



ESTUDIO REGIONAL DE AMÉRICA SOBRE COVID-19

Percepciones de migrantes, refugiados,
comunidades de acogida y poblaciones indígenas



© Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (IFRC), Ginebra, 2022

Esta publicación o parte de ella puede citarse, copiarse, traducirse a otros idiomas o adaptarse para satisfacer las necesidades locales sin permiso previo de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, siempre y cuando se nombre la fuente claramente.

Fotos de portada de izquierda a derecha: © José Andrés Lemus / Cruz Roja Guatemalteca, cortesía de la Cruz Roja Colombiana, © Hermanos Corallo

Otras fotos: Pág. 6: © Erika Piñeros, pág. 8: © Ramon Lepage, pág. 12: Cruz Roja Panameña, pág. 15: © Chrysanthia Dixon / Cruz Roja Jamaicana, pág. 16: © Sociedad de la Cruz Roja Salvadoreña, pág. 30: © Cruz Roja Argentina, págs. 38–39: © Hermanos Corallo

Datos de contacto:

Las solicitudes de reproducción comercial deben dirigirse a la Secretaría de la IFRC:

Dirección: Chemin des Crêts 17, Petit-Saconnex, 1209 Ginebra, Suiza

Apartado de correos: 303, 1211 Ginebra 19, Suiza

T +41 (0)22 730 42 22 | **F** +41 (0)22 730 42 00 | **E** secretariat@ifrc.org | **W** ifrc.org

Estudio regional de América sobre COVID-19

Percepciones de migrantes, refugiados, comunidades
de acogida y poblaciones indígenas

AGRADECIMIENTOS

Muchos de los autores, colaboradores y partidarios del estudio estaban trabajando en medio de la pandemia del COVID-19 y de otros eventos desafiantes. Los equipos de los países tuvieron que adaptar las encuestas y la forma de trabajar para poder seguir las restricciones y medidas sanitarias. La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (IFRC, por sus siglas en inglés) desea agradecer a las Sociedades Nacionales, los voluntarios, las comunidades de acogida, los migrantes, los refugiados y los grupos indígenas que ofrecieron su tiempo y esfuerzo para que este estudio fuera un éxito.

- Okular-Analytics es el autor y coordinador del informe consolidado, que está basado en investigaciones a nivel de país de nueve Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (CRMLR).
- Rachel Yales y Mónica Posada (IFRC, Ginebra) han diseñado, dirigido y coordinado este estudio regional con el apoyo invaluable de Caroline Austin.
- Agradecimientos especiales para Diana Medina y Carla Guananga (IFRC, Oficina Regional de América) por toda la coordinación regional y el apoyo técnico.
- Dashboard en Power BI: Agradecimientos especiales a Fernando Suárez Jiménez y Heleen Elenbaas de 510 por su soporte invaluable en el procesamiento de la data y el diseño del dashboard de esta encuesta.

Colaboradores principales y equipos de investigación nacionales:

- **Argentina:** Observatorio Humanitario de la Cruz Roja Argentina y voluntarios de la Cruz Roja Argentina
- **Bolivia:** Informe nacional escrito por la Cruz Roja Boliviana
- **Brasil:** Informe nacional escrito por Luana Galdino y Rozana Ribeiro de la Cruz Roja Brasileña, con colaboraciones del Observatorio Humanitario.
- **Colombia:** Cruz Roja Colombiana
- **Guatemala:** Voluntarios de la Cruz Roja Guatemalteca
- **Jamaica:** Voluntarios de la Cruz Roja Jamaicana con una mención especial a Theo Gordon, Karl Wiggan y Shanrick Thomas, ya que sin ellos la encuesta no habría sido un éxito.
- **Nicaragua:** Informe nacional escrito por la Cruz Roja Nicaragüense
- **Panamá:** Voluntarios de la Cruz Roja Panameña
- 0 Voluntarios y personal de la Cruz Roja de Trinidad y Tobago: Rayanthony Warner, Carysse Baird, Julio Pereira.

Agradecimientos especiales a la Dra. Asha Kambon por guiarnos de forma invaluable durante el proceso.

CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS	4
ANTECEDENTES	6
METODOLOGÍA	14
CONCLUSIONES	18
Acceso a mensajes de salud e impacto	19
Concienciación y percepciones de la vacuna contra el COVID-19	25
Confianza en las vacunas contra el COVID-19	28
Impactos socioeconómicos del COVID-19	30
RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS	42

ANTECEDENTES



América Latina fue declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como epicentro de la pandemia del COVID-19 en mayo de 2020. A diciembre de 2021, fecha de compilación de los resultados, cuatro países de América Latina y el Caribe se encontraban dentro de la lista de los 15 países con la mayor tasa de mortalidad por COVID-19 ([OMS 14/12/2021](#), [OPS 3/12/2021](#)).

La mayoría de los gobiernos de la región actuaron rápidamente cuando el virus se identificó por primera vez en febrero de 2020, adoptando cierres de fronteras e implementando medidas de salud pública como restricciones a movimientos y reuniones, cuarentenas, cierres de escuelas y aprendizaje a distancia¹. Ante los diversos desafíos en el acceso a los servicios, los países de América Latina y el Caribe declararon el estado de emergencia en marzo de 2020 con cuarentenas nacionales². Las capacidades de los sistemas de salud fueron incrementadas por los gobiernos para enfrentar la crisis sanitaria y permitir el acceso a la atención médica ([OCDE 11/11/2021](#), [OXFAM 31/03/2020](#)). La rápida respuesta de contención redujo la tasa de infección. Sin embargo, diferentes factores socioeconómicos aumentaron el efecto de la crisis sanitaria en la región. Según la OCDE, el 60% de la población de la región trabajaba en la economía informal y el 20% de la población urbana de América Latina vivía en barrios marginales, asentamientos informales o viviendas precarias, lo que provocaba dificultades para implementar el distanciamiento social y grandes impactos socioeconómicos ([OCDE 11/11/2021](#), [OXFAM 31/03/2020](#)). Además, la pandemia del COVID-19 afectó en gran medida a la economía del país, causando la peor recesión que la región haya conocido y reduciendo los ingresos y el poder adquisitivo de los hogares.

Las desigualdades dentro de las poblaciones se hicieron más profundas, particularmente para la población migrante en América Central, América del Sur y el Caribe,

estimada en casi 15 millones en 2020 ([OIM 2021](#)). En febrero de 2021, Colombia anunció que proporcionaría un estatus de protección temporal de 10 años a aproximadamente 1,7 millones de migrantes venezolanos que ingresaron al país antes del 31 de enero de 2021, facilitando el acceso al sistema público de salud y a las vacunas contra el COVID-19. Desde entonces, la mayoría de los países de la región han incluido a refugiados y otras personas desplazadas en sus implementaciones de vacunación, pero siguen existiendo desafíos para las personas que buscan asilo y los migrantes irregulares o indocumentados ([IFRC 11/08/2021](#)).

A pesar del importante impacto socioeconómico de la crisis, los países de la región tardaron en revertir las restricciones adoptadas. Por ejemplo, Bolivia levantó las medidas de cuarentena en mayo de 2020 basándose en una clasificación oficial del nivel de contagio del país y Argentina también adoptó un plan gradual para la reapertura de escuelas y negocios basado en un mapa geográfico de las tasas de contagio. Para agosto de 2021, solo México, Costa Rica, Colombia y República Dominicana mantenían sus fronteras abiertas sin restricciones. Argentina solo reabrió completamente sus fronteras en noviembre de 2021 ([R4V 30/11/2021](#)).

Para diciembre de 2021, se han identificado las cinco variantes de preocupación (VOC por sus siglas en inglés) del virus en las Américas y todos los países de América Latina y el Caribe han comenzado a vacunar a sus poblaciones. La vacunación completa está cubierta para el 69% de la población de la región, incluido el 68% de la población en Argentina, el 66% en Brasil, el 63% en Panamá, el 50% en Colombia, el 47% en Trinidad y Tobago, el 38% en Nicaragua, el 36% en Bolivia, el 23% en Guatemala y el 18% en Jamaica ([OPS 12/10/2021](#)).

1 Dashboard presentado por la CEPAL con detalles sobre las medidas adoptadas por todos los países de América Latina y el Caribe: [COVID-19 Comisión Económica para América Latina y el Caribe \(cepal.org\)](#)

2 Todas las medidas adoptadas por los gobiernos en respuesta a la pandemia del COVID-19 se pueden encontrar por país en el sitio web del PNUD: <https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/en/home/coronavirus.html>

RESUMEN EJECUTIVO



Un total de 7.743 personas fueron entrevistadas en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala, Jamaica, Nicaragua, Panamá y Trinidad y Tobago (61% mujeres, 36% hombres y 3% otros). La recopilación de datos tuvo lugar entre junio y octubre de 2021. En general, solo se observaron algunas diferencias entre hombres y mujeres, grupos de edad, migrantes y residentes y entre individuos con diferentes niveles de educación. En el resumen ejecutivo sólo se indican las diferencias significativas. Un dashboard que presenta los principales resultados y permite a los lectores explorar los hallazgos está disponible [aquí](#).

Acceso a los mensajes de salud y el impacto de los mensajes de salud

La mayoría de los encuestados informan haber recibido información suficiente y adecuada sobre la pandemia del COVID-19. 9 de cada 10 participantes están de acuerdo con esta afirmación, con la notable excepción de los encuestados en Guatemala (en su mayoría migrantes), de quienes solo dos tercios encontraron la información aplicable a su contexto.

La información recibida fue descrita como útil en todos los países, con menores índices de satisfacción en Argentina y Guatemala. El 93% de los encuestados informó que la información recibida fue útil (el 25% declaró que era algo útil y el 68% fue muy útil). El mayor grado de utilidad se reporta en Nicaragua y Brasil y el más bajo en Argentina y Guatemala. En Guatemala, la mayor parte de la información relacionada con la pandemia se recibe a través de la televisión o la radio, lo que puede explicar el menor nivel de satisfacción, ya que la confianza de las personas en los periodistas y en los tomadores de decisiones es generalmente baja (respectivamente, el 30% y el 56% de los participantes informaron tener poca o ninguna confianza en estos actores). En este país, parece que el nivel de confianza de los participantes aumenta si los contactos son más personales; los líderes religiosos y los miembros de la comunidad son los más confiables, mientras que los periodistas y líderes gubernamentales son los menos confiables.

La mayor parte de la información recibida por los encuestados incluyó la descripción de los síntomas del virus y sus modalidades de propagación, así como la respuesta gubernamental. Sin embargo, muy pocos encuestados informaron haber recibido información sobre la atención al paciente, lo que pone de relieve una posible brecha de concientización. Las comunicaciones sobre el COVID-19 se centraron principalmente en los síntomas del COVID-19 (81%), las vías de transmisión (67%), las medidas de prevención (higiene de manos, uso de mascarillas, distanciamiento social, etc.) (59%), las nuevas variantes (47%) y las medidas de aislamiento (39%), pero carecían de información sobre salud mental (12%), pruebas (excepto Trinidad y Tobago) (15%) y vacunas (excepto Nicaragua) (21%).

Los encuestados informaron fuentes similares de información sobre COVID-19, generalmente una combinación de medios de comunicación y contactos personales. La televisión (70%), las redes sociales (56%), la radio (42%), WhatsApp (34%) y el contacto con familiares/ amigos / vecinos (20%) son los medios de comunicación preferidos. El contenido web es utilizado con frecuencia por el grupo de edad de 18 a 29 años (19%). Los profesionales de la salud (74%), los ministerios de salud (41%), los voluntarios de la Cruz Roja (40%), la OMS y los organismos de las Naciones Unidas (26%) y los trabajadores comunitarios de la salud (17%) son las fuentes de información preferidas.



Izquierda: **Bolivia** Una voluntaria de la Cruz Roja Boliviana realizando una encuesta de percepción con un miembro de la comunidad sobre los impactos del COVID-19. © Cruz Roja Boliviana. Centro: **Brasil** Los voluntarios de la Cruz Roja Brasileña en el estado de Amazonas están haciendo todo lo posible para ayudar a las personas. © Cruz Roja Brasileña

Conciencia y percepciones a las vacunas del COVID-19

En general, muy pocos participantes fueron vacunados contra el COVID-19 en el momento del estudio, y las tasas de vacunación más altas se encontraron en Bolivia, Brasil y Trinidad y Tobago. Sin embargo, la aceptación general de la vacuna contra el COVID-19 es relativamente alta. A nivel regional, el 80% de los encuestados ya ha recibido o seguramente estaría de acuerdo en vacunarse contra el COVID-19 (el 17% ya se vacunó y el 63% estaría de acuerdo en vacunarla). El 76% cree que sus familiares y amigos también se vacunarían. El 41% de los encuestados en Bolivia, el 34% en Brasil y el 58% en Trinidad y Tobago ya han sido vacunados. Esta alta tasa en Trinidad y Tobago puede explicarse por la inclusión de refugiados y migrantes en el plan de vacunación, realizado principalmente a través de instalaciones de vacunación de autoservicio. Por el contrario, ningún participante de las comunidades indígenas declaró estar vacunado contra el COVID-19, lo que puede explicarse en parte por la falta de acceso a los servicios para las poblaciones más vulnerables. En general, el 61% de los encuestados adultos afirmó haber recibido al menos una vacuna, no necesariamente COVID-19, con importantes diferencias entre los países. Por ejemplo, el 87% de los encuestados adultos en Brasil y Panamá se vacunó al menos una vez durante su edad adulta, mientras que solo el 48% de los adultos en Guatemala lo hizo. La aceptación general de la vacuna COVID-19 es relativamente alta, con solo 2 de cada 10 personas que rechazarían la vacunación.

La mayoría de los encuestados saben dónde vacunarse contra el COVID-19, y la mayoría de los entrevistados describen el servicio como de fácil

acceso. Sin embargo, los migrantes informaron mayores limitaciones en el acceso a los servicios de vacunación. El 82% de los participantes dijo saber dónde vacunarse con puntajes más altos en Guatemala, Panamá, Trinidad y Tobago, Nicaragua y Brasil, donde llega a más del 90% de los entrevistados. Sin embargo, la mayoría de los encuestados de Argentina no habían recibido la vacuna en el momento de la recopilación de datos y el 64% no sabía dónde obtenerla. Más de dos tercios de los encuestados informan que vacunarse es "fácil" o "muy fácil". Sin embargo, la mitad de los migrantes tuvieron dificultades para acceder a los servicios de vacunación. Las principales barreras incluyen la distancia (28%), largas filas de espera (27%), horarios de apertura inconvenientes (18%) y servicios inadecuados (personas rechazadas sin vacunación) (16%). Las limitaciones físicas también son un problema importante para los encuestados mayores de 80 años. El acceso se percibe como muy fácil en Brasil y Panamá (88% y 69%), pero no es fácil en absoluto en Colombia, principalmente para los migrantes (reportado por el 63% de los migrantes contra el 29% de los residentes). A pesar de que el acceso a la atención médica está legalmente obligado a ser dado a los migrantes en caso de emergencia, los largos tiempos de espera, la distancia y la disponibilidad limitada de servicios de salud están obstaculizando el acceso. Los gobiernos de América Latina y el Caribe tienen diferentes políticas para la inclusión de los migrantes en los planes de vacunación, lo que lleva a problemas de elegibilidad para la vacunación. En términos de acceso, la seguridad industrial es un problema adicional en Jamaica y la falta de servicios efectivos es la principal barrera en Argentina.



Derecha: **Jamaica** Una voluntaria de la Cruz Roja de Jamaica realiza una encuesta con un miembro de la comunidad cimarrona sobre el impacto socioeconómico del COVID-19 © Chrysanthia Dixon / Cruz Roja Jamaica

Confianza en las vacunas contra COVID-19

Los encuestados generalmente confían en los proveedores de atención médica a cargo de la vacuna COVID-19, así como en la vacuna en sí (seguridad, eficiencia, relevancia para las creencias). Los problemas de confianza con los proveedores de información y la eficiencia de las vacunas generalmente están vinculados. El 88% de la población evaluada confía en los proveedores de atención médica, pero menos de un tercio informó una confianza muy alta. Una cuarta parte de los encuestados en Panamá no tienen confianza en absoluto, mientras que más de dos tercios de los encuestados en Brasil informaron tener una confianza muy alta. **Curiosamente, mientras que el 80% de los encuestados estaría de acuerdo o ya ha aceptado tomar la vacuna COVID-19, su confianza en la vacuna en sí difiere con solo el 24% de los encuestados que tienen una alta confianza en la vacuna y el 64% que tiene poca o moderada confianza.** Persisten grandes diferencias entre los países. Por ejemplo, el 62% de los encuestados en Brasil reportaron una alta confianza en la vacuna en comparación con el 27% en Panamá. Otras encuestas indican que una comunicación poco clara puede aumentar la reticencia a la vacuna y generalmente está

vinculada a una sobrecarga de información y una falta de confianza en los proveedores de información, que a veces está vinculada a la desconfianza en las autoridades locales. Este es el caso en Panamá, donde aproximadamente la mitad de los encuestados no confían en los tomadores de decisiones. La investigación sugiere que los migrantes encuestados son más reacios a la vacuna y reportan miedo a los efectos secundarios y preocupación por la seguridad. Por ejemplo, en Guatemala, donde los servicios de salud se brindan a los migrantes independientemente de su estatus, casi el 30% de los migrantes expresaron que enfrentan dificultades para acceder a los servicios de vacunación, especialmente limitaciones físicas y seguridad personal para ir a los centros de vacunación, pero también razones relacionadas con la falta de recursos para registrarse para la vacunación. En Panamá, los datos cualitativos de una evaluación a migrantes en movimiento en El Darién revelaron que la razón detrás de no vacunarse es principalmente porque no quieren experimentar efectos secundarios durante su viaje a América Central.

Impacto socioeconómico del COVID-19

En general, los encuestados informan de grandes preocupaciones con el impacto en la salud del COVID-19, pero también con el impacto social y económico. El 77% de los encuestados expresó inquietudes, en particular las mujeres embarazadas y lactantes (86%). Curiosamente, los residentes expresaron más preocupación que los migrantes (80% contra 73%). Las poblaciones

encuestadas en Nicaragua estaban muy preocupadas (93%), mientras que solo el 59% de los encuestados en Argentina reportaron preocupaciones. Los principales temores enumerados fueron: perder a un ser amado (81%), la sobrecarga del sistema de salud (36%), perder empleos o negocios (27%), estar socialmente aislado (22%) y el cierre de escuelas (21%). No poder acceder

a la atención médica es reportado como la tercera preocupación más importante en Bolivia (22%) y la cuarta en Nicaragua (33%). No satisfacer las necesidades alimentarias es de particular preocupación en Nicaragua (44%), Trinidad y Tobago (37%) y Brasil (30%). Los pueblos indígenas parecen tener mayores temores con respecto al aislamiento social (32%) y la incapacidad de pagar sus deudas (17%). A pesar de que no se observaron brechas específicas entre las respuestas de las mujeres y las de los hombres en este estudio, las fuentes secundarias destacan el impacto desigual de la pandemia para las mujeres, que sufren una mayor pérdida de empleo a nivel mundial.

Antes de la pandemia, la situación económica de los hogares en los países evaluados era considerada generalmente buena por los encuestados, excepto en Argentina y Nicaragua. Las economías actuales se consideran ampliamente afectadas por la pandemia, con impactos significativos en las comunidades de acogida y los medios de vida y las condiciones de vivienda de los migrantes. La situación económica de los participantes antes de la pandemia del COVID-19 se describió como principalmente buena (44%) o adecuada (34%). Si bien solo una décima parte de todos los encuestados consideró que su situación económica era excelente, esta proporción alcanzó más de un tercio en Brasil. Una cuarta parte de los encuestados en Argentina y Nicaragua reportaron una mala situación económica. El 74% de los participantes reportaron un cambio en su situación económica desde que comenzó la pandemia. Colombia es el país donde los encuestados reportaron el mayor cambio (86%), en comparación con el 57% en Argentina. Los principales impactos mencionados por los participantes que notan un cambio son la reducción de los ingresos (78%), la pérdida de ingresos laborales o familiares (52%), el aumento de los costos de vida (46%), la incapacidad para comprar artículos de primera necesidad (alimentos, medicinas, etc.) (27%) y la pérdida de vivienda (19%). Los encuestados y residentes indígenas sufrieron más por la pérdida de ingresos que los migrantes (61% y 63% contra 46%), mientras que el 34% de los migrantes y el 33% de los encuestados indígenas informaron la pérdida de vivienda en comparación con el 11% de los residentes. Esto se debe en parte al hecho de que los residentes tienen acceso a más oportunidades de empleo que los migrantes. Otras encuestas socioeconómicas sobre el COVID-19 han puesto de relieve la pérdida parcial o total de medios de vida en las comunidades migrantes, especialmente las que trabajan en la economía informal debido a las restricciones implementadas.

Los niveles de confianza en los responsables de la toma de decisiones eran generalmente bajos antes de la pandemia y desde entonces han disminuido aún más de un tercio de la población encuestada.

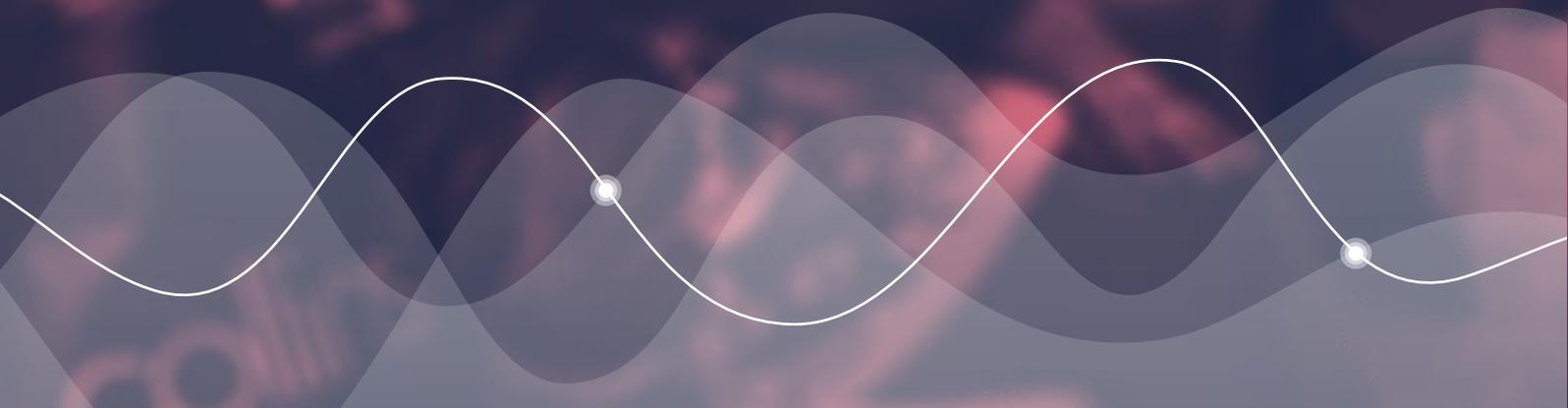
Los líderes gubernamentales son los menos confiables entre todos los proveedores de información. Por otro lado, los niveles de confianza de la población en los actores humanitarios han aumentado, especialmente para los migrantes. Los actores humanitarios emergen como la segunda fuente de información más confiable después de los científicos. Más de la mitad de los encuestados no confía en los tomadores de decisiones (el 33% informó poca confianza y el 21% no tenía confianza en absoluto) y el 77% confía en los actores humanitarios (48% con confianza moderada y 29% con alta confianza). Brasil y Colombia mostraron niveles de confianza considerablemente bajos en los tomadores de decisiones, con el 40% de los encuestados en Brasil que informaron que no habían confiado en absoluto, y el 65% de los encuestados en Colombia informaron de baja a ninguna confianza. Se observa una brecha importante entre la alta confianza depositada en los proveedores de atención médica por los encuestados en Brasil y la baja confianza en los tomadores de decisiones. Esto puede explicarse por la prolongada crisis de confianza en el país hacia las instituciones y los políticos y por el alto número de muertos por COVID-19 que llevó a muchos brasileños a estar ansiosos por vacunarse. El 42% de los encuestados declaró que su confianza en los responsables de la toma de decisiones no ha cambiado desde el comienzo de la crisis sanitaria, pero el 34% mencionó que ha disminuido. Panamá, Nicaragua, Bolivia y Argentina tienen niveles particularmente altos de disminución de la confianza (más del 40% de los encuestados en cada país). Por otro lado, la confianza en los actores humanitarios ha aumentado para la mayoría de los participantes, principalmente para los migrantes (56% de los migrantes contra el 34% de los residentes), aunque estos últimos ya tenían una mayor confianza en los humanitarios que en los residentes (37% contra el 21%). Estos resultados pueden explicarse por contactos más frecuentes entre los migrantes y el personal humanitario. Brasil y Colombia parecen haber tenido un aumento importante en la confianza en los trabajadores humanitarios (respectivamente 56% y 62%). En general, los encuestados en los 9 países informaron tener una confianza moderada para todo tipo de proveedores de información, los puntajes más bajos se atribuyeron a los líderes gubernamentales y los más altos a los científicos y humanitarios. Los migrantes declararon confiar más en los actores humanitarios que los residentes. Por el contrario, la confianza en el gobierno y en los líderes comunitarios es ligeramente mayor para los residentes que para los migrantes. Los encuestados en Argentina muestran una confianza particularmente baja en los líderes gubernamentales, mientras que los líderes religiosos y los miembros de la comunidad local son vistos como muy confiables por los encuestados mayores de 70 años y por los encuestados de Panamá y Guatemala.



Nicaragua Voluntarios de Cruz Roja apoyan a las personas mayores para que estén bien informados y a disipar las dudas en torno a las vacunas COVID-19. También ayudan con el acceso a los centros de vacunación.
© Cruz Roja de Nicaragua

SOLIA opción
Antonia del Carmen

METODOLOGÍA



Muestra de la encuesta. En total, se entrevistó a 7743 personas en nueve países: el 36% eran hombres y el 61% mujeres, el 44% eran desplazados y el 44% eran residentes. La mayoría de los entrevistados tenían entre 18 y 29 años (30%), 30 y 39 (27%), 40 y 49 (20%), 50 y 59 (12%). Los entrevistados entre 16 y 17 años y entre 70 y 79 solo representan el 4% de la muestra mientras que los participantes mayores de 80 años representan menos del 0,5%. Las personas indígenas fueron entrevistadas en Colombia, Guatemala y Panamá y representan casi el 12% de la muestra total de la encuesta.

Limitaciones. Se deben tener en cuenta varias limitaciones al leer las conclusiones presentadas en este informe.

Los nueve países evaluados utilizaron un tamaño de muestra diferente, Nicaragua tiene la muestra más pequeña (117), mientras que Colombia alcanza los 2077 entrevistados. Esto tiene un impacto en la comparación trazada entre países, ya que las muestras más pequeñas ofrecen una representatividad limitada.

Del mismo modo, el número de participantes por grupo de edad varía considerablemente, impactando así en la comparabilidad. Por ejemplo, solo se entrevistó a 34

personas mayores de 80 años (0,4% del total de participantes) y solo 123 personas entre 16 y 17 años (1,6%). Un problema similar se puede observar con respecto a las 153 mujeres embarazadas y lactantes incluidas en la muestra total (2%).

Las muestras utilizadas a nivel nacional no cubren necesariamente a migrantes, refugiados y solicitantes de asilo. Por ejemplo, la encuesta en Bolivia incluye casi exclusivamente a participantes de la comunidad de acogida con menos del 2% de entrevistados migrantes. Del mismo modo, en Brasil, Guatemala y Jamaica, se evaluaron muy pocos migrantes (11% en Brasil y menos del 3% en Guatemala y Jamaica). Las personas indígenas solo fueron cubiertas en los estudios realizados en Colombia, Guatemala y Panamá. Por lo tanto, las conclusiones para este grupo en particular sólo deben apreciarse para estos tres países.

Como resultado de estas limitaciones, las comparaciones entre países, grupos de población, intervalos de edad o perfiles socioeconómicos son meramente indicativas y no deben generalizarse a toda la población de los países encuestados.



País	Muestra	Fecha de recogida de datos	Población objetivo	Zonas geográficas
Argentina	1039	15 junio–12 julio 2021	Migrantes de todos los grupos de edad mayores de 18 años, tanto hombres como mujeres.	All provinces across the country were sampled, with more than half of respondents residing in the two largest cities, Buenos Aires (33%) and Córdoba (23%).
Bolivia	1704	23–29 agosto 2021	Personas entre 18 y 40 años	Urban areas in 9 departments of La Paz, Santa Cruz, Potosí, Cochabamba, Tarija, Chuquisaca, Oruro, Beni and Pando
Brasil	625	22–23 julio 2021	Personas mayores, migrantes y personas con bajos ingresos, de todos los grupos de edad mayores de 16 años. 89% residentes; 11% desplazados (5% de Haití, 1% de Venezuela, 1% de Bolivia)	Estados de Río de Janeiro, Sao Paulo y Paraná, que abarcan las regiones Sudeste y Sur del país
Colombia	2077	22 junio–3 julio 2021	Mayores de 18 años. La mayoría de los entrevistados son originarios de Venezuela (71%). 66% migrantes; 20% residentes; 7% desplazados internos; 7% sin respuesta 72% de Venezuela, 2% de Ecuador	La mayoría de los entrevistados viven en el estado Arauca.
Guatemala	391	1–27 septiembre 2021	47% migrantes, 38% desplazados internos; 1% residentes; 4% otros; 10% sin respuesta 81% maya, 18% mestizo	La encuesta se realizó en los departamentos de Guatemala, Escuintla, Santa Rosa, Solola, Quetzaltenango, Suchitepéquez, Retalhuleu, San Marcos, Huehuetenango, Quiché, Baja Verapaz, Alta Verapaz, Petén, Izabal y Chiquimula.
Jamaica	259	27 julio–6 agosto 2021	85% residentes; 2% desplazados; 10% sin respuesta; 2% otros	Comunidad de Charles Town (asentamiento de cimarrones).
Nicaragua	117	29 julio–11 agosto 2021	Beneficiarios del Centro de Apoyo Psicosocial de Managua de la Cruz Roja Nicaragüense.	Todas las poblaciones evaluadas provienen de los departamentos de Managua, Masaya, Estelí y Matagalpa, León y Granada.
Panamá	929	10 septiembre–7 octubre 2021	Líderes de comunidades indígenas. 44% residentes; 43% desplazados; 13% sin respuesta	La encuesta se realizó entre comunidades indígenas de la Comarca Embera y habitantes de las ciudades de Chitré y Arraiján.
Trinidad y Tobago	602	14 julio–30 septiembre 2021	Ciudadanos de Trinidad y Tobago (69%) y migrantes de Venezuela (29%). 69% residentes; 29% desplazados (27% de Venezuela); 2% sin respuesta	Los encuestados vivieron en todo el país: Icados, Puerto España, Tobago

"La realidad es que la mayoría de los inmigrantes que conozco que se han vacunado no lo han hecho por elección, sino por motivos de trabajo. Ahora mismo, están cerrando las puertas a las personas que no tienen la tarjeta de vacunación. Hay muchas preguntas sobre los efectos secundarios, pero algunos de nosotros no tenemos otra opción".

— Entrevista a un hombre migrante en Trinidad y Tobago



PRINCIPALES CONCLUSIONES



Los hallazgos presentados en esta sección se derivan de la comparación sistemática de resultados entre países, grupos de edad, nivel educativo, género y situación de desplazamiento. A continuación, se informan diferencias significativas, así como la ausencia de diferencias cuando es relevante.

ACCESO A MENSAJES DE SALUD E IMPACTO

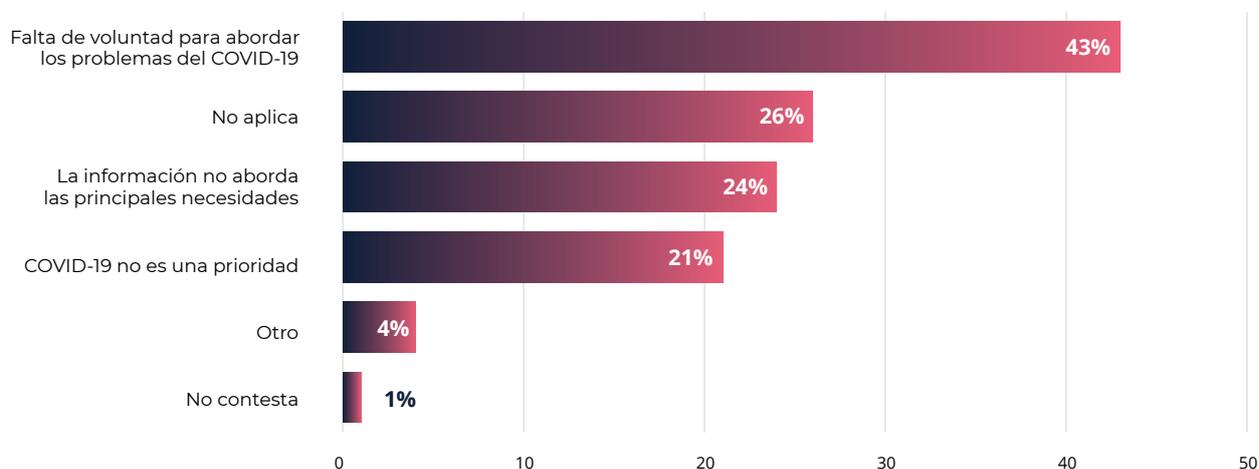
Casi todas las poblaciones encuestadas recibieron información sobre COVID-19 y creen que era aplicable a su contexto.

El 91% de la población evaluada informó haber recibido información sin mayores discrepancias entre hombres y mujeres ni entre residentes y migrantes. El mayor número de personas que informan no haber recibido información sobre COVID-19 son menores de 18 años (16-17) y mayores de 60 años. Además, el porcentaje de personas que reciben información sobre COVID-19 disminuye a medida que aumenta la edad a partir de los 60 años: 88% de los participantes de 60 a 69 años; 86% de los participantes de 70 a 79 años; 79% de los participantes mayores de 80 años. Del mismo modo, el 20% de los participantes mayores de 80 años informaron haber recibido información inaplicable, mientras que solo el 10% de otros grupos de edad informaron esto. Los estudiantes sin formación académica o con solo educación primaria tienen un poco menos de acceso a la información sobre COVID-19 (10% por debajo del promedio regional) en comparación con los encuestados con antecedentes universitarios.

La mayoría de los encuestados informaron que la información recibida era pertinente para su contexto.

El 91% de los encuestados informó que la información recibida era relevante para su contexto, sin grandes discrepancias entre los grupos. Se mencionaron tres razones principales para explicar la irrelevancia: la falta de voluntad a nivel comunitario para abordar los problemas relacionados con COVID-19 (43%); la percepción de que la información recibida por las fuentes no aborda las principales necesidades de los entrevistados (24%) y la creencia de que la pandemia no es una prioridad (21%). Los encuestados indígenas muestran resultados muy diferentes a los de los otros participantes, ya que el 60% de ellos informó que no está dispuesto a abordar los problemas del COVID-19 (contra el 43% de los otros encuestados), mientras que solo el 10% de ellos cree que COVID-19 no es una prioridad (contra el 21% de los encuestados no indígenas) y ninguno de ellos informó que la información no abordó sus principales necesidades.

Figura 1. Las principales razones para declarar que la información recibida no era relevante



Los participantes con antecedentes universitarios tienen una mayor creencia de que la información recibida sobre COVID-19 no aborda las principales necesidades (31% de ellos contra 42% de los participantes con niveles educativos más bajos). Lo mismo para los residentes en comparación con los migrantes (31% contra 14%).

La falta de voluntad a nivel comunitario para cumplir con las medidas relacionadas con COVID-19 se ha reportado con mayor frecuencia en Colombia (93%) pero mucho menos en Brasil (35%), Argentina (26%) y Jamaica (7%). La falta de adecuación de la información a las principales necesidades de la población se reporta con mayor frecuencia en Trinidad y Tobago (42%), Nicaragua (33%), Bolivia (30%) y Argentina (28%). Por último, pero no menos importante, la percepción de que el COVID-19 no es una prioridad se informó con mayor frecuencia en Nicaragua (56%), Jamaica (33%), Brasil (25%), Argentina (24%) y Bolivia (24%). En el informe de CRMLR sobre la respuesta a el COVID-19 para los migrantes en Colombia, los autores destacaron que, aunque la mayor parte de la información recibida por los migrantes se consideraba útil, los proveedores de información con frecuencia carecían de una comunicación adaptada socioculturalmente ([IFRC 09/03/2021](#)).

El 97% de los encuestados en Colombia reportan haber recibido información aplicable. Guatemala tiene los puntajes más bajos, aunque relativamente altos, con el 86% de la población evaluada que informó haber recibido información y el 72% de ellos informó que la información era aplicable a su contexto. Estos resultados demuestran, en general, campañas de comunicación eficaces y exitosas en los países, con la necesidad de desarrollar o fortalecer las estrategias de comunicación existentes

para grupos de población específicos, particularmente menores de 18 años y mayores de 60 años.

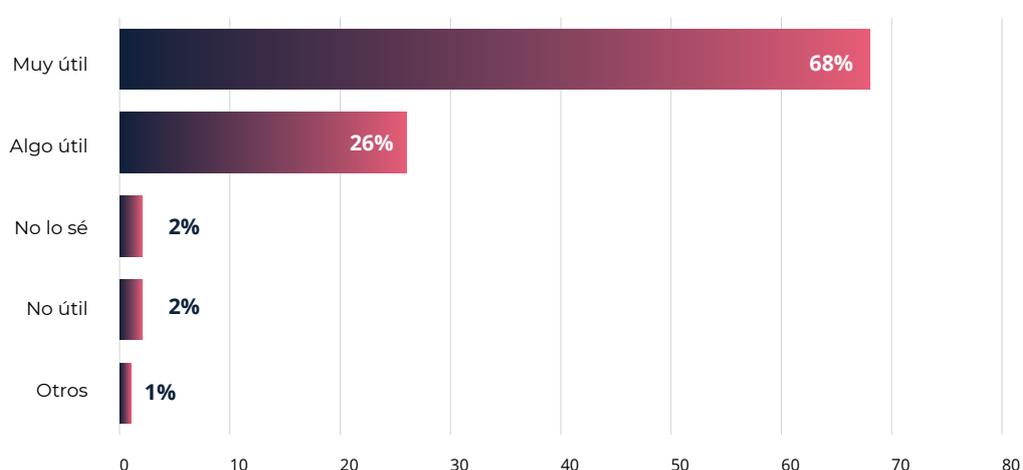
La información recibida sobre COVID-19 se describió en su mayoría como útil o muy útil.

En general, el 94% de los encuestados encontró útil la información y entre ellos, el 68% la encontró muy útil. No hay grandes discrepancias entre hombres y mujeres en ese asunto (menos del 2% de diferencia) ni según el nivel de educación o el estado de residencia. Sin embargo, los resultados difieren según los grupos de edad, especialmente entre los participantes de 16 o 17 años, mayores de 80 años y el resto de los participantes. De hecho, el 84% de los menores de 18 años informaron que la información recibida fue muy útil en comparación con el 57% solo de los mayores de 80 años.

Nicaragua y Brasil son los dos países donde la mayor proporción de encuestados reportaron que la información recibida fue muy útil (respectivamente 89% y 87% de la población evaluada). Otros países tienen tasas de satisfacción similares, excepto en Argentina y Guatemala, donde solo el 55% y el 60% de los encuestados encontraron la información muy útil.

Los pocos participantes que informaron que la información recibida no era útil (2%) mencionaron cuatro razones principales: la información no se basa en hechos (18%); la información no es aplicable dada su situación económica (10%); la información no les ayuda a comprender cómo mantenerse a salvo del COVID-19 y cómo proteger a los demás (8%), y la información no se comparte en un idioma que puedan entender (5%).

Figura 2. Porcentaje de encuestados que declararon que la información recibida era útil





Panamá Durante la realización de las encuestas de percepción, los voluntarios de la Cruz Roja Panameña informaron sobre la importancia del uso correcto de las mascarillas y de la vacunación contra el COVID-19. © Cruz Roja Panameña

La mayor parte de la información recibida por los encuestados incluía detalles sobre los síntomas del virus y las rutas de transmisión, así como la respuesta gubernamental. Sin embargo, muy pocos encuestados informaron haber recibido información sobre la atención al paciente, lo que pone de relieve una posible brecha de concientización. También falta información sobre las pruebas, excepto en Brasil, Trinidad y Tobago y Jamaica.

Según la encuesta, la información relacionada con COVID-19 que recibieron los participantes incluyó principalmente indicaciones sobre los síntomas del COVID-19 (81%); rutas de transmisión (67%); medidas de prevención recomendadas por los gobiernos (higiene de manos, uso de máscaras, distanciamiento social, etc.) (59%); las nuevas variantes (47%) y las medidas de aislamiento (39%). Sin embargo, la salud mental fue mencionada por solo el 12% de los encuestados, mientras que una encuesta de 2019 de la OMS indicó que la pandemia había aumentado la demanda de apoyo de salud mental (OMS 05/10/2020). Si bien los riesgos y complicaciones del COVID-19 solo aparecieron como la 6ª información más recibida (mencionada por el 32% de los encuestados), fue catalogada como uno de los principales tipos de información por los entrevistados en Trinidad y Tobago (81%), en Bolivia (45%), en Panamá (43%) y en Brasil (41%). En este último país, se dijo que la información sobre las pruebas fue recibida por el 40% de los encuestados. Las pruebas también fueron muy mencionadas por los entrevistados en Trinidad y Tobago (66%) y en Jamaica (37%), mientras que, en todos los demás países, este tipo de información fue citado por menos del 10% de los entrevistados. En Nicaragua, la información relacionada con las vacunas

(tipos de vacunas, modalidad, seguridad, criterios de elegibilidad, registro, etc.) fue reportada como uno de los principales tipos de información recibida a través de diferentes canales (38%), mientras que solo fue reportada por el 21% de los encuestados a nivel regional. En Colombia, el 1% de los encuestados declaró no haber recibido ninguna información, la mayoría de los participantes que respondieron de esta manera son migrantes. No hay discrepancias importantes en los resultados revelados a través del género, el nivel de educación, estados de residencia o grupos de edad. Sin embargo, los participantes indígenas informaron haber recibido menos información sobre medidas de prevención (41%), medidas de aislamiento (24%) y riesgos y complicaciones (19%) que el resto de los encuestados.

Los encuestados informan medios de comunicación similares sobre COVID-19, generalmente una combinación de medios y contactos personales.

El 70% de los encuestados obtiene información de la televisión, el 56% de las redes sociales, el 42% de la radio, el 34% de WhatsApp y el 20% del contacto con familiares/amigos/vecinos. Aunque estos canales no aparecen exactamente en el mismo orden para cada grupo de edad evaluado, las cinco principales fuentes de información son similares en todos los grupos de edad, excepto para los de 18 a 29 años que se informan con mayor frecuencia utilizando investigaciones en línea (OMS, CRMLR, CDC, Ministerio de Salud, etc.) en comparación con el contacto personal con la familia / amigos / vecinos. Las redes sociales son menos utilizadas por los participantes mayores de 60 años, con solo el 22% de este grupo de edad citando esta fuente contra aproximadamente la

Figura 3. Porcentaje de encuestados que declaran haber recibido información, por tema

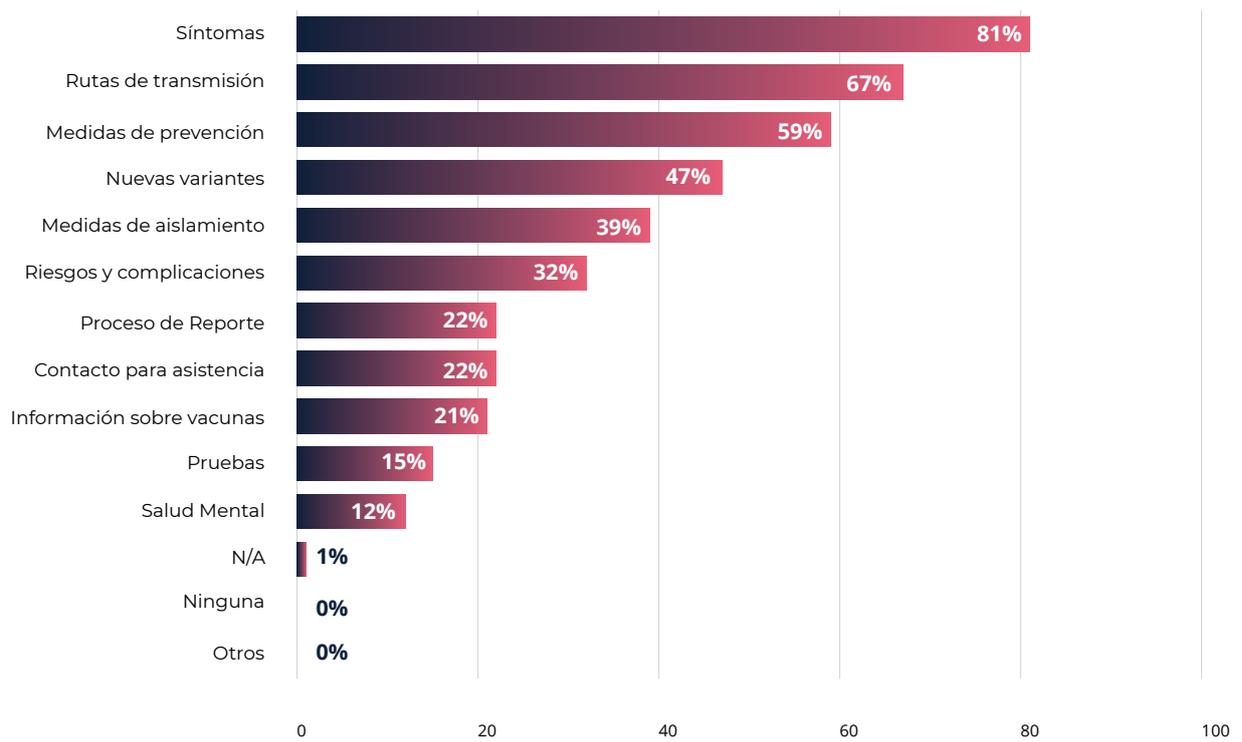
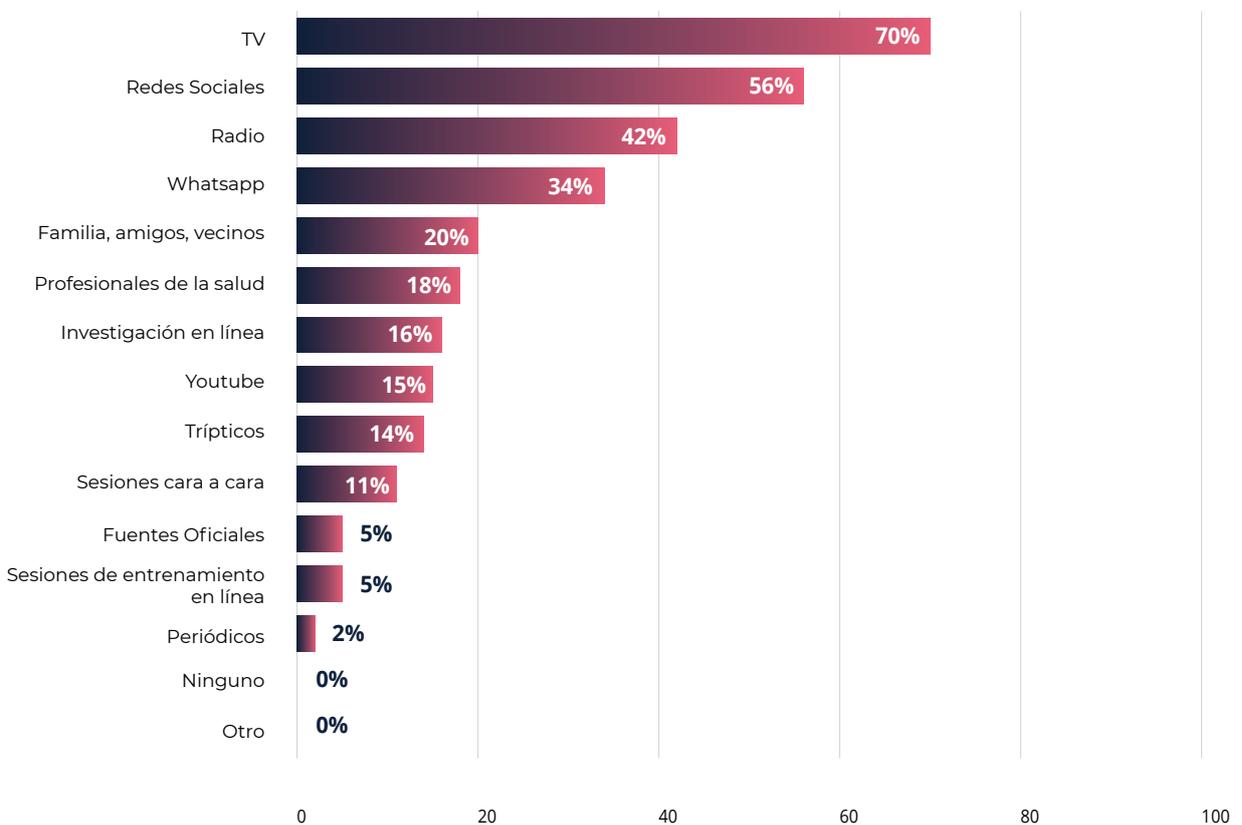


Figura 4. Porcentaje de encuestados que declaran haber recibido información, por medios de comunicación



mitad o más de los participantes en cada uno de los otros grupos de edad. El mismo resultado se puede ver para WhatsApp con una puntuación mucho más baja para los encuestados mayores de 60 años (15% contra 30 a 40% en otros grupos de edad) y para YouTube (5% contra 17% a 18% en otros grupos de edad). Con respecto a la desagregación por nivel educativo, parece que los participantes sin educación formal son menos propensos que los grupos más educados a informar que la radio es su principal fuente de información (65%), mientras que representan el grupo relacionado con la educación que informó que menos usaba las redes sociales (28% contra el 42% y el 70% en otros grupos). Los encuestados indígenas tienen canales de comunicación favoritos muy similares con un mayor uso de la radio (62% contra el 39% de los otros participantes) y WhatsApp (42% contra el 33%), así como un menor uso de la investigación en línea (6% contra el 17%).

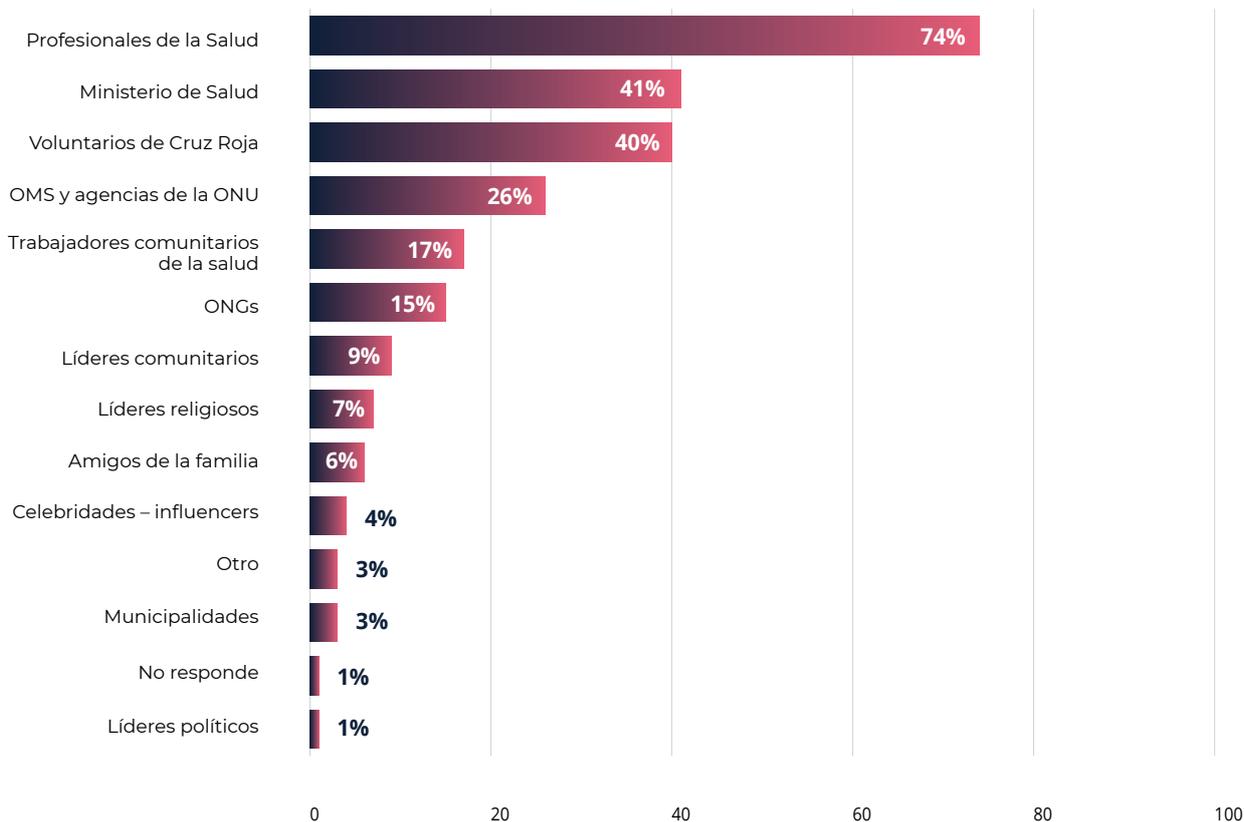
A nivel nacional, las sesiones presenciales de concientización son vistas como uno de los canales preferidos (12%) en Jamaica. En Brasil, la investigación en línea (OMS, CRMLR, CDC, Ministerio de Salud, etc.) también parece ser muy utilizada para obtener información (22%). En Nicaragua, el contacto personal con profesionales de la salud (31%) y el uso de folletos y volantes (25%) fueron reportados respectivamente como los canales 3º y 4º preferidos, sin embargo, el número de encuestados para

esta pregunta es muy limitado y este resultado debe ser visto como indicativo.

En general, los participantes se basan principalmente en la información de las autoridades oficiales y de los actores humanitarios / de desarrollo.

Las cinco fuentes de información preferidas son los profesionales de la salud (74%), los Ministerios de Salud (41%), los voluntarios de la Cruz Roja (40%), los organismos de la OMS y las Naciones Unidas (26%) y los trabajadores comunitarios de la salud (17%). No hay grandes discrepancias en los resultados entre hombres y mujeres ni entre migrantes, indígenas y residentes, sin embargo, los encuestados mayores de 60 años están menos inclinados a confiar en la OMS y las agencias de la ONU como fuentes de información (17% solo frente a alrededor del 30% para todos los demás grupos de edad). Del mismo modo, los participantes con formación universitaria están más inclinados a utilizar las agencias de la ONU como fuentes de información que otros participantes (36% contra menos del 20% de los encuestados con antecedentes educativos más bajos). Los líderes religiosos y comunitarios son reportados con mayor frecuencia como fuentes de información por los encuestados en Jamaica (respectivamente 19% y 27%), aunque la encuesta sólo se realizó en una comunidad y, por lo tanto, los resultados solo deben considerarse indicativos.

Figura 5. Porcentaje de encuestados que declaran haber recibido información, por fuente de información





Guatemala En San Luis Palo Grande, el equipo regional de Participación Comunitaria y Rendición de Cuentas a la Comunidad de la IFRC y la Cruz Roja Guatemalteca desarrollaron un proceso de video participativo.
© Hermanos Corallo

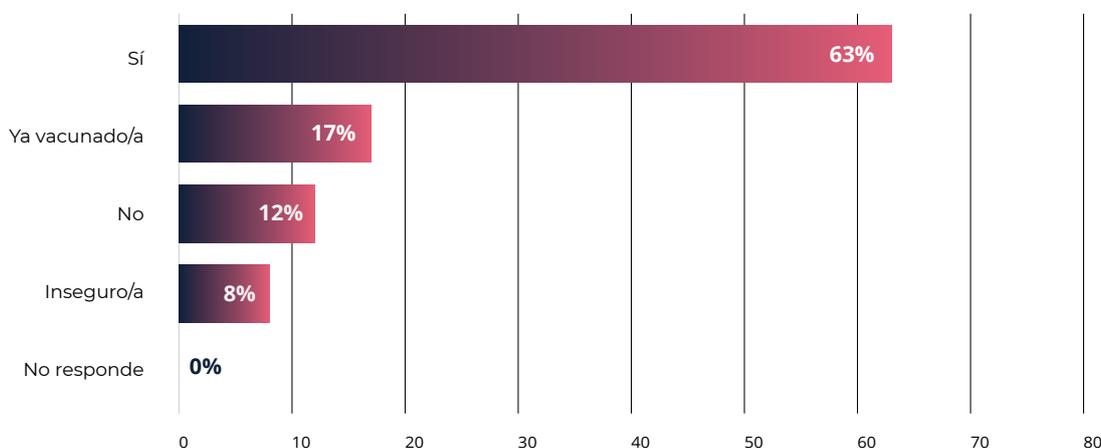
CONCIENCIACIÓN Y PERCEPCIONES DE LA VACUNA CONTRA EL COVID-19

Solo el 17% de los encuestados había sido vacunado en el momento en que se implementó esta encuesta. Las tasas de vacunación más altas se encontraron en Bolivia, Brasil y Trinidad y Tobago. La aceptación general de la vacuna COVID-19 es relativamente alta, con solo 2 de cada 10 personas que rechazarían la vacunación.

El 63% de la población evaluada estaría de acuerdo en recibir la vacuna contra el COVID-19 si estuviera disponible y se recomendará. Solo el 12% no tomaría la vacuna y el 8% no está seguro de lo que haría. No hay grandes discrepancias entre hombres y mujeres, entre migrantes y residentes ni entre grupos de edad o en función del nivel educativo. **Sin embargo, se puede establecer una diferencia notable entre los pueblos indígenas (de Colombia, Guatemala y Panamá) y los demás participantes. Los resultados muestran que ningún entrevistado de los grupos indígenas recibió la vacuna contra el COVID-19, a diferencia del 19% de los otros participantes. La Cruz Roja Guatemalteca subraya la falta histórica de acceso a los servicios de salud para las poblaciones indígenas y migrantes, lo que podría explicar en parte esta brecha de respuesta.** Sin embargo, los encuestados indígenas son un poco más propensos a la vacunación, con un 75% de ellos a favor de recibir la vacuna.

A nivel de país, Nicaragua, Panamá, Colombia y Argentina muestran altos niveles de aceptación de vacunas con más del 70% de los encuestados dispuestos a vacunarse. Bolivia, Brasil y Trinidad y Tobago también muestran niveles de aceptación muy altos con más del 80% de los encuestados dispuestos a vacunarse o que ya habían recibido la vacuna en el momento del estudio, con respectivamente el 41%, el 35% y el 58% de los encuestados que ya habían sido vacunados contra COVID-19. Esta alta tasa en Trinidad y Tobago puede explicarse por la inclusión de refugiados y migrantes en el plan de vacunación, realizado principalmente a través de sitios de vacunación y sin necesidad de cita previa (ACNUR 26/11/2021). Bolivia, Brasil y Nicaragua muestran un nivel muy alto de aceptación de la vacuna con más del 85% de la población de cada país que cree que sus conocidos recibirían la vacuna. Por otro lado, el 41% de los encuestados en Jamaica cree que sus conocidos no tomarían la vacuna.

Figura 6. Porcentaje de encuestados con intención de vacunarse contra el COVID-19



Si bien el 80% de los encuestados ya ha recibido o seguramente estaría de acuerdo en recibir la vacuna contra el COVID-19, el 76% también cree que sus conocidos también la recibirían. Sin embargo, el 12% no lo cree. No hay grandes discrepancias entre hombres y mujeres, migrantes y residentes ni entre grupos de edad o en función del nivel educativo.

En general, el 61% de todos **los encuestados ha recibido una vacuna (distinta del COVID-19) durante la edad adulta**, mientras que el 33% no lo ha hecho. No hay discrepancias importantes entre el género, el estado de residencia o el nivel de educación, sin embargo, los

Varios países muestran resultados impresionantes en este sentido. Bolivia, Guatemala, Panamá, Trinidad y Tobago, Nicaragua y Brasil alcanzan puntajes superiores al 90% en lo que respecta a que los encuestados sepan dónde vacunarse contra COVID-19. Argentina tiene un puntaje muy bajo en comparación con solo el 64% de los participantes que tienen esta información.

A nivel regional, el 73% de los entrevistados cree que es fácil acceder a los servicios de vacunación, incluido el 33% que percibe los servicios de vacunación como muy fáciles de llegar y el 19% moderadamente fáciles. Por otro lado, el 25% de los participantes reporta que el acceso no es

"Tienes que hacer una cita en línea y luego ir en taxi o autobús. Es un proceso difícil porque no hay traductor, la mayoría habla inglés... Es difícil porque no hay transporte".

— Entrevista a una migrante en Trinidad y Tobago

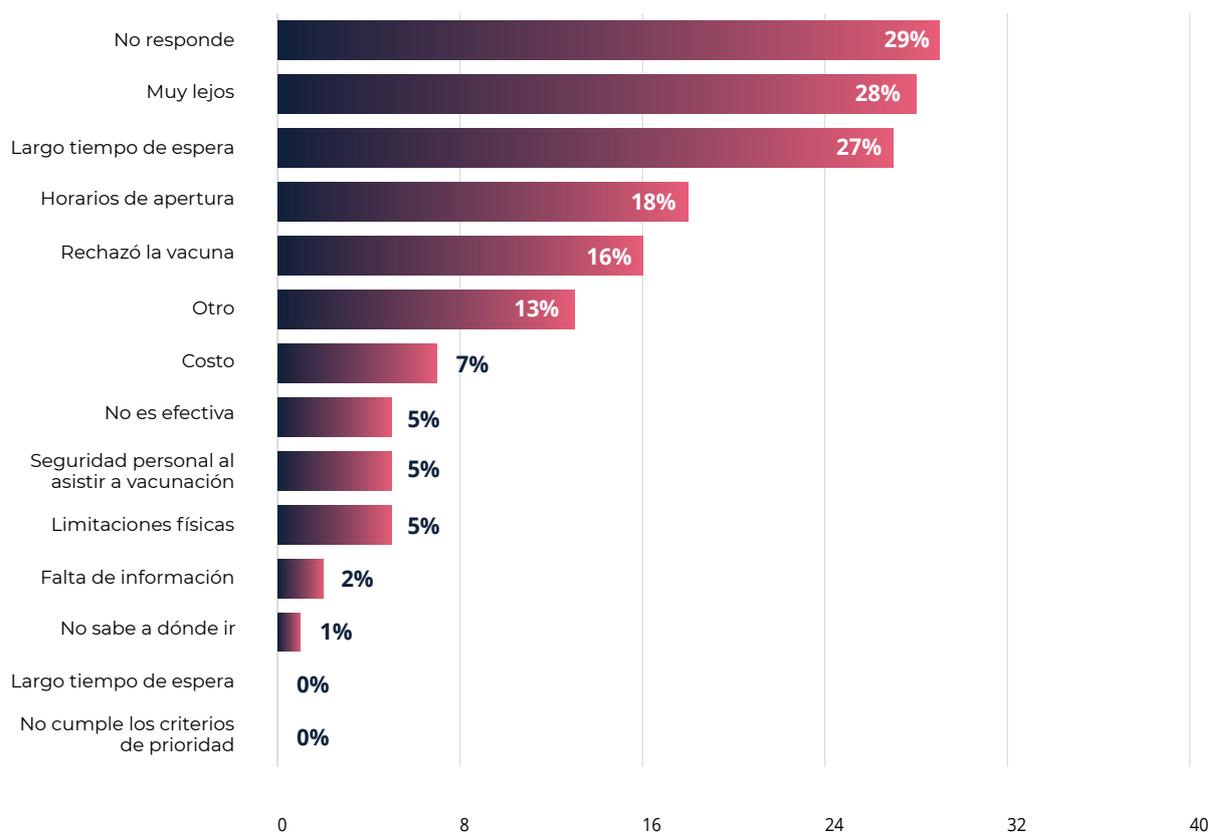
participantes mayores de 60 años tienen más probabilidades de informar haber recibido vacunas (más del 70%), así como las mujeres embarazadas / lactantes (81%). Existen altas diferencias entre países con ejemplos como Brasil y Panamá que muestran altos porcentajes de adultos vacunados (ambos 87%), mientras que Jamaica, Colombia, Guatemala y Argentina reportan cifras más bajas (respectivamente 26%, 48% y 51%).

La mayoría de los encuestados saben dónde vacunarse contra COVID-19 y describen el servicio como de fácil acceso. Sin embargo, los migrantes y las poblaciones indígenas reportan mayores limitaciones en el acceso a los servicios de vacunación. El 82% de los encuestados sabe dónde vacunarse, mientras que el 18% no tiene esta información. No hay grandes discrepancias entre hombres y mujeres, empresarios y residentes ni entre los grupos de edad y los niveles de educación.

nada fácil, debido a la distancia (28%), a las largas filas de espera (27%), a los horarios de apertura inconvenientes (18%) y finalmente a los servicios inadecuados (ser rechazado sin vacunación, 16%). Además, la mitad de los migrantes enfrentan dificultades para acceder a los servicios de vacunación. En Colombia, por ejemplo, **más de la mitad de los migrantes, refugiados y solicitantes de asilo encuestados en este estudio, especialmente los más jóvenes, expresaron que los centros de vacunación están demasiado lejos. Otra barrera común reportada entre los migrantes en Colombia es que son "enviados de regreso a casa sin vacunas", lo que puede estar relacionado con la forma en que los migrantes perciben el tratamiento recibido en los centros de vacunación.**

No hay grandes discrepancias entre hombres y mujeres. Las mismas barreras para la vacunación aparecen en todos los grupos de edad, con la excepción de los encuestados mayores de 80 años que mencionaron las limitaciones físicas como la principal barrera. Los participantes mayores de 60 años estaban menos inclinados

Figura 7. Porcentaje de encuestados que declaran encontrar obstáculos para acceder a los servicios de vacunación, por barrera



a sufrir largas filas de espera y horarios de apertura en comparación con otros grupos de edad, pero mencionaron limitaciones físicas (14%) con mayor frecuencia. Los participantes con antecedentes universitarios parecen sufrir menos de distancia a los servicios de salud que los encuestados de grupos con menor nivel de educación (17% contra 41% de los participantes con educación primaria, 27% con educación secundaria y 38% sin educación formal). **Los participantes indígenas reportan mayores problemas con la distancia (42%) que los otros participantes (33%), así como con los horarios de apertura (26% contra 17%).** Ser rechazado sin ser vacunado es otra barrera principal reportada por este grupo (23% contra 15% para los otros participantes).

A nivel de país, la mayoría de los encuestados en Brasil (88%) y Panamá (69%) perciben que el acceso a los servicios de vacunación es muy fácil. Por el contrario, el 54%

de los encuestados en Colombia, en su mayoría migrantes (reportados por el 63% de los migrantes contra el 29% de los residentes), perciben el acceso como nada fácil, principalmente debido a la distancia y las largas filas de espera. A pesar de que el acceso a la atención médica está legalmente obligado a ser dado a los migrantes en caso de emergencias, la IFRC indica que los largos tiempos de espera y otros desafíos restringen el acceso de los migrantes en Colombia. Además, el aumento de la demanda ha obstaculizado el acceso a servicios de salud ya limitados en las zonas fronterizas (IFRC 09/03/2021, R4V 12/05/2020). En Jamaica y en Trinidad y Tobago, la seguridad personal fue la primera y segunda barreras principales mencionadas por los entrevistados. En Argentina, si bien más de la mitad de los participantes cree que los servicios de vacunación son solo un poco fáciles o nada fáciles de acceder, la principal barrera mencionada es la falta de efectividad de los servicios.

CONFIANZA EN LAS VACUNAS CONTRA EL COVID-19

Los encuestados generalmente confían en los proveedores de atención médica a cargo de la vacuna COVID-19, así como en la vacuna en sí (seguridad, eficiencia, relevancia para las creencias). Los problemas de confianza con los proveedores de información y la eficiencia de las vacunas generalmente están vinculados.

La población encuestada informó una confianza moderada (35%) y una confianza muy alta (29%) en los proveedores de atención médica a cargo de las vacunas COVID-19. El 24% informó poca confianza y el 12% ninguna confianza en absoluto. No hay grandes discrepancias entre hombres y mujeres, migrantes y residentes ni entre grupos de edad o en función del nivel educativo.

Si bien los niveles de confianza son bastante bajos en Jamaica y Panamá, el 25% y el 26% de la población encuestada afirman que no confían en absoluto en los profesionales de la salud a cargo de la vacunación. Lo contrario se observa en Brasil, donde el 69% de la población encuestada tiene / tendría una confianza muy alta en los proveedores de atención médica.

Curiosamente, mientras que el 80% de los encuestados estaría de acuerdo o ya ha aceptado tomar la vacuna COVID-19, su confianza en la vacuna en sí difiere. **De hecho, solo el 24% de los entrevistados tiene una alta confianza en la vacuna y el 34% tiene una confianza moderada, el 28% tiene poca confianza y el 14% no tiene ninguna confianza en la vacuna.** No hay discrepancias importantes entre hombres y mujeres, sin embargo, los participantes entre 60 y 79 años son el grupo de edad con el mayor nivel de confianza en la vacuna (más del 30%). Cabe señalar que los grupos de edad de 7a 0-79 y mayores de 80 años también muestran una mayor desconfianza en la vacuna (29% y 35% respectivamente), lo que muestra una alta polarización de opiniones en este grupo de edad. No se encontraron diferencias importantes en función del nivel de educación de los participantes ni entre los residentes y los migrantes. En Colombia, por ejemplo, donde más de la mitad de la

población encuestada son actualmente migrantes de Venezuela, el nivel de confianza en la vacuna COVID-19 es bajo y el temor a que las vacunas sean inseguras es una de las razones más reportadas. Con base en el informe nacional de esta encuesta, el proceso de despliegue de la vacunación a veces se asocia con los gobiernos de Colombia y Venezuela, lo que genera desconfianza en los entrevistados.

Fuentes secundarias indican que la comunicación poco clara puede aumentar la reticencia a la vacuna debido a una sobrecarga de información y una falta de confianza en los proveedores de información. Para marzo de 2021, solo un tercio de los países del mundo tenían una estrategia específica contra la reticencia a las vacunas. Los estudios también muestran que los migrantes pueden ser más reacios a las vacunas. Por ejemplo, los migrantes entrevistados por la Media Luna Roja Turca informaron de que gozan de buena salud y, por lo tanto, no necesitan la vacuna. El miedo a los efectos secundarios a largo plazo y las preocupaciones sobre la seguridad también pueden causar renuencia. En Colombia, por ejemplo, la reticencia a la vacuna entre los migrantes se debió principalmente al temor a efectos secundarios que podrían reducir la capacidad de trabajar ([IFRC 11/08/2021](#)).

Existen grandes diferencias en relación con el nivel de confianza en la vacuna entre los países. Por ejemplo, el 62% de los encuestados en Brasil reportan una confianza muy alta en la vacuna en comparación con el 27% en Panamá y el 38% en Jamaica que informan que no tenían ninguna confianza en la vacuna en el momento de la encuesta.

"Le tenemos miedo a la vacuna y no te protege del todo, pero es mejor tener un poco de protección que nada".

— **Entrevista a un varón residente en Bolivia**



Perú Gracias al apoyo de los miembros del personal de la Cruz Roja, las comunidades indígenas de Perú reciben vacunas administradas por el Ministerio de Salud Nacional.
©Sebastián Castañeda / Cruz Roja Peruana / Reuters / CICR

IMPACTOS SOCIOECONÓMICOS DEL COVID-19

La población encuestada expresó una gran preocupación por la pandemia del COVID-19. El 77% de la población evaluada reportó una alta preocupación. No hay grandes discrepancias entre hombres y mujeres (menos de 5 puntos porcentuales). Sin embargo, las mujeres embarazadas y lactantes parecen estar más preocupadas por la situación, ya que el 86% de ellas respondió positivamente a la pregunta “¿Hay algo que te preocupe en relación con el coronavirus?” Se encontraron pequeñas diferencias para los encuestados entre 40 y 70 años que tienen el nivel de preocupación más alto sobre COVID-19 (más del 78%), y para los encuestados mayores de 70 años que tienen el nivel de preocupación más bajo (70% o menos). Curiosamente, los residentes eran más propensos a expresar preocupación que los migrantes (80% contra 73%). No se encontraron diferencias significativas según el nivel de educación de los participantes.

Nicaragua alberga a la población más preocupada por el COVID-19 según este estudio, con un 93% de los entrevistados que se sienten preocupados. Sin embargo, las poblaciones en Argentina y Jamaica parecen estar un

poco menos preocupadas, con respectivamente el 59% y el 52% de la población evaluada que informó sentirse preocupada.

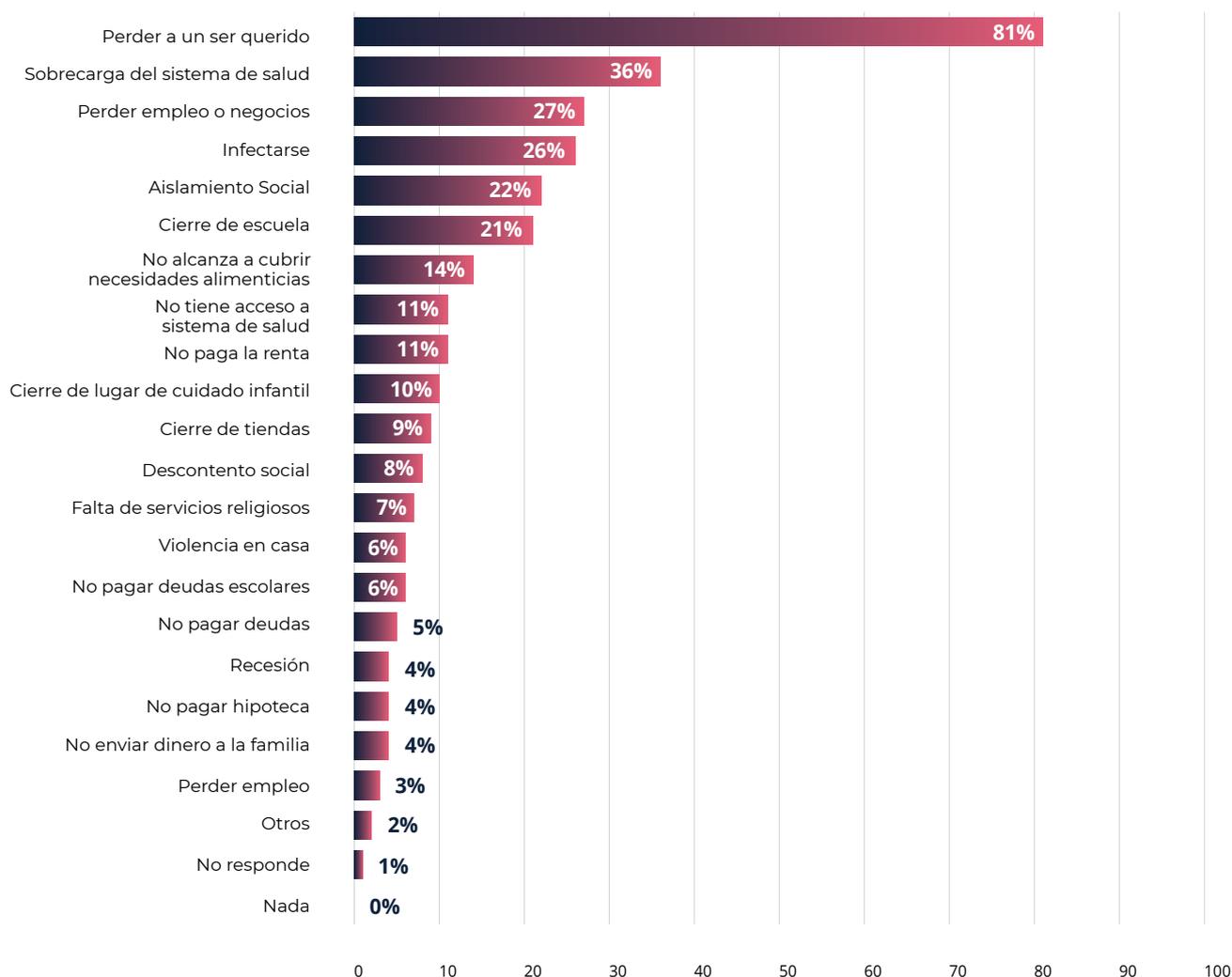
Las principales preocupaciones reportadas por las poblaciones son el miedo a perder a alguien querido (81%); de ver el sistema de salud sobrecargado (36%); de perder el trabajo o el negocio (27%); de estar socialmente aislado (22%) y de ver las escuelas cerradas (21%).

No hay grandes discrepancias entre hombres y mujeres ni entre migrantes y residentes o entre grupos de edad, aunque la posición de las principales preocupaciones puede variar ligeramente entre los grupos. No se encontraron diferencias en función del nivel de educación de los participantes. ***Sin embargo, se puede observar una diferencia significativa ya que los participantes indígenas expresaron una mayor preocupación por el aislamiento social (32%) que los otros participantes (20%). La imposibilidad de pagar deudas es otra preocupación importante para este colectivo (17%) mientras que apenas fue expresada por el resto de los entrevistados (3%).*** Las tres preocupaciones menos reportadas son

Panamá Migrantes de Haití alojados en la Estación de Acogida de Migrantes de Lajas Blancas participan en una conversación con miembros de la IFRC y de la Cruz Roja Panameña para identificar las principales necesidades y el nivel de satisfacción con los servicios humanitarios ofrecidos por el Movimiento Internacional en esta región. © Cruz Roja Panameña



Figura 8. Porcentaje de encuestados que declaran tener preocupaciones sobre los posibles impactos del COVID-19



no poder enviar dinero a la familia en el país de origen; no poder pagar la hipoteca y la recesión (por ejemplo, el cierre de un negocio).

En todos los países, los resultados son similares con el miedo a perder a una persona querida, ver el sistema de salud sobrecargado y perder el trabajo o el negocio, las preocupaciones más reportadas. En Argentina, no poder pagar el alquiler y el cierre de tiendas se ubican en 4ª y 5ª posición (29% y 26% respectivamente). En Brasil, el cierre de escuelas también es una gran preocupación (33%), así como no poder satisfacer las necesidades alimentarias (30%). El miedo a no acceder a la atención médica no aparece como un tema crítico para los encuestados en Brasil (solo el 5% lo menciona). Por el contrario, se reporta como la 3ª preocupación más importante en Bolivia (22%) y como la 4ª en Nicaragua (33%). No satisfacer las necesidades alimentarias es una preocupación importante en muchos países: Nicaragua (44%), Trinidad y Tobago (37%), Brasil (30%) y Argentina (24%).

En Colombia, casi la mitad de los migrantes provenientes de Venezuela que participaron en el estudio reportaron la imposibilidad de adquirir productos de primera clase necesarios como alimentos y medicinas y no haber podido pagar su alquiler. En algunos casos, los migrantes informaron de que habían estado expuestos a desalojos y a la imposibilidad de obtener atención médica.

Antes de la pandemia, la situación económica en los países evaluados era considerada en general buena por los encuestados, excepto en Argentina y Nicaragua. Según los informes, las economías nacionales se ven ampliamente afectadas por la pandemia, con impactos significativos en los medios de vida y las condiciones de vivienda de los encuestados.

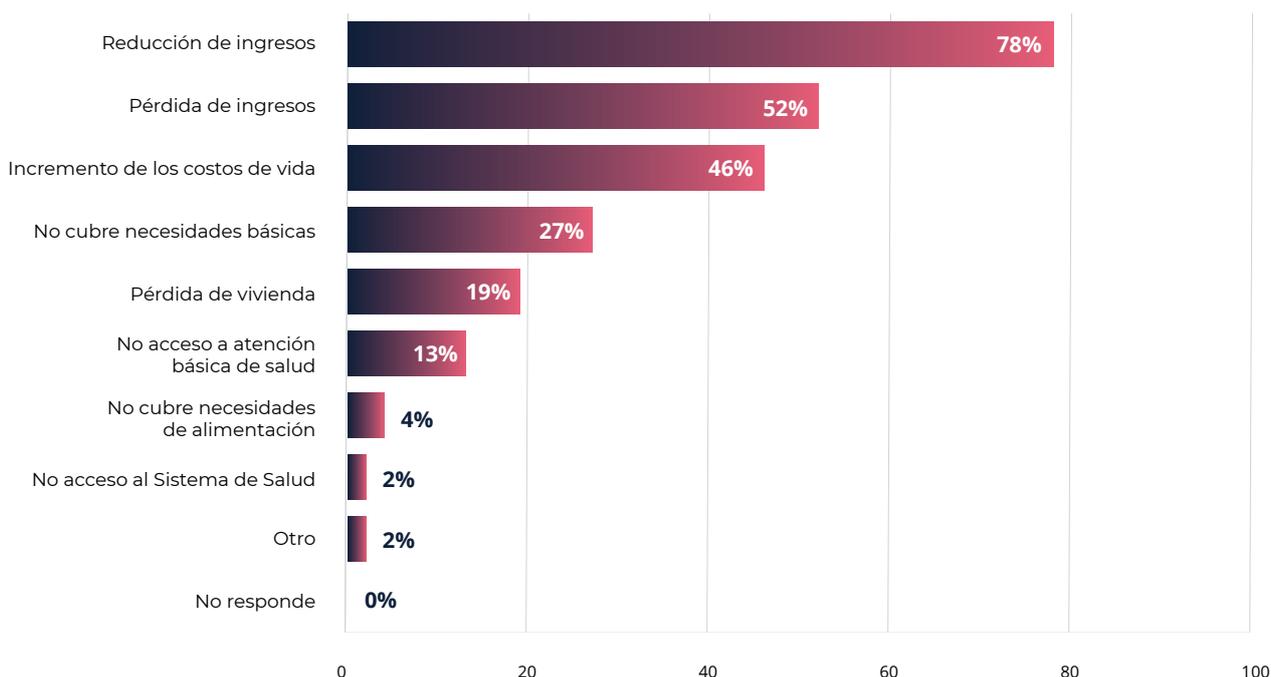
En general, el 44% de los encuestados en la región cree que su situación económica antes del COVID-19 era buena, el 34% era adecuada, el 11% era excelente y el 8% era mala. No hay grandes discrepancias entre hombres

“El año pasado tuve COVID y por esta razón perdí mi trabajo. En la empresa para la que trabajaba decidieron despedirme porque estaba contagiada de COVID, cumplí el aislamiento durante 21 días y aun así en la empresa me despidieron por miedo a contagiarse. Perder mi trabajo afectó mi vida, ya que conseguir un trabajo en estos tiempos es muy difícil y ese era el sustento en mi hogar. La vida de un migrante no es fácil y en los últimos años aún menos”.

— Entrevista a una migrante en Argentina



Figura 9. Porcentaje de encuestados que mencionan los impactos socioeconómicos del COVID-19 por tipo



y mujeres, residentes y migrantes, entre grupos de edad ni en función del nivel educativo.

Los entrevistados en Brasil reportaron una percepción muy positiva de su situación económica antes del COVID-19 con un 40% de la población evaluada percibiéndolo como excelente, un 49% como bueno y solo un 3% como pobre. En Guatemala, Jamaica, Panamá, Trinidad y Tobago, Bolivia y Colombia, la mayoría de las personas consideraron que su situación económica pasada era adecuada para bien (alrededor del 80% para cada país). En Argentina y Nicaragua, sin embargo, la situación económica pasada fue percibida principalmente como adecuada por el 47% y el 56% de los encuestados, respectivamente, y la pobre por el 26% y el 23% de los encuestados.

A nivel regional, una gran parte de la población cree que su situación económica ha cambiado debido a la pandemia. El 19% no cree que su situación económica se haya visto alterada. Aunque no hay grandes discrepancias entre hombres y mujeres, parece que los entrevistados mayores de 70 años están más inclinados a no reportar

cambios económicos (por encima del 30% de los encuestados para los grupos de edad de 70-79 años y mayores de 80 años). No se encontraron diferencias basadas en el nivel de educación de los participantes ni en función de su estado de residencia.

El 86% de los encuestados en Colombia reportó cambios económicos, lo que convierte a Colombia en el país con mayor percepción de cambio entre los nueve países encuestados. En contraste, solo el 59% de los encuestados en Jamaica y el 57% en Argentina reportaron cambios.

Entre los impactos socioeconómicos mencionados por las poblaciones, la reducción de los ingresos (78%), la pérdida de ingresos laborales o familiares (52%), el aumento de los costos de vida (46%), la incapacidad para comprar artículos de primera necesidad (alimentos, medicinas, etc.) (27%) y la pérdida de vivienda (19%) son los cambios más mencionados. La imposibilidad de acceder a la atención médica es también uno de los principales desafíos en Nicaragua y en Brasil (37% y 23% respectivamente). Del mismo modo, la incapacidad para acceder

“En mi familia nos quedamos sin trabajo, como consecuencia de la pandemia, los negocios cerraron”.

— *Entrevista a una mujer residente en Nicaragua*

a las necesidades alimentarias se ha reportado específicamente en Jamaica (32%) y en Argentina (28%). En su informe sobre el impacto socioeconómico del COVID-19, la IFRC destaca el hecho de que, a nivel mundial, «la actividad de respuesta socioeconómica más común durante la pandemia fue en torno a la asistencia alimentaria y en especie» (IFRC 22/11/2021).

Los entrevistados entre 18 y 59 años se ven afectados con mayor frecuencia por la pérdida de ingresos (53%) en comparación con los participantes mayores de 60 años (39%). Los participantes sin un título de educación o educación especial informan con mayor frecuencia dificultades en la compra de necesidades básicas y pérdida de vivienda. Los residentes sufrieron más por la pérdida de ingresos que los migrantes (63% contra 46%), mientras que el 34% de los migrantes informaron pérdida de vivienda en comparación con el 11% de los residentes. Sin embargo, las fuentes secundarias subrayan la pérdida parcial o total de los medios de vida de un gran número de migrantes a nivel mundial, especialmente aquellos que trabajan en la economía informal, lo que lleva a altos niveles de estrés (R4V 12/05/2020). **Los encuestados indígenas expresaron impactos socioeconómicos particularmente severos, con un 86% de ellos sufriendo de ingresos reducidos, el 61% de una pérdida de ingresos, el 53% del aumento de los costos de vida y el 23% de la incapacidad de obtener atención médica básica.** Al igual que los migrantes, también sufren notablemente

la pérdida de espacios habitables (33%). Los resultados no muestran grandes discrepancias entre hombres y mujeres en términos de impacto económico.

Es interesante observar que, en Argentina, si bien la situación económica pasada se describió principalmente como adecuada y pobre, solo el 57% de la población evaluada reportó un cambio desde el inicio de la epidemia, que es 17 puntos porcentuales más bajo que el nivel regional. Según las personas que informaron cambios económicos, los principales impactos son la reducción de los ingresos (59%), el aumento de los costos de vida (52%), la pérdida de ingresos (36%) y la pérdida de un espacio vital (19%). Aunque no se observaron diferencias específicas entre las respuestas de hombres y mujeres, fuentes secundarias destacan el impacto desigual de la pandemia para las mujeres que sufren una mayor pérdida relativa de empleo a nivel mundial, entre otros efectos (IFRC 22/11/2021).

Los impactos socioeconómicos de la pandemia también se reflejan claramente en los datos demográficos compartidos por los participantes durante las encuestas. De hecho, como muestran las cifras 16 y 17, el porcentaje de participantes ocupados ha disminuido del 40% al 24% desde que comenzó la pandemia. Estas caídas afectan a todos los países estudiados, particularmente a Nicaragua, donde el desempleo aumentó del 25% al 62%. En general, las personas indígenas parecen sufrir ampliamente la

Figura 10. Porcentaje de encuestados por situación / tipo de empleo antes y después del COVID-19

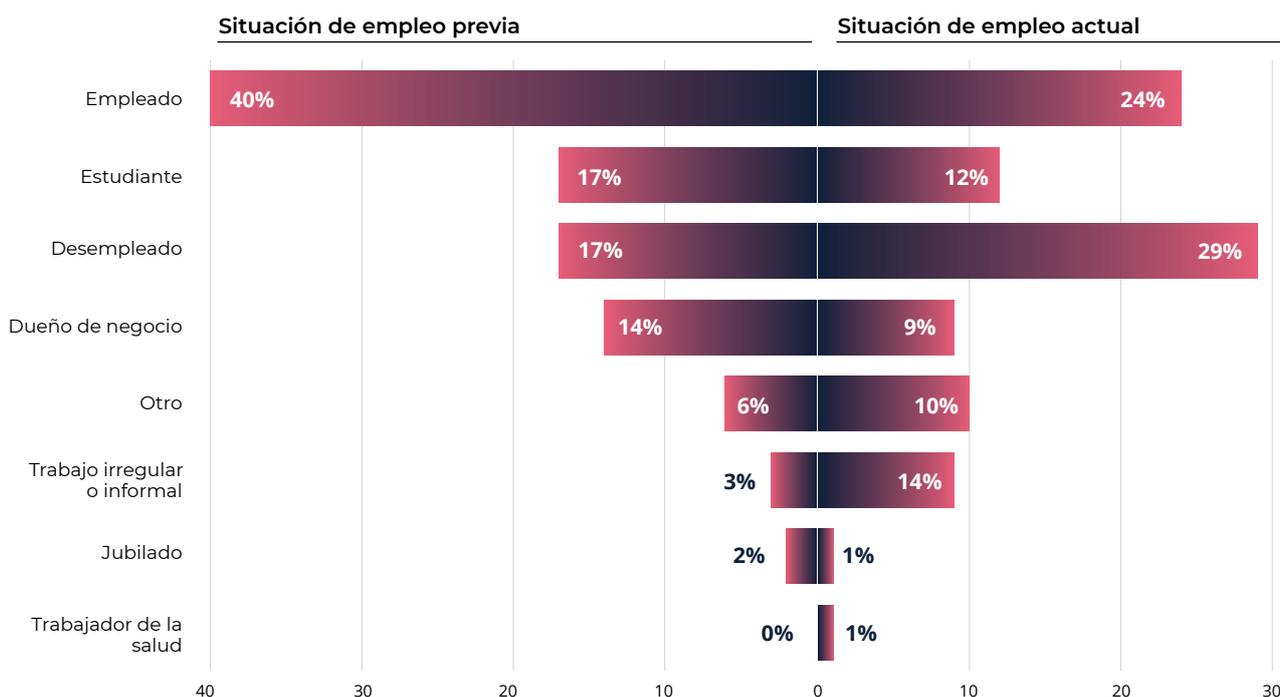


Figura 11. Porcentaje de encuestados por nivel de confianza en los responsables de la toma de decisiones antes y después de la pandemia del COVID-19

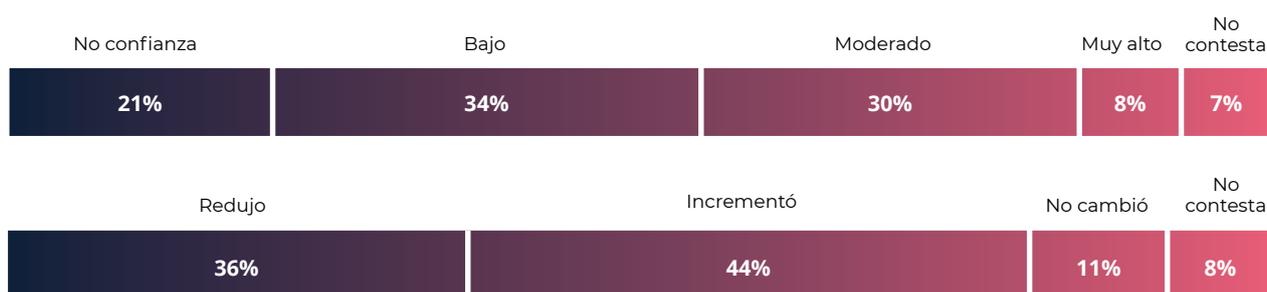
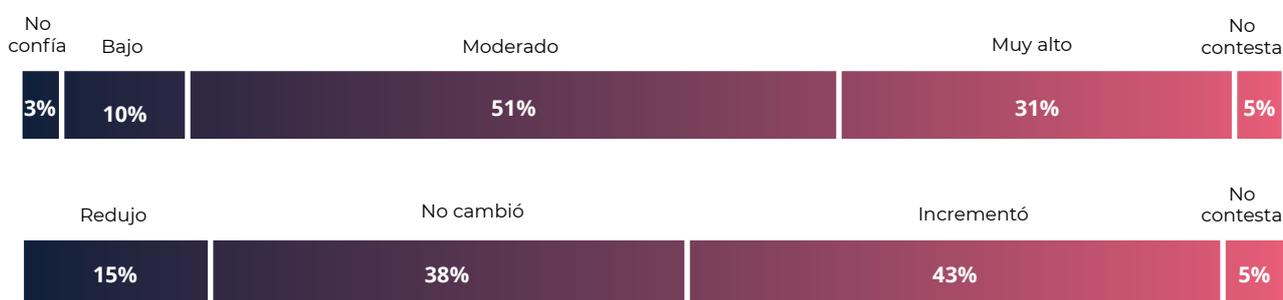


Figura 12. Porcentaje de encuestados por nivel de confianza en los actores humanitarios antes y después de la pandemia del COVID-19



pérdida de empleos con un aumento del 14% al 34% del desempleo reportado desde la pandemia, así como una disminución de los participantes que se declaran propietarios de negocios (12% contra 21% antes del COVID-19). Los resultados también muestran un aumento del trabajo irregular o informal desde la pandemia, del 2% al 14%.

Los niveles de confianza en los responsables de la toma de decisiones eran generalmente bajos antes de la pandemia y desde entonces han disminuido aún más para un tercio de la población encuestada. Los líderes gubernamentales son los menos confiables entre todos los proveedores de información. Por otro lado, los niveles de confianza de la población en los actores humanitarios han aumentado, excepto en Panamá. Los actores humanitarios emergen como la segunda fuente de información más confiable después de los científicos.

Antes de que COVID-19 se confirmara oficialmente, los resultados muestran una confianza relativamente ligera en los responsables de la toma de decisiones, con un 33% de los participantes que expresaron baja confianza, un 30% moderada, un 21% sin confianza en absoluto y un 8% solo una confianza muy alta. Estos resultados

están respaldados por estudios de la OCDE sobre la confianza del gobierno e informan que solo el 51% de los ciudadanos confiaron en su gobierno en 2020, lo que restringe el éxito potencial de las políticas públicas en países de todo el mundo³. La confianza en los actores humanitarios parece ser mucho mayor, con un 48% reportando niveles de confianza moderados, un 29% un nivel muy alto y solo un 10% un nivel bajo. No hay grandes discrepancias entre hombres y mujeres ni entre grupos de edad. Los grupos de edad mayores de 80 años y entre 16 y 17 años, reportan los mayores niveles de desconfianza (respectivamente 40% y 28%). Del mismo modo, los participantes de los grupos de edad mayores de 80 años y de 60-69 muestran la mayor confianza en los actores humanitarios, con respectivamente el 57% y el 37% de los encuestados que informan niveles de confianza muy altos. Sin embargo, la muestra de participantes en estos grupos de edad (especialmente de 16 a 17 años y mayores de 80 años) es pequeña y esos resultados deben considerarse solo indicativos. No se encontraron diferencias importantes en función del nivel de educación de los participantes.

A nivel de país, los encuestados en Brasil expresan una importante falta de confianza en los tomadores de

3 <https://www.oecd.org/gov/trust-in-government.htm>



Jamaica La encuesta de percepción en Jamaica se realizó mientras los habitantes de la comunidad realizaban sus actividades cotidianas. La imagen muestra a un cimarrón local llamado "Big Chief" conversando con un voluntario mientras trabaja en un camión en su barrio. © Chrysanthia Dixon / Cruz Roja de Jamaica

decisiones, con un 40% de ellos sin confianza en absoluto y un 47% con confianza baja a moderada. Sin embargo, su confianza en los actores humanitarios es alta (59%). Se puede observar una brecha particular entre la alta confianza depositada en los proveedores de atención médica en Brasil y la baja confianza en los tomadores de decisiones, que también ha sido subrayada por la OCDE. De hecho, ya en 2018, la OCDE informó que Brasil enfrentaba una crisis de confianza debido a la corrupción, los desequilibrios institucionales y las deficiencias constitucionales (OCDE 02/2018). Sin embargo, la confianza en la vacuna y los proveedores de atención médica puede explicarse por la implementación tardía de la vacunación, mientras que el número de muertos del país alcanzó el tercer lugar mundial, lo que llevó a la población brasileña a estar ansiosa por vacunarse (DW 29/11/2021, Vacuna 08/10/2021). Del mismo modo, en Colombia, la confianza en los tomadores de decisiones es relativamente limitada, con un 42% de los encuestados que la considera baja y un 23% que informa que no tiene confianza. La confianza en los actores humanitarios es mayor, con un 38% de los entrevistados con una confianza muy alta y un 48% una confianza moderada.

En cuanto al nivel de confianza en los tomadores de decisiones, los resultados muestran que el 42% de la población evaluada cree que no ha cambiado desde la pandemia, mientras que un tercio expresó una disminución de la confianza (34%). Solo el 11% reporta una mayor confianza. La confianza hacia los actores humanitarios ha aumentado para el 43% de los encuestados, mientras que el 38% informó que no hubo cambios y el 15% mencionó una disminución. Los niveles de confianza aumentaron principalmente para los migrantes

(56% de los migrantes contra el 34% de los residentes), aunque ya tenían una mayor confianza en los trabajadores humanitarios que los residentes (37% contra 21%). Estos resultados pueden explicarse por contactos más frecuentes y personalizados entre los migrantes y el personal humanitario. Brasil y Colombia parecen haber tenido un aumento importante en la confianza en los trabajadores humanitarios (respectivamente 56% y 62%). No hay grandes discrepancias entre hombres y mujeres ni en función del nivel educativo. Los resultados para los participantes indígenas son muy similares a los puntajes generales. Si bien el muestreo es bajo y los resultados son solo indicativos, la mayoría de los encuestados de 80 años o más, no informan ningún cambio en su confianza en los actores humanitarios (71%). Los entrevistados entre 70 y 79 años también indican una evolución positiva en términos de confianza en los tomadores de decisiones, con un 18% percibiendo una mayor confianza y solo un 26% una disminución de la confianza (la muestra es pequeña, los resultados son indicativos).

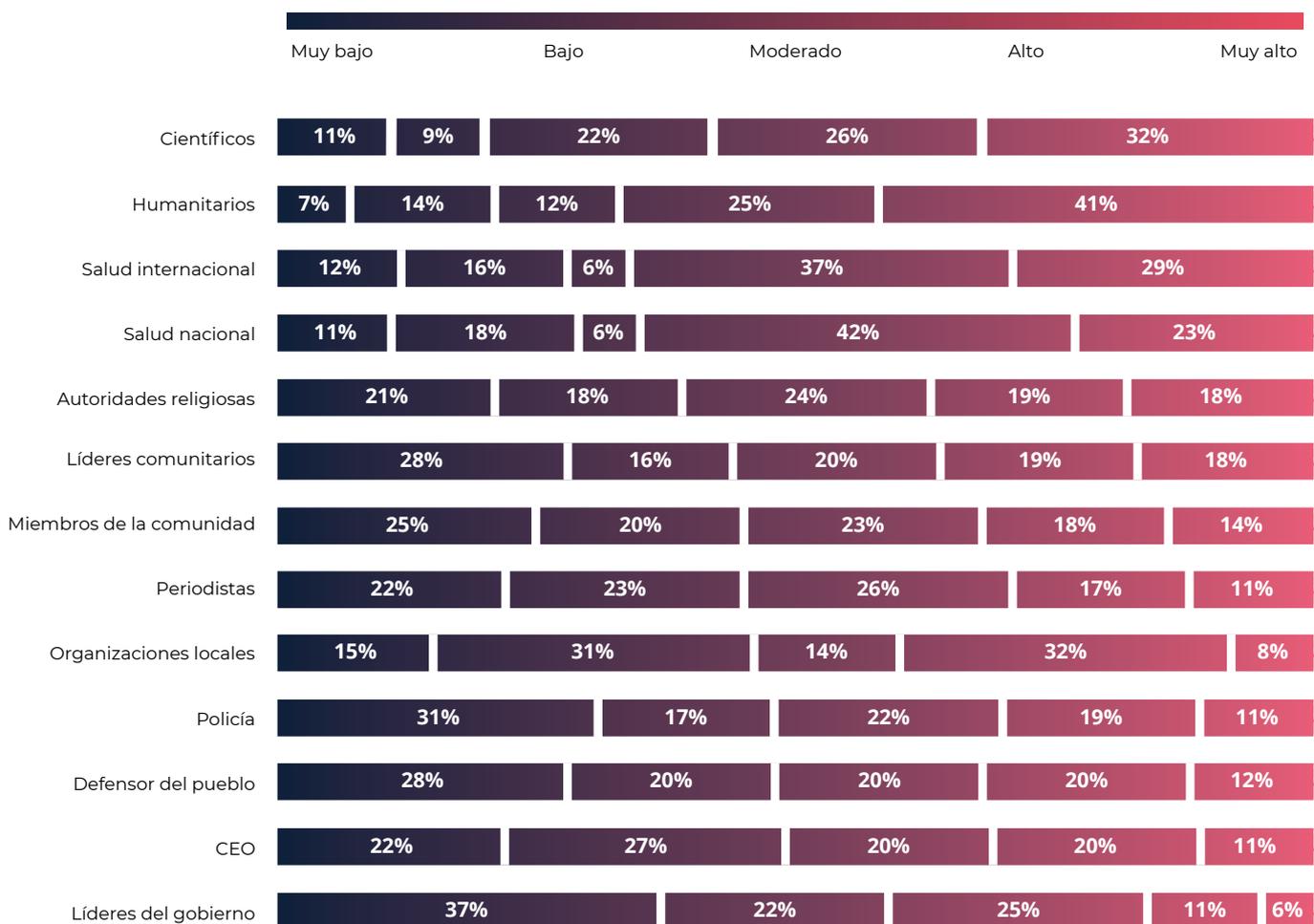
En todos los países evaluados, el porcentaje de personas que reportan una disminución en su confianza en los tomadores de decisiones es mayor que el porcentaje de personas que mencionan un aumento. Panamá, Nicaragua, Bolivia, Argentina y Jamaica tienen niveles de confianza particularmente decrecientes (más del 40% de los encuestados en cada país). Si bien la confianza en los actores humanitarios es generalmente mejor, la pérdida de confianza sigue siendo mayor que la ganancia en Panamá, Nicaragua y Jamaica. Por otro lado, Brasil y Colombia han tenido un aumento importante en la confianza en los humanitarios, respectivamente 56% y 62%.

A nivel regional, las poblaciones tienen una confianza moderada para casi todas las categorías de actores con respecto a las expectativas de hacer lo correcto, con un puntaje más bajo para los líderes gubernamentales (58% de confianza baja a muy baja) y puntajes más altos tanto para los científicos (66% de confianza moderada a muy alta) como para los humanitarios (58% de confianza moderada a muy alta). No hay discrepancias importantes entre hombres y mujeres, excepto por el nivel de confianza en los trabajadores humanitarios que parece ser un poco más alto para las mujeres que para los hombres. Con respecto a los grupos de edad, la confianza en los líderes religiosos y en los miembros de la comunidad local es mayor para los participantes mayores de 70 años. Además, los niveles de educación de los participantes muestran que los encuestados con educación terciaria tienen una menor confianza en los trabajadores humanitarios que los encuestados sin educación formal o solo con educación primaria. Los migrantes declaran confiar más en los actores humanitarios que los residentes. Por el contrario, la confianza en el gobierno y en los líderes comunitarios es ligeramente mayor para los residentes que para los migrantes. Con respecto a los participantes indígenas, los resultados muestran una confianza

notablemente mayor que otros participantes en los líderes religiosos y en los miembros de la comunidad local. Sin embargo, confían menos en los científicos que en los otros participantes, con el 41% de los participantes indígenas que han declarado que confían en ellos, frente al 60% del resto de los entrevistados.

No hay grandes brechas entre los países encuestados. Los resultados muestran tasas comparables y en su mayoría a nivel medio. Sin embargo, los encuestados en Argentina parecen mostrar una confianza muy baja en los líderes gubernamentales (8%) pero una mayor confianza en los miembros de la comunidad local (33%) y en los científicos (66%). En Brasil, los encuestados muestran una confianza muy alta en los trabajadores humanitarios (84%) y científicos (71%) y una alta confianza en los líderes religiosos (49%), los miembros de la comunidad local (60%) y los periodistas (41%). Del mismo modo, las personas evaluadas en Guatemala expresan una confianza relativamente alta en los líderes religiosos (60%), los científicos (38%), los periodistas (36%) y los miembros de la comunidad local (43%). En Panamá, los miembros de la comunidad local (36%), los líderes religiosos (38%) y los científicos (52%) también son percibidos como más confiables.

Figura 13. Porcentaje de encuestados que confían en las partes interesadas clave para hacer lo correcto, por tipo





Colombia Según este estudio las poblaciones indígenas se han visto afectadas severamente por los impactos socioeconómicos de la pandemia y muchos de ellos han sufrido ingresos reducidos y la imposibilidad de recibir atención básica de salud. Cortesía de la Cruz Roja Colombiana

RECOMENDACIONES

Acceso a los mensajes de salud y el impacto de los mismos

1

Mantener sesiones de sensibilización y diálogo informal sobre COVID-19 tanto con los migrantes como con las comunidades de acogida. Si bien los resultados de la encuesta muestran que los trabajadores humanitarios son altamente confiables como proveedores de información, las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja no deben dar la confianza por sentada y deben continuar entregando información a todas las personas, y en particular a las más vulnerables, como la población de edad avanzada, las comunidades indígenas y los migrantes, para que accedan a información actualizada, clara y completa sobre la evolución de la pandemia en los idiomas locales y a través de acciones culturalmente apropiadas.

2

Garantizar que se siga compartiendo toda la información esencial sobre el COVID-19 y la respuesta a la crisis. Sobre la base de las brechas de información identificadas, existe la necesidad de incorporar o ampliar la información relacionada con los riesgos y la respuesta de la salud mental; la importancia de las pruebas; y la vacunación (sitios, efectos secundarios, seguridad y procesos de registro). Mantener mensajes concisos y precisos que puedan ser comprensibles fácilmente, que sean tranquilizadores y en el idioma más apropiado para la comunidad, y asegurarse de utilizar los canales apropiados.

3

Según los canales de comunicación, continuar brindando información de calidad y transparente sobre COVID-19 a través de Internet y las redes sociales, cuando sea posible, principalmente para el grupo de edad de 18 a 29 años. Favorecer el contacto directo con personas mayores de 70 años e incluir a líderes religiosos y comunitarios que, según este estudio, son más confiables para las personas mayores.

4

Monitorear y proporcionar servicios de apoyo psicosocial y apoyo al duelo. Según el estudio, este es uno de los principales temores expresados por las personas. Estos servicios también son esenciales en los casos en que las personas han perdido sus medios de vida y aún no han logrado estabilizar su situación económica.

Vacunas CONTRA el COVID-19: Visión general sobre la concienciación sobre las vacunas y las percepciones de las poblaciones

5

Priorizar la concientización sobre la vacunación contra el COVID-19, especialmente en países en los que no se han establecido planes nacionales de vacunación para migrantes. Siempre que sea posible, ayude a los gobiernos con campañas de vacunación a través de autoservicios, clínicas móviles y otros entornos fáciles de usar. La distancia de las instalaciones y el hacinamiento son los inconvenientes más citados relacionados

con la vacunación, asegurar que todas las estrategias nacionales se centren en ampliar la oferta en áreas remotas y permitir que las personas lleguen a los sitios, especialmente la población indígena. Siempre que sea posible, también abogar por condiciones que garanticen la seguridad personal de las personas que asisten a los Centros de Vacunación.

Confianza en las vacunas contra el COVID-19

6

Incluir mensajes claros y hechos comprensibles para destacar los beneficios de la vacuna, incluir ejemplos e información sobre nuevas variantes y la efectividad de las vacunas contra estas variantes e información sobre los posibles efectos secundarios, su seguridad para la salud y abordar la desinformación.

7

Asegurar que las estrategias de vacunación estén centradas en la comunidad y en los datos. El estudio indica que los problemas de confianza con los proveedores de información y la eficiencia de las vacunas generalmente están vinculados, lo que significa que se deben realizar esfuerzos para mantener o mejorar la forma en que se abordan las comunidades. En aquellos países específicos donde la confianza en las autoridades locales es baja, asegúrese de aumentar los esfuerzos de comunicación e impulse a la población a acceder a información confiable de proveedores de atención médica, actores humanitarios y científicos, que según el estudio son las fuentes de información más confiables y preferidas. Utilizar canales de confianza y favorecer el contacto directo con las poblaciones (líderes comunitarios, líderes religiosos, etc.).



Impactos socioeconómicos del COVID-19

8

Priorizar a las mujeres embarazadas y lactantes en la respuesta general a COVID-19, ya que sufren de mayor ansiedad debido a la pandemia.

10

Continuar ofreciendo servicios sociales contra el aislamiento social, especialmente (aunque no sólo) para las comunidades indígenas. Organizar visitas en hogares vulnerables (hogares de ancianos o solteros/viudos) para introducir líneas de ayuda de emergencia y otras herramientas nacionales disponibles.

12

Siempre que sea posible, diseñar intervenciones basadas en medios de vida que apoyen la recuperación económica de las personas. Una buena opción es desarrollar asociaciones locales con ONGs, el sector privado y los gobiernos para abordar la recuperación económica con una visión de desarrollo.

9

Centrar la asistencia en los hogares cuyos miembros han perdido su negocio o empleo, o han perdido a la persona que era la principal fuente de ingresos de la familia con el fin de ayudarles a restaurar sus medios de vida. Preste especial atención a los pueblos indígenas, ya que los resultados de los estudios muestran que sufrieron una importante pérdida de empleo.

11

Realizar evaluaciones en profundidad e identificar las necesidades prioritarias de los hogares vulnerables (aquellos que no pueden comprar productos de primera necesidad como alimentos y medicinas) o que han sufrido la pérdida de vivienda y empleo, especialmente entre los migrantes.



REFERENCIAS

Informes, artículos y comunicados de prensa:

DW. 2021, *Esperanza de regreso del Carnaval en medio del éxito del COVID-19 en Brasil*. En línea, 3p. [Esperanza de regreso del Carnaval en medio del éxito del COVID-19 en Brasil | América Latina | DW | 29.11.2021](#)

IFRC. 2021, *Ahogamiento justo debajo de la superficie: las consecuencias socioeconómicas de la pandemia del COVID-19*. Suiza, 56 págs. <https://www.ifrc.org/document/drowning-just-below-surface-socioeconomic-consequences-COVID-19-pandemic>

IFRC. 2021, *¿Encerrado y excluido? Por qué el acceso a los servicios básicos para los migrantes es fundamental para nuestra respuesta y recuperación del COVID-19*. Melbourne, 50p. [EN-CRMLR-Global-Migration-Lab-Locked-down-left-out-COVID19.pdf \(reliefweb.int\)](#)

IFRC. 2021, *Sight Unseen: Una visión para el acceso efectivo a las vacunas COVID-19 para los migrantes*. Melbourne, 24 págs. [CRMLR-GML-Sight-Unseen-COVID19-Vaccines-FINAL.pdf \(ifrc.org\)](#)

Moore D. y todo. 2021, *Baja reticencia a la vacuna contra el COVID-19 en Brasil*. Río de Janeiro: Vacuna, 7p. <https://www.sciencedirect.com/sdfe/reader/pii/S0264410X21011920/pdf>

OCDE. 2018, *Informe de política de Brasil. Gobernanza pública*. En línea, 2p. [Brasil-Building-public-trust-en.pdf \(oecd.org\)](#)

OCDE. 2020, *COVID-19 en América Latina y el Caribe: Panorama de las respuestas de los gobiernos a la crisis*. En línea, 34p. [COVID-19 en América Latina y el Caribe: Panorama de las respuestas de los gobiernos a la crisis - OCDE \(oecd-ilibrary.org\)](#)

OXFAM. 2020, *Oxfam llama a los gobiernos de América Latina a actuar para evitar la profundización de la desigualdad ante la crisis por COVID-19*. En línea, 1p. [Oxfam llama a los gobiernos de América Latina a actuar para evitar la profundización de la desigualdad ante la crisis por COVID-19 | Oxfam Internacional](#)

OPS. 2021, *Informe de situación COVID-19 n65*. Washington DC, 16 págs. [COVID-19SitRep65_eng.pdf \(paho.org\)](#)

R4V. 2020, *Plan Regional de Respuesta a Refugiados y Migrantes para Refugiados y Migrantes de Venezuela 2020*. 54 págs. <https://reliefweb.int/report/colombia/rmrp-2020-regional-refugee-and-migrant-response-plan-refugees-and-migrants-0>

R4V. 2021, *SITREP Octubre 2021 - Cono Sur*. En línea, 1p. <https://www.r4v.info/en/document/sitrep-october-2021-southern-cone>

ACNUR. 2021, *Hoja informativa de Trinidad y Tobago, octubre de 2021*. En línea, 2p. <https://reliefweb.int/report/trinidad-and-tobago/unhcr-trinidad-tobago-fact-sheet-october-2021>

Informes nacionales de las Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja:

Cruz Roja Argentina. *El impacto del COVID-19 en las poblaciones vulnerables de migrantes - Estudio de percepción en Argentina*.

Cruz Roja Boliviana. *El impacto del COVID-19 en poblaciones vulnerables - Estudio de percepción de América*, 29 de octubre de 2021. 16p.

Cruz Roja Brasileña. *O impacto do COVID-19 sobre populações vulneráveis: pessoas baixa renda, migrantes e idosos - Estudo de percepção do Brasil*, 21 de septiembre de 2021. 15p.

Cruz Roja Colombiana. *Consultoría para la realización de estudio de percepción que explorará los conocimientos, percepciones y prácticas de las comunidades, relacionados con el COVID-19 en Colombia*, 6 de agosto de 2021. 51p.

Cruz Roja Guatemalteca. *El impacto del COVID-19 en las poblaciones vulnerables de migrantes e indígenas - Estudio de percepción de América (Guatemala)*, 1 de octubre de 2021. 12p.

Cruz Roja Nicaragüense. *Medidas de prevención y vacuna contra el COVID-19 - Estudio de percepción de Nicaragua*, 8 de septiembre de 2021. 16p.

Cruz Roja Panameña. *Encuestas de percepción sobre la aceptación de la vacuna COVID-19 en las comunidades originarias y urbanas*, 17 de octubre de 2021. 10p.

Cruz Roja de Trinidad y Tobago, *COVID-19 Pandemic KPA Study*, 7 de diciembre de 2021. 28p.

Sitios web y paneles:

CEPAL. Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe: acciones por país, visitado el 14 de julio de 2021. [COVID-19 Comisión Económica para América Latina y el Caribe \(cepal.org\)](https://repositorio.cepal.org/es/publicaciones/COVID-19-Comision-Economica-para-América-Latina-y-el-Caribe)

OIM. Portal de datos de migración, visitado el 14 de julio de 2021. [Portal de datos de migración](https://datos.oim.org/)

OPS. Vacunación COVID-19 en las Américas, visitada el 14 de julio de 2021. https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion.asp

PNUD. Conjunto de datos de respuesta a la pandemia del COVID-19, visitado el 14 de julio de 2021. [Pandemia del COVID-19 \(undp.org\)](https://data.undp.org/)

QUIÉN. Panel de control de la OMS sobre el coronavirus (COVID-19), visitado el 14 de julio de 2021. [Panel de control de la OMS sobre el coronavirus \(COVID-19\) | Panel de control de la OMS sobre el coronavirus \(COVID-19\) con datos de vacunación](https://covid19.who.int/)



La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (IFRC) es la mayor red humanitaria del mundo, con **192 Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja** y unos **14 millones de voluntarios**. Nuestros voluntarios están presentes en comunidades antes, durante y después de una crisis o desastre. Trabajamos en los entornos más difíciles y complejos del mundo, salvando vidas y promoviendo la dignidad humana. Apoyamos a las comunidades para que se conviertan en lugares más fuertes y resilientes, donde las personas puedan llevar una vida segura y saludable, y tengan oportunidades de prosperar.

Para obtener más recursos sobre la Participación Comunitaria y la Rendición de Cuentas:

<https://communityengagementhub.org/es>