sahel Context with a focus on Burkina Faso, borrador de informe de estudio de caso de la Cruz Roja Británica diciembre de 2020.
91. Datos de UNDESA (2021) consultados en IOM Global Migration Data Portal página de Australia. Consultado el 25 de enero.
92. WHO COVID-19 Dashboard - Australia: <https://covid19.who.int/region/wpro/country/au> - Consultado el 29 de diciembre.
93. IMF COVID-19 Policy Tracker - A. Consultado el 30 de diciembre de 2020.
94. Consulte Australia Taxation Office webpage on jobkeeper. Consultado el 28 de diciembre de 2020.
95. Consulte Services Australia webpage on coronavirus income support and eligibility Consultado el 28 de diciembre de 2020.
96. Consulte: <https://www.healthdirect.gov.au/coronavirus-covid-19-seeing-a-doctor-getting-tested-faqs> y <https://covid19.homeaffairs.gov.au/my-visa-has-expired>. Consultado el 28 de diciembre de 2020.
97. Ibid.
98. Ibid.
99. Consulte: <https://covid19.homeaffairs.gov.au/covid-19-visa-concessions> Consultado el 28 de diciembre de 2020.
100. Consulte: <https://covid19.homeaffairs.gov.au/student-visa> Consultado el 28 de diciembre de 2020.
101. Consulte: <https://www.servicesaustralia.gov.au/individuals/services/centrelink/pandemic-leave-disaster-payment> Consultado el 28 de diciembre de 2020.
102. Consulte: <https://www.health.gov.au/ministers/the-hon-greg-hunt-mp/media/greater-access-additional-10-million-pfizer-biontech-vaccines>. Consultado el 28 de diciembre de 2020.
103. Datos de UNDESA (2021) consultados en IOM Global Migration Data Portal page for Colombia. Consultado el 25 de enero de 2021.
104. WHO COVID-19 Dashboard – Colombia: <https://covid19.who.int/region/amro/country/co>. Consultado el 29 de diciembre de 2020.
105. Datos de UNDESA (2021) consultados en IOM Global Migration Data Portal page for Egypt. Consultado el 25 de enero de 2021.
106. WHO COVID-19 Dashboard – Egipto: <https://covid19.who.int/region/emro/country/eg>. Consultado el 29 de diciembre de 2020.
107. Datos de UNDESA (2021) consultados en IOM Global Migration Data Portal page for Ethiopia. Consultado el 25 de enero de 2021.
108. WHO COVID-19 Dashboard – Etiopía: <https://covid19.who.int/region/afro/country/et>. Consultado el 29 de diciembre de 2020.
109. Datos de UNDESA (2021) consultados en IOM Global Migration Data Portal page for the Philippines. Consultado el 25 de enero de 2021.
110. WHO COVID-19 Dashboard – Filipinas: <https://covid19.who.int/region/wpro/country/ph>. Consultado el 29 de diciembre de 2020.
111. Datos de UNDESA (2021) consultados en IOM Global Migration Data Portal for Western Africa. Consultado el 25 de enero de 2021.
112. Consulte: <http://www.oecd.org/swac/coronavirus-west-africa/>. Consultado el 24 de enero de 2021.
113. Números de casos combinados para Burkina Faso, Camerún, Chad, Gambia, Guinea, Mauritania, Malí, Níger, Nigeria y Senegal en base a cifras del WHO Policy Tracker: <https://covid19.who.int/region/afro/country/ml>. Consultado el 24 de enero de 2021.
114. ECOWAS (1979), Protocol Relating to Free Movement of Persons, Residence and Establishment.
115. Ley 2015-036, la “ley en concepto de tráfico ilícito de migrantes”, fue aprobada por unanimidad en 2015 por el parlamento nigeriano y representa un punto de inflexión para el movimiento transnacional en la región.
116. Datos de UNDESA (2021) consultados en IOM Global Migration Data Portal page for Sudan. Consultado el 25 de enero de 2021
117. WHO COVID-19 Dashboard – Sudán: <https://covid19.who.int/region/emro/country/sd>. Consultado el 29 de diciembre de 2020
118. Datos de UNDESA (2021) consultados en IOM Global Migration Data Portal page for Sweden. Consultado el 25 de enero de 2021
119. WHO COVID-19 Dashboard – Suecia: <https://covid19.who.int/region/euro/country/se>. Consultado el 29 de diciembre de 2020
120. Consulte: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/5733d0f5cba44d9e9069a272f7e98470/hslf-fs-allmanna-rad-om-allas-ansvar-covid-91.pdf>
121. Rekommendation-om-kostnadsfrihet-av-vaccinering-mot-covid-19.pdf (skr. se)
122. Datos de UNDESA (2021) consultados en IOM Global Migration Data Portal for Great Britain. Consultado el 25 de enero de 2021
123. WHO COVID-19 Dashboard – Gran Bretaña: <https://covid19.who.int/region/euro/country/gb>. Consultado el 29 de diciembre de 2020
124. IMF COVID-19 Policy Tracker - U. Consultado el 29 de diciembre de 2020.



## Los principios fundamentales del Movimiento Internacional de La Cruz Roja y de la Media Luna Roja

**Humanidad** El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, al que ha dado nacimiento la preocupación de prestar auxilio, sin discriminación, a todos los heridos en los campos de batalla, se esfuerza, bajo su aspecto internacional y nacional, en prevenir y aliviar el sufrimiento de los hombres en todas las circunstancias. Tiende a proteger la vida y la salud, así como a hacer respetar a la persona humana. Favorece la comprensión mutua, la amistad, la cooperación y una paz duradera entre todos los pueblos.

**Imparcialidad** No hace ninguna distinción de nacionalidad, raza, religión, condición social ni credo político. Se dedica únicamente a socorrer a los individuos en proporción con los sufrimientos, remediando sus necesidades y dando prioridad a las más urgentes.

**Neutralidad** Con el fin de conservar la confianza de todos, el Movimiento se abstiene de tomar parte en las hostilidades y, en todo tiempo, en las controversias de orden político, racial, religioso e ideológico.

**Independencia** El Movimiento es independiente. Auxiliares de los poderes públicos en sus actividades humanitarias y sometidas a las leyes que rigen los países respectivos, las Sociedades Nacionales deben, sin embargo, conservar una autonomía que les permita actuar siempre de acuerdo con los principios del Movimiento.

**Voluntariado** Es un movimiento de socorro voluntario y de carácter desinteresado.

**Unidad** En cada país sólo puede existir una Sociedad de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja, que debe ser accesible a todos y extender su acción humanitaria a la totalidad del territorio.

**Universalidad** El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, en cuyo seno todas las Sociedades tienen los mismos derechos y el deber de ayudarse mutuamente, es universal.

The background features a light gray gradient. Overlaid on this are three stylized, line-art figures of people, rendered in a light gray color. The figures are positioned in a way that they appear to be interacting or supporting each other. One figure is at the top, another is in the middle, and a third is at the bottom. The lines are thick and rounded, giving a sense of unity and collective effort.

**Ninguno de  
nosotros está a  
salvo hasta que  
todos estemos  
a salvo**