

GUÍA PRÁCTICA

DE RESPUESTAS
INCLUSIVAS Y
CON ENFOQUE DE
DERECHOS ANTE
EL COVID-19

EN LAS AMÉRICAS

SECRETARÍA DE ACCESO A DERECHOS Y EQUIDAD
DEPARTAMENTO DE INCLUSIÓN SOCIAL

MUJERES - PERSONAS MAYORES - PERSONAS CON DISCAPACIDAD - AFRODESCENDIENTES - PUEBLOS INDÍGENAS - PERSONAS LGBTIQ
DESPLAZADOS INTERNOS - MIGRANTES- SOLICITANTES DE ASILO Y REFUGIADOS - PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD
PERSONAS EN SITUACIÓN DE POBREZA Y POBREZA EXTREMA- INFANCIA Y ADOLESCENCIA

**LUIS ALMAGRO
SECRETARIO GENERAL DE LA OEA**

**NÉSTOR MÉNDEZ
SECRETARIO GENERAL ADJUNTO**

**GASTAO ALVES DE TOLEDO
SECRETARIO DE ACCESO A DERECHOS Y
EQUIDAD**

**BETILDE MUÑOZ-POGOSSIAN
DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE
INCLUSIÓN SOCIAL**

Secretaría de Acceso a Derechos y Equidad (SARE): Guía Práctica de Respuestas Inclusivas y con Enfoque de Derechos ante el COVID-19 en las Américas.

Esta es una publicación de la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos (SG/OEA). Las publicaciones de la OEA son independientes de intereses nacionales o políticos específicos. Las opiniones expresadas en esta publicación no representan necesariamente los puntos de vista de la Organización de los Estados Americanos (OEA).

Copyright © 2020 Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos (SG/OEA).

Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObras Derivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo a la SG/OEA. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras de la SG/OEA que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con el Reglamento de Arbitraje vigente de la Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional (CNUDMI). El uso del nombre de la SG/OEA para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logo de la Organización de los Estados Americanos (OEA), no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional. Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia. @

© Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos 2020

Para solicitar permisos para reproducir o traducir partes o la totalidad de esta publicación, favor contactar: SG/OEA 17th St. & Constitution Ave., N.W. Washington, D.C. 20006 USA

Diseño Grafico: Esperanza A Ramos, Oficial DIS/SARE

Coordinación: Pamela Molina, Consultora DIS/SARE

OAS Cataloging-in-Publication Data

Secretaría de Acceso a Derechos y Equidad (SARE): GUIA PRACTICA DE RESPUESTAS INCLUSIVAS Y CON ENFOQUE DE DERECHOS ANTE EL COVID-19 EN LAS AMERICAS

[Publicado por la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos].

(OAS. Documentos oficiales; OEA/Ser.D/XXVI.16)

1. Access to rights and equity. 2. Social inclusion. 3. Pandemic. 5. COVID-19.
6. Economic, Social and Cultural Rights. 7. Human Rights and Groups in Situation of Vulnerability
I. Organization of American States. Secretariat for Access to Rights and Equity. Department of Social Inclusion.

TABLA DE CONTENIDOS

PRÓLOGO:	6
Secretario General de la OEA	
RESUMEN EJECUTIVO	8
INTRODUCCIÓN:	10
La desigualdad y la pandemia del COVID-19 en las Américas	
CAPÍTULO I:	18
Mujeres, igualdad de género, y COVID-19	
CAPÍTULO II:	23
Consideraciones para una respuesta inclusiva de las personas mayores ante la pandemia COVID-19 en las Américas	
CAPÍTULO III:	30
Hacia una respuesta inclusiva de las personas con discapacidad frente a la emergencia del COVID-19	
CAPÍTULO IV:	38
COVID-19 y la población afrodescendiente	
CAPÍTULO V:	42
Prevención, contención y mitigación del COVID-19 en los pueblos indígenas	
CAPÍTULO VI:	48
Las personas LGBTIQ y el COVID-19 en las Américas	
CAPÍTULO VII:	54
Consideraciones para una respuesta inclusiva de las personas desplazadas internas, migrantes, solicitantes de asilo y refugiados ante la pandemia COVID-19 en las Américas	
CAPÍTULO VIII:	62
La protección de las personas privadas de libertad durante la pandemia del COVID-19	
CAPÍTULO IX:	72
Prevención, contención y mitigación del COVID-19 en las personas que viven en situación de pobreza y pobreza extrema	
CAPÍTULO X:	79
Infancia, educación y asistencia social en tiempos del COVID-19	
CONTRIBUYENTES	88

PRÓLOGO¹



Sr. Luis Almagro Lemes
Secretario General de la OEA

La salud es un derecho de orden público, instrumental para garantizar el derecho a la vida, y preservar ese derecho, es fundamental para preservar el orden público. En las Américas, nos hemos unido en el pasado para enfrentar amenazas a los valores que atesoramos como derechos inalienables, tales como la democracia, la seguridad, los derechos humanos y el desarrollo integral, y nos hemos comprometido colectivamente para proteger los derechos de todas las personas, incluido el derecho a la vida, y el derecho a la salud. La pandemia del COVID-19 nos plantea importantísimos desafíos a nivel nacional, y regional, pero también ofrece una nueva oportunidad para que nos unamos como región para defender estos valores. Particularmente, que reafirmemos el principio básico que nos unió al conformar la OEA, y que está reflejado en la **Declaración Americana sobre los Derechos y Deberes del Hombre**: que todas las personas *“nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotadas como están por naturaleza de razón y conciencia, deben conducirse fraternalmente las unas con las otras.”*

Esta pandemia nos afecta directa e indirectamente a todos. Sin embargo, para las personas en situaciones de vulnerabilidad el alcance del impacto, más allá del acceso limitado, o a veces nulo, a la atención médica, bienes y servicios, es mucho más profundo; y podría, muy probablemente, aumentar las brechas en su acceso a sus derechos económicos, sociales y culturales básicos, considerando que estos grupos de personas son víctimas de discriminación múltiple e interseccional, y que estas discriminaciones se exacerbaban en situaciones de crisis como la actual. Nos referimos a aquellos que son pobres y marginalizados, muchos de los cuales también pertenecen a otros grupos en situaciones de vulnerabilidad, como los pueblos indígenas, afrodescendientes, personas mayores, personas con discapacidad, migrantes, refugiados y personas LGBTI, niñas, niños y adolescentes y mujeres. Las múltiples e interseccionales discriminaciones que se han naturalizado en nuestros países limitan su acceso y goce de derechos básicos, y en condiciones de emergencia, esta limitación y exclusión se agrava. Como resultado, su capacidad de sobrevivir a la pandemia es mucho menos probable. Se debe poner el énfasis en estas poblaciones que tienen que tener un apoyo especial porque su condición genera aún más retos para enfrentar la situación, especialmente aquellos que sufren de la inequidad, la de género y de acceso a derechos económicos y sociales.

Hoy más que nunca, la región requiere de una OEA presente con claridad y capacidad para liderar procesos, y sobre todo que sea capaz de entender los derechos de las personas en los nuevos contextos, y apoyar a los Estados para su garantía y respeto. Es precisamente esto lo que se ofrece con esta **Guía Práctica de Respuestas Inclusivas y con Enfoque de Derechos ante la Pandemia del COVID-19 en las Américas**.

Sabemos que los sistemas políticos van a sufrir, que nuestros tejidos sociales van a sufrir, pero no podemos emerger de esta situación ni menos democráticos ni nuestros pueblos con menos derechos. Usemos este momento desafiante como una oportunidad única para mirarnos a nosotros mismos como Organización, mirarnos como región, reforzar los valores que creemos que son indispensables para la vida y el desarrollo humano, y asegurarnos que la ciudadanía más excluida de nuestras sociedades, no se quede fuera ni atrás, ni un minuto más.

Luis Almagro
Secretario General de la OEA

RESUMEN EJECUTIVO

01

¿POR QUÉ Y PARA QUÉ ESTA GUÍA?

Porque ante las crisis y las emergencias, es clave tener una perspectiva de derechos humanos en las respuestas, y porque los grupos en situación de vulnerabilidad encuentran mayores barreras para acceder y beneficiarse a políticas de prevención, mitigación y atención en salud, debido a las barreras estructurales de desigualdad.

Para orientar a los Estados de las Américas a pensar y ejecutar respuestas inclusivas y accesibles, con enfoque de derechos humanos, ante una pandemia inédita en el mundo y la región.

¿QUÉ HAY QUE HACER PARA QUE LAS RESPUESTAS ANTE LA EMERGENCIA SANITARIA SEAN VERDADERAMENTE INCLUSIVAS?

02

Pensarlas con enfoque de derechos humanos, y prestando particular atención a grupos en situación de vulnerabilidad. Lo que sirva para estas personas, servirá para toda la ciudadanía. La salud de una persona impacta la salud de la humanidad.

Desarrollar información y comunicaciones accesibles e inclusivas de manera transversal.

Diseñar e implementar medidas de salud accesibles, y con enfoque de derechos.

Diseñar e implementar medidas de reducción de impactos económicos focalizadas en la población más vulnerable.

CLAVES DE UNA RESPUESTA INTEGRAL A LA EMERGENCIA:

Transversalidad de las medidas

Accesibilidad universal

Enfoque interseccional de la respuesta

03

CLAVES DE UN ENFOQUE BASADO EN DERECHOS HUMANOS:

04

Significa que todas las políticas, estrategias y respuestas estatales tengan como objetivo avanzar en el ejercicio pleno de los derechos humanos de la población, según lo dispuesto por los tratados interamericanos e internacionales en derechos humanos de grupos en situación de vulnerabilidad, y en la eliminación de todas las formas de discriminación e intolerancia.

PRINCIPIOS DE UN ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS:

05

No discriminación

Disponibilidad: de bienes, servicios, espacios.

Accesibilidad: física, de información y comunicaciones, de movilidad, económica (asequibilidad), de infraestructura, etc.

Aceptabilidad: consentimiento libre e informado, resguardo de la ética y respeto de la integridad humana, y de factores culturales, lingüísticos, de género, bio-psico-sociales, y de edad.

¿QUIÉNES SON LOS GRUPOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD?

06

Colectivo de personas que por motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico, identidad cultural, religión, edad, sexo, orientación sexual, identidad y expresión de género, condición migratoria, de refugiado, repatriado, apátrida o desplazado interno, discapacidad, características bio-psico-sociales o cualquiera otra, han sido discriminados y el reconocimiento, goce o ejercicio de sus derechos negados o violados (*Convención Interamericana contra toda forma de Discriminación e Intolerancia*, OEA).

07

¿QUÉ SIGNIFICA UN ENFOQUE INTERSECCIONAL?

Abordar en las respuestas políticas, de manera simultánea e integral, los efectos complejos, irreductibles, variados y variables que resultan cuando múltiples ejes de desigualdad y estigmatización de la diferencia —económica, política, cultural, bio-psico-social, racial, de género, de etnia, identidades y experiencias— se intersectan en contextos históricos específicos, produciendo afectaciones únicas e indivisibles.¹

INTRODUCCIÓN:

LA DESIGUALDAD Y LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN LAS AMÉRICAS²

El COVID-19 es una enfermedad respiratoria infectocontagiosa causada por el virus SARS-COV-2 detectado por primera vez en la provincia de Wuhan, China en diciembre de 2019. En cuestión de tres meses se propagó al resto del mundo registrando, al cierre de marzo de 2020, 754,948 personas contagiadas por el virus en 202 países, y habiendo cobrado la vida de 36,571 personas³, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). En virtud de la magnitud de la expansión del contagio, esta misma organización la declaró pandemia el 11 de marzo de 2020.

En las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha documentado la existencia de 188,842 casos confirmados, y 3,554 personas fallecidas⁴ a la misma fecha, con presencia en todos los países de nuestro hemisferio. Esta pandemia global está convirtiéndose en la crisis más importante que ha enfrentado el mundo en los últimos tiempos con variaciones en las respuestas que diferentes países han dado a la emergencia.

La pandemia también ha puesto a prueba a los gobiernos de la región, revelando las debilidades en los sistemas de salud pública y protección social, y con el potencial de no

² Elaborado por Betilde Muñoz-Pogossian, Ph.D., Directora del Departamento de Inclusión Social, Secretaría de Acceso a Derechos y Equidad de la OEA.

³ Organización Mundial de la Salud (OMS), Coronavirus COVID-19 Situation Dashboard. Disponible en: <https://experience.arcgis.com/experience/685d0ace521648f8a5beeee1b9125cd> (acceso el 31 de marzo de 2020).

⁴ Organización Panamericana de la Salud (PAHO), Cumulative confirmed COVID-19 cases reported by countries and territories in the Americas. Disponible en: <https://who.maps.arcgis.com/apps/webappviewer/index.html?id=2203b04c3a5f486685a15482a0d97a87&extent=-20656313.6818%2C-3596894.43> (acceso el 31 de marzo de 2020).

solo llegar a ser una pandemia sanitaria sino también una pandemia social. Aun así, los países de las Américas han respondido con agilidad y pragmatismo, y con una gama amplia de medidas de *contención del virus y de mitigación* de las consecuencias⁵ de los contagios, que van desde evitar el desabastecimiento de bienes básicos, la provisión de líneas especiales de crédito a las empresas para asegurar el pago de salarios, el congelamiento de pagos de servicios básicos, y prohibición de suspensión de estos servicios por no pago a los proveedores, el aumento del gasto social a través de la expansión de transferencias monetarias directas a hogares sin salario o a familias en situación de pobreza, así como la entrega de paquetes de alimentos a familias y a estudiantes que sólo en las escuelas tenían acceso a una alimentación adecuada. También incluye la medida que más impacto está teniendo en la forma de coexistir como sociedades: la cuarentena domiciliar o el aislamiento o distanciamiento social.

El COVID-19 no sólo está afectando directa e indirectamente la salud de cientos de miles de personas y los sistemas nacionales de salud, sino que los efectos de los contagios y de las medidas antes mencionadas, también están teniendo serios impactos en la suspensión de clases de estudiantes, el cierre de fronteras, la aplicación de limitaciones en el tránsito y libre movilidad de las personas, la pérdida y suspensión de empleos y medios de subsistencia de miles de trabajadoras y trabajadores. La pandemia también ha causado la desestabilización de la economía mundial y con ello también la de los países de las Américas, además de los impactos físicos y psicológicos que está implicando para las vidas de todas y todos. Al mismo tiempo, en un hemisferio marcado por la *desigualdad*, las afectaciones en el derecho a la salud, y todas las esferas de los derechos humanos tienen impactos más acentuados, y terminan afectando de forma diferenciada, a las personas en situación de vulnerabilidad.

Ante esta crisis, los países de la región cuentan con un entramado jurídico de protección de derechos humanos que da certidumbre y marca una hoja de ruta sobre lo que se debe hacer para garantizar el goce pleno del derecho a la salud, y la protección de todas facetas de los derechos de las personas en el contexto de pandemia actual. **La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre** (1948) establece en su Artículo XI que todas las personas tienen derecho a la preservación de su salud por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad. **La Convención Americana sobre Derechos Humanos**, o Pacto de San José de Costa Rica (1969), también marca como condición de un Estado de Derecho por el cual se rigen las instituciones democráticas, la garantía de derechos a todas las personas sin distinción, incluyendo las condiciones básicas para su sustentación. Así, el derecho a la preservación de la salud, y al acceso equitativo al bienestar, la protección social, el trabajo, además del derecho a la vida -y a una vida digna-, entre otros, están contemplados en estos instrumentos.

⁵ Medidas de protección social implementadas por los países del SICA ante la crisis generada por el COVID-19 (I), disponible en: <https://www.sisca.int/ocades-text/formacion/1-publicaciones/serie-de-infografias/desarrollo-proteccion-e-inclusion-social/covid-19-medidas-implementadas-por-los-paises-de-la-region-sica/1183-covid-19-medidas-de-proteccion-social-implementadas-por-los-paises-de-la-region-sica/file>.

Por su parte, el **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales -Protocolo de San Salvador-** (1988) aborda directamente el derecho a la salud, a nivel físico, mental y social, y genera la obligación a los Estados de reconocer la salud como un *bien público* y particularmente a adoptar una serie de medidas para garantizar ese derecho. Estas medidas van desde la garantía de atención primaria de salud al alcance de todas las personas, la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado, la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, así como la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Igualmente importante para los Estados es considerar las condiciones mínimas para el ejercicio del derecho a la salud, tal como lo ha planteado la jurisprudencia del sistema, a saber la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad⁶. Es decir, es clave para los Estados “brindar una atención y tratamiento de salud oportuna y apropiada; destacándose que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles sin discriminación alguna, y adaptarse en función de circunstancias como las que la presente pandemia plantea con apego al principio «pro persona», a fin de que prevalezca el debido y oportuno cuidado a la población por sobre cualquier otra pauta o interés de naturaleza pública o privada,” invitando también a poner atención a la salud mental de las personas en virtud de los efectos psicológicos de esta pandemia.

Otro instrumento que contribuye a guiar el accionar de los Estados en esta situación de emergencia social es la **Carta Social de las Américas y su Plan de Acción**. Estos documentos reafirman que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin discriminación. En ambos documentos, los Estados miembros de la OEA reconocen que el derecho a la salud es una condición fundamental para la inclusión y cohesión social, el desarrollo integral, y el crecimiento económico con equidad, por un lado, pero priorizan la integralidad al abordar las otras facetas de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, tales como el derecho a la alimentación, a la vivienda, al empleo y seguridad social, entre otros derechos que también se han visto afectados en el marco de esta pandemia.

Además de establecer obligaciones a los Estados miembros de la Organización, estos instrumentos marcan la pauta para el diseño de las *respuestas de política pública con enfoque de derechos humanos* frente a la emergencia. Después de todo, el enfoque de derechos humanos en la formulación de políticas públicas es primordialmente “adoptar como marco referencial de actuación los principios y las normas que reconocen los derechos fundamentales plasmados tanto en instrumentos internacionales, como en las constituciones y normas nacionales.”⁷

6 “La CIDH y su REDESCA instan a asegurar las perspectivas de protección integral de los derechos humanos y de la salud pública frente a la pandemia del COVID-19.” Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/060.asp>.

7 Políticas públicas con enfoque de derechos humanos, disponible: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/>

Los principios de *igualdad y no discriminación*⁸ son también esenciales en el abordaje de esta crisis, sobre todo en un contexto regional marcado por la desigualdad y la exclusión social. Esto consiste en garantizar el acceso al derecho a la salud, y a todos los otros derechos contemplados en los instrumentos jurídicos internacionales e interamericanos, y que se han visto afectados por la crisis del COVID-19, a toda la población, utilizando criterios de distinción objetivos y razonables, basados en la equiparación de las oportunidades para saldar la brecha de desigualdad, y evitando diferencias de trato arbitrarias. En especial, diferencias de trato basadas en factores expresamente vedados y discriminatorios, tales como la raza, etnia, género, religión o el origen social, condiciones bio-psico-sociales, o por razones asociadas a la desigual distribución de recursos y oportunidades.⁹

El *derecho a la información* también es clave tenerlo en cuenta por parte de los Estados en el manejo de la crisis generada por la pandemia. En efecto, es obligación de los Estados generar un marco legal que asegure el ejercicio de este derecho, especialmente en el actual contexto, considerando los requisitos mínimos, tales como el principio de la máxima apertura de la información, la presunción de publicidad respecto a reuniones y documentos claves, definiciones amplias sobre el tipo de información que es accesible, plazos cortos y costos razonables¹⁰, entre otros. En este marco, el poder contar con información estadística confiable y actualizada sobre la pandemia (casos confirmados, casos en observación, fallecidos) es esencial para eliminar o reducir la posibilidad de que sean la desinformación o las noticias falsas o *fake news*, quienes informen a la ciudadanía. Para un mejor manejo por parte de los Estados de esta crisis, es importante que las personas tengan conocimiento y estén informadas de la gravedad de la situación, de las medidas que se están adoptando y de las medidas de prevención que deben tomar, y que esta información sea accesible para todas las personas sin distinción, incluyendo las personas con discapacidad, pueblos indígenas, personas mayores, entre otros.

Esta Guía Práctica tiene como elemento transversal al análisis y propuestas de recomendación el concepto de *interseccionalidad* como esencial para entender los retos que enfrentan las personas ante la pandemia, y sobretodo en el desarrollo de las respuestas. Es decir, en el análisis de la pandemia y sus efectos, y en las respuestas, es vital tener en cuenta la intersección de diversas características de las personas (edad, sexo, identidad de género, raza, etnia, discapacidad, etc) que coexisten y que, conjuntamente, pueden limitar o anular el goce de derechos de estas personas.

Es precisamente con el objetivo de dar orientaciones a los Estados sobre los instrumentos del marco normativo interamericano que ayudan a manejar la actual pandemia, y a fin de promover los principios de igualdad y no discriminación en las respuestas de política pública a esta emergencia mundial, que hemos elaborado el presente documento. Esta Guía Práctica ofrece una serie de herramientas para pensar respuestas que tengan en

pdfs/PolíticasPublicasDDHH.pdf. UNFPA “El enfoque basado en los derechos humanos”, disponible: <https://www.unfpa.org/es/el-enfoque-basado-en-los-derechos-humanos>.

8 Indicadores de Progreso para la Medición de Derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador. Disponible en: <http://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/pssv-indicadores-es.pdf>

9 Ibid.

10 Ibid.

cuenta la situación particular de ciertos grupos históricamente excluidos en nuestras sociedades, aquellos que hemos llamado “grupos en situación de vulnerabilidad”¹¹.

La primera sección, a cargo de Alejandra Mora Mora, Secretaria Ejecutiva de la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM), ofrece la mirada particular sobre la situación de las **Mujeres** en la región, quienes están en la primera línea de atención y contención de la pandemia, tanto en los espacios públicos como en el privado. Por su parte, los especialistas en derechos de las personas mayores, Adriana Rovira, y Robert Perez, abordan la situación del grupo determinado como de más alto riesgo ante el virus por la Organización Mundial de la Salud, los adultos mayores.

Pamela Molina, Especialista de la Sección de Grupos en Situación de Vulnerabilidad del Departamento de Inclusión Social, profundiza en los retos que esta pandemia presenta para generar respuestas que incluyan a las **personas con discapacidad**, priorizando algunas recomendaciones que garanticen, entre otros, el derecho a la información y el derecho a la salud y contemplen los principios de inclusión y accesibilidad, para que pueda este último hacerse efectivo. La dimensión del impacto de esta pandemia en los pueblos indígenas y poblaciones afrodescendientes tiene también que ser una prioridad en las respuestas estatales, pues se encuentran en una mayor situación de vulnerabilidad debido al agravamiento de las brechas de pobreza, desigualdad, y las dificultades de acceso que enfrentan normalmente al ejercer sus derechos, incluido el derecho a la salud. Roberto Rojas, Jefe de la Sección de Grupos en Situación de Vulnerabilidad del Departamento de Inclusión Social, repasa los retos particulares de las **Poblaciones Afrodescendientes**, y ofrece algunas recomendaciones para manejar los efectos de la pandemia en esta población. Abonando a esta mirada en el plano étnico-racial, Daniel Sánchez, Experto Gubernamental por el Gobierno del Perú ante el Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador (GTPSS), profundiza sobre las necesidades particulares de los **Pueblos Indígenas** en tiempos de pandemia, y el potencial agravamiento de su situación de vulnerabilidad.

Las **personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex (LGBTI) de las Américas** se enfrentan al estigma y a la discriminación, tanto en la sociedad en general como en el sector de la salud en particular. El Presidente del GTPSS y Experto Gubernamental por el Gobierno del Uruguay, Andres Scagliola, mapea los principales obstáculos para que las personas LGBTI puedan ejercer su derecho a la salud, poniendo particular atención al contexto del COVID-19, y propone algunas recomendaciones a tener en cuenta por los Estados.

¹¹ La denominación Grupos en Situación de Vulnerabilidad, se refiere al colectivo de personas que por motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico, identidad cultural, religión, edad, sexo, orientación sexual, identidad y expresión de género, condición migratoria, de refugiado, repatriado, apátrida o desplazado interno, discapacidad, característica genética, condiciones bio-psico-sociales o cualquiera otra, han sido históricamente discriminados y el reconocimiento, goce o ejercicio de sus derechos negados o violados (definición basada en la *Convención Interamericana contra toda forma de Discriminación e Intolerancia*. Disponible en: http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-69_discriminacion_intolerancia.asp).

Las personas migrantes y refugiadas son especialmente vulnerables ante esta enfermedad, debido a que muchas de ellas presentan dificultades en el acceso a una atención sanitaria decente y a programas de salud debido a su nacionalidad o condición migratoria. Igualmente enfrentan retos para cumplir con las medidas de distanciamiento social debido a la situación de hacinamiento en la cual muchos de ellos viven, o por la necesidad de trabajar en el mercado informal. Alvaro Botero, Coordinador de la Unidad OEA-ACNUR de Desplazamiento Forzado en el Departamento de Inclusión Social, repasa algunos de los retos, y puntualiza recomendaciones clave para tratar a este grupo en particular en el contexto de emergencia sanitaria.

Rafael del Castillo, Secretario Técnico del GTPSS, evalúa cómo la pandemia afecta a las **personas privadas de libertad**, y mapea algunas recomendaciones sobre cómo proteger su derecho a la salud. Por su parte, Sara Mía Noguera, Jefa de la Sección de Promoción de la Equidad del Departamento de Inclusión Social, repasa las vulnerabilidades particulares en esta situación de emergencia, de las **personas en situación de pobreza**. También incluye recomendaciones concretas que pudieran ser implementadas dentro de los sistemas de protección social existentes en la región. Finalmente, una población que está siendo afectada por algunas de las medidas adoptadas, y que requiere de respuestas específicas en su derecho a la salud y a la educación son los **niños, niñas y adolescentes (NNyA)**. Agustín Salvia, Investigador y Experto del Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador y Ianina Tuñón, Investigadora, repasan algunas de estas afectaciones y ofrecen unas recomendaciones útiles al pensar en la situación particular de NNyA. Es importante notar que, aunque se consultó con niños, niñas y adolescentes cercanos a los autores, hasta ahora no se ha llevado a cabo una consulta más extensa para recabar las perspectivas de esta población de las Américas, proceso que se espera adelantar en el futuro próximo.

La Secretaría General de la OEA, a través de su Departamento de inclusión Social, agradece a cada una de estas y estos autores por sus valiosas contribuciones a esta Guía Práctica, en particular a Pamela Molina, por su trabajo de coordinación de las contribuciones, así como a los Oficiales Esperanza A Ramos, Mariette Vidal y Rafael Del Castillo, por su apoyo en la preparación de este documento.

Es claro que la amenaza e incertidumbre que genera la actual situación de pandemia mundial no puede ser abordada por ningún país de manera individual. Si algo nos está enseñando esta emergencia inédita, es que la salud de la región y del mundo, dependen de la calidad de acceso a la salud de cada ciudadana y ciudadano. Y que cada ser humano pertenece a múltiples categorizaciones sociales e identidades, las cuales deben ser abordadas por las políticas públicas como un todo, de manera interseccional, para que las respuestas sean realmente efectivas.

La emergencia causada por el COVID-19 también apela al sentido de solidaridad y cooperación que ha caracterizado a la región. Es por esto que desde la OEA queremos contribuir con esta Guía Práctica, conscientes de la necesidad de compartir toda la información que sea útil y necesaria para mejorar aún más las respuestas que están dando los Estados. De igual forma, ponemos a **disposición nuestros conocimientos y herramientas, en base a los instrumentos jurídicos interamericanos firmados y ratificados por los Estados Miembros, para articular las respuestas de forma aún más eficaz e integral, bajo los**

principios de transversalidad, interseccionalidad, inclusión y colaboración. Aunque genera retos importantes en la garantía de derechos, esta pandemia también debería generar oportunidades para garantizarle **más derechos a más gente**. Para esto, cuenten con la plena disposición de la Secretaría General de la OEA.

MATERIALES RECOMENDADOS:

- 01** Carta de la OEA¹²
- 02** Declaración Americana de los Deberes y Derechos del Hombre¹³
- 03** Convención Americana sobre Derechos Humanos¹⁴
- 04** Protocolo de San Salvador¹⁵
- 05** Carta Social de las Américas¹⁶ y su Plan de Acción¹⁷
- 06** Indicadores de Progreso para la Medición de Derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador

¹² Disponible en: http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-41_carta_OEA.pdf

¹³ Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>

¹⁴ Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf

¹⁵ Disponible en: <http://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/protocolo-san-salvador-es.pdf>

¹⁶ Disponible en: https://www.oas.org/es/centro_noticias/comunicado_prensa

¹⁷ Disponible en: <http://www.oas.org/es/sedi/dis/equidad/carta-social.asp>

CAPÍTULO I:

MUJERES, IGUALDAD DE GÉNERO, Y COVID-19¹⁸

De nuevo, la marca del feminismo: interpretar en clave política lo que aparece como cotidiano. (Ahora Feminismo, Amelia Valcárcel)

En términos generales, existe un reconocimiento global de la importancia de incorporar la igualdad de género en las respuestas a emergencias, desastres y cualquier otro tipo de crisis. *El Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030* estipula claramente la consideración de la igualdad de género en la reducción del riesgo de desastres, en la preparación para emergencias y las acciones de ayuda humanitaria.

La efectiva implementación de las recomendaciones de autoridades de salud de todo el mundo sobre la pandemia del COVID-19 será la clave para el éxito de contener esta crisis. Sin embargo, la participación y el liderazgo de las mujeres es fundamental para la efectiva implementación de estas recomendaciones.

1. LA SITUACIÓN DE LAS MUJERES EN LAS AMÉRICAS Y EL COVID-19

La experiencia de otras epidemias como el SARS, el Ébola o el sarampión confirma que existen impactos diferenciados en hombres y mujeres de cualquier crisis, incluyendo de salud, no solamente en lo biológico sino también en lo social, económico y político. Si bien en términos biológicos, los datos preliminares indican una menor tasa de mortalidad en mujeres que en hombres, las mujeres enfrentan un mayor riesgo de infección asociada tanto con su rol en los centros de servicios

¹⁸ Elaborado por Alejandra Mora Mora, Secretaria Ejecutiva de la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM).

de salud, como en los trabajos en la economía informal y de servicios. Además del riesgo de infección, las mujeres también se enfrentan con la carga desproporcionada de trabajo no remunerado que les recae, incluyendo en el cuidado de las familias, así como su mayor vulnerabilidad a la crisis económica y los ajustes como consecuencia de esta crisis.

Los países de las Américas están adoptando políticas y medidas específicas alineadas con las recomendaciones generales de entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS), que incluyen medidas esenciales como, entre otras, el distanciamiento o aislamiento social, el cierre de las escuelas, la reducción o eliminación de cualquier actividad en espacios públicos, el cierre de negocios de actividades no esenciales, y hasta la cuarentena. Si bien estas medidas son necesarias para reducir el impacto y el alcance de la pandemia, dependen en gran medida del aporte diferenciado de las mujeres para mantener y sostener el tejido social y familiar. Si no se adoptan medidas adicionales para mitigar su impacto, las medidas actuales profundizarán las desigualdades de todo tipo y socavarán la independencia de las mujeres.

En los momentos en que las empresas cierran, donde se prescinde del servicio doméstico y las pequeñas y medianas empresas despiden personal debido a la incapacidad de mantener los costos de operación, las mujeres vuelven a ser la población mayormente afectada, ya que sus trabajos son a menudo precarios, temporales, y en gran medida sin seguridad social. Aunque los hombres también se verán afectados en este mismo sentido, en el caso de las mujeres, la pérdida de autonomía económica está directamente relacionada con una mayor vulnerabilidad a situaciones de dependencia, violencia, discriminación y exclusión en múltiples niveles por razones de género. En este sentido, los Estados deben **promover políticas y programas para minimizar el impacto económico de las mujeres en la informalidad, y aquellas en situación de precariedad económica debido a la pandemia.**

Según Naciones Unidas, 87.000 mujeres fueron asesinadas intencionalmente en el año 2017 a nivel mundial y de esta cifra, más de 50.000 fueron asesinadas por sus parejas, ex parejas o algún miembro de su familia. Por su parte, la OMS señala que el 30% de las mujeres en todo el continente americano ha sufrido violencia física o sexual de su compañero sentimental y que el 38% de las mujeres son asesinadas por su pareja o expareja. La coexistencia prolongada exacerba las situaciones de violencia, especialmente en combinación con el estrés y miedo por la pérdida de ingresos o situaciones económicas adversas, y el hogar puede convertirse en el lugar más inseguro cuando las mujeres y los/as niños/as están en confinamiento junto con sus agresores.

2. RECOMENDACIONES PARA UNA RESPUESTA A LA EMERGENCIA CON ENFOQUE DE GÉNERO

Es esencial que el distanciamiento y el aislamiento como medidas públicas consideren la **conciliación de la familia y el trabajo para aquellas personas que deben continuar**

atendiendo sus responsabilidades profesionales y laborales, particularmente en el caso de hogares monoparentales, y a la luz del cierre de centros educativos y de cuidado de niños/as. Es importante que se **promuevan políticas sobre la corresponsabilidad y la distribución equitativa del trabajo doméstico y del cuidado**, para que las mujeres puedan seguir participando de sus actividades productivas, aún con el incremento en el trabajo del hogar debido a la pandemia.

Del mismo modo, durante el aislamiento y la cuarentena, **se requiere la incorporación de medidas alternativas para la prevención, atención y asistencia a víctimas de diversas manifestaciones de violencia de género en entornos domésticos, incluidos servicios adaptados para mujeres con discapacidad (especialmente mujeres sordas y ciegas) y refugios para esas mujeres y sus niños/as en riesgo o sin hogar, así como medidas específicas para las mujeres refugiadas y víctimas de trata.**

Es esencial también que las **medidas para luchar contra COVID-19 consideren a quienes están en primera fila de atención, y atiendan y visibilicen sus necesidades particulares.** Según un estudio del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en América Latina y el Caribe la mitad de los médicos y más del 80% del personal de enfermería son mujeres, el porcentaje más alto del mundo. Como una extensión de los roles de género, la enfermería, la geriatría y los servicios de atención para personas dependientes se feminizan. Sin embargo, **los hombres tienden a ocupar los puestos más altos en la toma de decisiones: en 2015, a nivel mundial, solo el 27% de los Ministerios de Salud estaban encabezados por mujeres, y en nuestra región, actualmente solo 8 Ministerios de Salud cuentan con Ministras mujeres.**

A pesar de su rol al frente de las familias y las comunidades y su capacidad de identificar y alertar tendencias preocupantes de salud, las mujeres no están participando en posiciones de liderazgo o de toma de decisiones relacionadas con la preparación, la respuesta, la recuperación o la mitigación de las crisis. Existe evidencia de múltiples áreas en que **la paridad en la toma de decisiones ha dado como resultado una mayor pluralidad en el abordaje de los problemas y mejores propuestas para encontrar soluciones.** La participación de las mujeres, su liderazgo y la amplitud de sus perspectivas muestran que no existen políticas neutrales al género y que la perspectiva y las necesidades e intereses específicos de la mitad de la población deben tener su propia voz, lo cual es aún más fundamental en la gestión de esta crisis. En este sentido, **es esencial considerar a los Mecanismos Nacionales para el Avance de la Mujer y las respectivas altas autoridades de la mujer en los países, así como expertas en asuntos de género en los procesos de toma de decisiones ante esta situación de pandemia y demás efectos relacionados.**

Es esencial que las voces de las mujeres, particularmente de las mujeres sin voz, estén presentes y se escuchen en las mesas de toma de decisiones sobre la respuesta, tanto inmediata como de largo plazo, al COVID-19, particularmente con respecto a su autonomía física y económica. Esta crisis presentará enormes desafíos para las mujeres y sus hijos y reforzará la división social del trabajo que continúa perpetuando la desigualdad de género. Pero esta crisis también puede ser

un momento de transformación y una oportunidad para desafiar las dinámicas políticas, económicas y sociales tradicionales, reconociendo la experiencia y los conocimientos de las mujeres en la protección de la salud de las familias y las comunidades, y agregando la perspectiva femenina y sus contribuciones en una coyuntura sin precedentes que pide un liderazgo inclusivo e igualitario en todos los niveles.

MATERIALES RECOMENDADOS:

- 01** **Coronavirus: Una pandemia mundial que afecta diferenciadamente a las mujeres**¹⁹
- 02** **ONU Mujeres. Lista de verificación para la respuesta al COVID-19**²⁰
- 03** **The Atlantic. The Coronavirus is a Disaster for Feminism (March 19th 2020)**²¹
- 04** **The Lancet. "COVID-19: the gendered impacts of the outbreak." Vol. 395, #10227, (March 14th 2020)**²²
- 05** **UNISDR. Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030**²³

19 Disponible en: <https://dialogocim.wordpress.com/2020/03/18/coronavirus-una-pandemia-mundial-que-afecta-diferenciadamente-a-las-mujeres/>

20 Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2020/3/news-checklist-for-covid-19-response-by-dedregner>

21 Disponible en: <https://www.theatlantic.com/international/archive/2020/03/feminism-womens-rights-coronavirus-covid19/608302/>

22 Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30526-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30526-2/fulltext)

23 Disponible en: https://www.unisdr.org/files/43291_spanishsendaiframeworkfordisasterri.pdf

CAPÍTULO II:

CONSIDERACIONES PARA UNA RESPUESTA INCLUSIVA DE LAS PERSONAS MAYORES ANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN LAS AMÉRICAS²⁴

1. LAS PERSONAS MAYORES EN LAS AMÉRICAS

La población de las Américas envejece a un ritmo acelerado, con un marcado incremento del índice de envejecimiento, aunque con diferencias entre subregiones: mientras que en el período 2010 a 2015, Canadá, Cuba, Puerto Rico y Martinica mostraron índices de envejecimiento superiores a 100 (tienen más personas mayores de 60 años que menores de 15 años), países como Belice, Guatemala, Haití y Honduras muestran un índice de envejecimiento de alrededor de 20 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años (ONU 2017).

Dentro de las personas mayores, el grupo que crece más rápidamente es el de 80 años y más, lo que se conoce como el envejecimiento del envejecimiento, estimándose un crecimiento muy marcado a partir de 2025 (ONU, 2017).

Estas situaciones ya están implicando una serie de desafíos inéditos para los sistemas de salud, seguridad social y cuidados de la región, a los efectos de garantizar los derechos de las personas mayores. La forma en que los Estados comprenden el rol que tienen en la distribución del bienestar social, es fundamental para la puesta en funcionamiento de servicios básicos y sistemas de salud accesibles y equitativos para la población. La vejez no es solo una etapa de vida, sino que se articula directamente con el derecho a la prolongación de la existencia, que es determinado por el acceso a servicios y a una vida en condiciones de igualdad y dignidad.

²⁴ Elaborado por Adriana Rovira, Psicóloga Social y Docente Universitaria e Investigadora en personas mayores y derechos humanos, y Robert Perez, Doctor en Salud Mental Comunitaria y Co-coordinador del Centro Interdisciplinario de Envejecimiento de la Universidad de la Republica del Uruguay.

2. ¿QUÉ CONOCEMOS SOBRE LA PANDEMIA Y LAS PERSONAS MAYORES?

Lo reciente de la aparición del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) y su rápida expansión a todo el mundo, hace que aún no contemos con evidencia clara sobre los alcances de esta pandemia. Si bien aún no existen datos suficientes para analizar la mortalidad de este virus en general, y en las Américas en particular, la experiencia de países donde la expansión del virus ha alcanzado fases avanzadas señalan que la mayor mortalidad se da entre las personas mayores. Este es el caso de Italia, donde si bien no se ha reportado ningún fallecimiento de menores de 30 años dentro de las personas infectadas, el porcentaje de mortalidad para el rango de edad de 30 a 59 es del 1,1 %, aumentando a 11,5 para la franja 60- 79, y a 24 para la mayor de 80 años²⁵. Algo similar sucede en China, donde la mortalidad de las personas con COVID-19 es de 3,6% para la franja de 60-69, de 8% para la franja de 70 a 79 y de 14.8% para la mayor de 80 años²⁶. Más allá del necesario análisis que deberá hacerse en el futuro respecto a si esta mortalidad se da por efecto biológico del virus en determinados organismos vivos, o si la misma es efecto de las respuestas de los sistemas de salud, o ambas cosas, lo que sí queda claro es que las personas mayores son uno de los grupos con más riesgo de desarrollar formas severas de esta enfermedad. Los cambios biológicos vinculados a la edad, así como el incremento de otras patologías, claramente facilitan esta situación²⁷.

Resulta razonable suponer que en las Américas esta situación se va a mantener o incluso incrementar, principalmente en aquellos países que aún no han podido desarrollar un sistema avanzado de salud, seguridad social y cuidados. A su vez, debe considerarse que las personas mayores no son un grupo homogéneo por lo que, además de la edad, coexistirán otras vulnerabilidades en diferentes planos ante la pandemia: no afectará de la misma forma a una persona que tenga sus necesidades básicas satisfechas (vivienda, alimentación, salud, educación, ingresos, afectos, etc.) que a quién no las tenga, que pasará a ser parte de un grupo especialmente vulnerado dentro de este grupo ya en riesgo. Lo mismo sucede con las personas mayores que se encuentran institucionalizadas y/o con afecciones mentales, deterioro cognitivo o demencia, que pasan a constituir otro grupo altamente vulnerable. Sumando además el estigma social que existe sobre este grupo, que se presenta como un factor en sí mismo de vulneración de derechos que puede afectar la dignidad y hasta la propia vida de las personas.

Para proteger a las personas mayores del contagio, hasta el momento la medida más efectiva que han tomado los gobiernos de los países afectados ha sido el distanciamiento físico o social, a los efectos de evitar o retrasar el mismo. Esta situación, junto al hecho de pertenecer a este grupo tan vulnerable y en riesgo inminente ante la pandemia, puede impactar negativamente en la salud mental de esta población, ya sea a través de ansiedad, depresión, estrés, aislamiento, etc²⁸. Ante

25 Task force COVID-19, 2020

26 The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team, 2020

27 Malone et. al., 2020; WHO, 2020

28 WHO, 2020

esto es imprescindible monitorear y evaluar estos efectos en la salud mental no como fenómenos individuales, sino como parte de una construcción social que impacta en las personas, con el fin de generar estrategias sociales y comunitarias de mitigación de los mismos. A su vez, esto es altamente relevante cuando las personas se encuentran institucionalizadas, donde se debe monitorear que se garantice el cumplimiento de los derechos humanos de estas personas en situación de distanciamiento físico.-

3. MARCO JURÍDICO: LAS PERSONAS MAYORES EN LA AGENDA DE DERECHOS HUMANOS

Si bien las personas mayores son mencionadas en distintos mecanismos de carácter genérico en materia de protección de derechos tanto a nivel universal como regional, es recién en la última década, con la aprobación en 2015 de la **Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA)**, que se ha logrado dar tratamiento específico a esta población. A partir de este instrumento se plantea la vejez como la etapa posterior a los 60 años. Siendo esta población tan amplia será necesario identificar qué grupos dentro de las personas mayores envejecen en situación de desigualdad estructural y cuáles será prioritario atender especialmente en el marco de la pandemia²⁹.

Queda claro el papel central que debe darse al cumplimiento del derecho a la salud de las personas mayores. Pero no es posible hablar de salud si no hay garantías de protección de los DDHH de las personas, por lo que aún en situaciones de emergencia los mismos deben ser comprendidos de una forma amplia e integral, donde el elemento sustantivo sea la vida digna. Tal es así, que la Convención Sobre la Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015) en su Art. 6 *Derecho a la vida y dignidad en la vejez*, los plantea de forma interdependiente, destacando que el derecho a la vida no debe imponerse por encima del derecho a la dignidad.

4. RECOMENDACIONES A LOS ESTADOS EN SUS RESPUESTAS A LA PANDEMIA DEL COVID-19 TENIENDO EN CONSIDERACIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

- Teniendo en cuenta que las personas mayores son un grupo especialmente prioritario ante el COVID-19, propiciar los recursos necesarios por parte de los Estados para responder a la demanda preventiva y de asistencia de las personas mayores.
- Brindar pautas e información a los equipos de salud y asistencia social sobre la protección de derechos de las personas mayores, con especial énfasis en el combate del estigma.
- Generar y protocolizar mecanismos de prevención y contraloría en los servicios sociales y de salud que eviten acciones negligentes o prejuiciosas

29 En relación a esto, se recomienda de la Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores, el Art. 5 Igualdad y no discriminación por edad

que afecten la protección del derecho a la salud y dignidad de las personas mayores.

- Generar información estadística que tome en cuenta a las personas mayores con el objetivo de conocer y sistematizar cómo han sido afectadas por el COVID-19 y los procedimientos de intervención que se llevaron adelante.
- Los Estados deberán garantizar que se cumplan plenamente los derechos de las personas mayores, poniendo especial énfasis en el derecho a la salud, la dignidad y la participación de las propias personas sobre los diferentes aspectos y medidas a tomar sobre su vida.
- Facilitar información precisa y adecuada a las personas mayores para la toma de decisiones y evaluación de las situaciones de riesgo sanitario y social. Esto implica que se tomen todas las medidas posibles que permitan incluir a las personas sordas, con dificultades auditivas, deterioro cognitivo o baja comprensión mental.
- Se deberán tener en cuenta todas las acciones que sean necesarias para que en ningún caso el derecho a la salud se imponga sobre la dignidad de las personas.
- Atender especialmente a las personas que están en situación de desigualdad estructural y discriminación por pertenecer a grupos LGTBI, atendiendo especialmente a las poblaciones mencionadas en el Art. 5 de la *Convención Interamericana sobre la Protección de Derechos de las Personas Mayores*.
- Generar procesos de contraloría y supervisión de los precios de artículos de primera necesidad para las personas mayores, ya que en tiempos de una emergencia sanitaria los mismos pueden ver aumentado sus costos.
- Las medidas de distanciamiento físico o social de ninguna forma pueden producir aislamiento social, privación de libertad ambulatoria y restricciones de comunicación con terceros, hechos todos que se deberán prohibir.
- Promover medidas especiales de protección de situaciones de violencia, abuso y maltrato, atendiendo especialmente que las recomendaciones de no salir del domicilio pueden generar situaciones de aislamiento y agravar las situaciones de violencia intrafamiliar.
- Las personas mayores que utilizan cuidados institucionales permanentes son un grupo de especial protección. Se debe vigilar y coordinar acciones que resguarden los derechos de las

personas mayores y que no corra riesgo el derecho a la salud y dignidad de vida.

- Se deberán prohibir y sancionar las medidas de aislamiento social y privación de libertad de las personas mayores que hacen uso de servicios de cuidado permanente.
- Atender especialmente las situaciones de las personas mayores con pérdida de autonomía, que requieren asistencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Generar asistencia en cuidado para aquellas personas que hayan perdido provisoria o permanentemente su red directa de cuidados.
- Se recomienda no cerrar servicios indispensables para la protección de derechos de las personas mayores, como asistencia legal, pago de pensiones y jubilaciones, acceso a prestaciones sociales, entre otros.
- Ante la situación de emergencia social y económica que acompaña la emergencia sanitaria, se deberán generar los mecanismos administrativos y burocráticos que garanticen la seguridad económica de las personas mayores, facilitando el acceso adecuado al cobro de pensiones e ingresos. Se debe tener en cuenta que no todas las personas mayores están familiarizadas con los sistemas electrónicos, por lo cual es indispensable mantener los servicios a las personas mayores de forma presencial.
- Generar acciones que permitan la sustentabilidad alimentaria y el acceso a alimentos frescos, los cuales son sustantivos para la salud de las personas mayores.

MATERIALES RECOMENDADOS:

01 Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores³⁰

02 Mecanismo de Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad. Resolución 24/20 2013, ONU. Para acceder a las recomendaciones e informes³¹

03 Huenchan, Sandra y José M. Guzmán. 2006: "Seguridad Económica y Pobreza en la Vejez: Tensiones, Expresiones y Desafíos para Políticas". Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe, 14 y 15 de noviembre de 2006, Santiago, Chile. Organizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CELADE-División de Población, con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)³²

04 Huenchuán, Sandra (ed.), 2009: Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Santiago de Chile, CEPAL³³

30 Disponible en: https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a_70_derechos_humanos_personas_ayores.asp

31 Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/Issues/OlderPersons/IE/Pages/IEOlderPersons.asp>

32 Disponible en: https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/5/27255/huenchuan_guzman.pdf

33 Disponible en: https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/5/27255/huenchuan_guzman.pdf

05 Malone, M., Hogan, T., Perry, A., Biese, K., Bonner, A., Pagel, P. & Unroe, K. (2020). COVID-19 in Older Adults: Key Points for Emergency Department Providers. *Journal of Geriatric Emergency Medicine*. 1 (4): 1 – 11

06 Organización de las Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. La situación demográfica en el mundo 2017. Informe conciso. Nueva York; 2017³⁴

07 Task force COVID-19 (2020). Epidemia COVID-19, Aggiornamento nazionale: 23 marzo 2020. Dipartimento Malattie Infettive e Servizio di Informatica, Istituto Superiore di Sanità, Italia³⁵

08 The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team (2020). The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020. *Chinese Center for Disease Control and Prevention* 2 (X): 1-10³⁶

09 World Health Organization (2020). Mental health and psychological resilience during the COVID-19 pandemic³⁷

³⁴ Disponible en: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es/pdf>

³⁵ Disponible en: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_26-marzo%202020.pdf

³⁶ Disponible en: <http://www.ourphn.org.au/wp-content/uploads/20200225-Article-COVID-19.pdf>

³⁷ Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/mental-health-and-psychological-resilience-during-the-covid-19-pandemic>

CAPÍTULO III:

HACIA UNA RESPUESTA INCLUSIVA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FRENTE A LA EMERGENCIA DEL COVID-19³⁸

1. SITUACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LAS AMÉRICAS: ESTIGMATIZACIÓN, BARRERAS DE ACCESO, DISCRIMINACIÓN E INVISIBILIDAD

En el contexto actual causado por la pandemia del COVID-19, el colectivo de personas con discapacidad es uno de los más gravemente olvidados, especialmente por la ausencia de **mecanismos de accesibilidad** que disminuyan las barreras que a cotidianos les rodean, y les den eficacia a las medidas de prevención y atención ante la emergencia. Recomendaciones que parecen tan obvias y fáciles de seguir, como lavarse las manos constantemente, evitar tocar superficies, o mantener distancia social, constituyen una enorme barrera para personas en situación de discapacidad. Hay personas cuya condición de movilidad de extremidades les impide el lavado de manos por sí mismos o acceder al grifo o al sanitizante; hay personas que necesitan tocar superficies para obtener información del entorno y desenvolverse, personas que usan sus manos para desplazarse en el espacio físico, y todas ellas se encuentran por eso en alto riesgo de contagiarse y en la imposibilidad de seguir al pie de la letra las indicaciones de la OMS. Incluso las instrucciones sobre cómo lavarse las manos correctamente, son también inaccesibles en muchos casos para personas con discapacidad visual. Y éstos son apenas unos pocos ejemplos.

Según los últimos datos estadísticos oficiales de que disponemos, del Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, más de un billón de personas en el mundo se

³⁸ Elaborado por Pamela Molina, Especialista en Discapacidad del Departamento de Inclusion Social, Secretaria de Acceso a Derechos y Equidad de la OEA

encuentra en situación de discapacidad³⁹. Esto es, una de cada siete personas. En las Américas, esta cifra alcanza alrededor de 85 millones de personas. A esto se suma que, como ha señalado la Comisión Económica de Naciones Unidas para América Latina y el Caribe, CEPAL⁴⁰, la prevalencia de discapacidad aumenta en mujeres, poblaciones afrodescendientes, pueblos indígenas, personas adultas mayores, y familias viviendo en condiciones de pobreza. Y como si todo esto fuera poco, las personas con discapacidad deben enfrentar el **estigma asociado** a su corporalidad y diversidad (incapacidad, improductividad, minusvalía, peligrosidad).

Podemos resumir **tres principales grupos de barreras** que enfrentan las personas con discapacidad y que las ponen en el grupo de alto riesgo en esta emergencia sanitaria:

- **Barreras ante las medidas de prevención:** nulo o escaso acceso a la información preventiva de salud pública; barreras para ejecutar por sí mismas gran parte de las recomendaciones de prevención (acceso a los recursos de higiene, movilidad, dependencia del contacto físico con el medio ambiente, dificultades para mantener distanciamiento social debido a la dependencia de las personas de apoyo, o porque se encuentran en instituciones psiquiátricas u de otro tipo, privadas de libertad y en condiciones de pobreza y hacinamiento).
- **Barreras ante las medidas de minimización y control de riesgos:** la implementación de cuarentenas, toques de queda o programas restrictivos similares pueden implicar interrupciones en los servicios vitales para muchas personas con discapacidad, así como también adultas mayores, y limitar el ejercicio de derechos básicos como la alimentación, el lavado y el saneamiento y las comunicaciones, lo que lleva al abandono, el aislamiento y al riesgo de institucionalización forzada, y de ser víctimas de abuso y violencia. Para muchas personas con discapacidad el personal de apoyo y asistencia es tan vital como el aire que respiran.
- **Barreras ante las medidas de atención y cuidado en salud:** si se contagian con COVID-19, las personas con discapacidad pueden enfrentar barreras adicionales para buscar atención médica, por las dificultades de comunicación, desplazamiento y movilidad. Es más probable que corran riesgos de presentar casos más graves debido a problemas de salud correlativos a la discapacidad. Sumado a esto, las personas con discapacidad ya están enfrentando en todo el mundo discriminación y negligencia por

³⁹ Cfr. Informe Mundial sobre Discapacidad. Organización Mundial de la Salud (OMS) y Banco Mundial (BM), 2011. Disponible aquí: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf?ua=1.

⁴⁰ Cfr. Panorama Social de América Latina y el Caribe: la situación de las personas con discapacidad. CEPAL, 2012. Disponible aquí: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1247-panorama-social-america-latina-2012>

parte del personal de atención médica, al considerar que la discapacidad es una variable para no priorizar la atención de salud en contexto de escasez de recursos y personal. Este criterio se constituye en una violación del derecho inalienable a la salud y a la vida y es un acto de discriminación grave por causa de discapacidad.

2. MARCO JURÍDICO Y PROGRAMÁTICO ESPECÍFICO EN LA MATERIA, VINCULANTE O ATINGENTE A LOS ESTADOS DE LA REGIÓN

La **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas** (UN-CDPD, 2006), firmada y ratificada por la mayoría de los Estados Parte de la OEA, en su Artículo 25 sobre **Salud**, reafirma el derecho de las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud, sin discriminación por motivos de discapacidad⁴¹.

Por su parte, la **Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (CIADDIS-OEA)**, firmada y ratificada por 19 Estados Parte de la OEA; y el **Programa de Acción de la Década de las Américas por los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad (PAD-OEA, 2016-2026)**, enfatizan el derecho a la prevención, acceso y atención en salud para las personas con discapacidad sin discriminaciones. En particular, cabe destacar que el PAD, en su **objetivo 2**, de **Salud**, establece el deber de los Estados Miembros de la OEA a ampliar, mejorar y asegurar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud, en igualdad de condiciones con las demás y asegurando que los servicios existentes incorporen la perspectiva de discapacidad y, cuando corresponda, agregar la de otros grupos en situación de vulnerabilidad y/o históricamente discriminados. En su **objetivo 13**, sobre **Situaciones de emergencia, catástrofe y desastres**, el PAD establece que los Estados deben garantizar la gestión integral de las personas con discapacidad ante una situación de riesgo, tomando en cuenta sus necesidades antes, durante y después de la emergencia, incluyendo sus productos de apoyo o medios de asistencia personal, a fin de salvaguardar la autonomía, desplazamiento e independencia. Por último, el **objetivo #3** de la **Agenda 2030**: “*Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*”, en su numeral 3.8. reafirma el deber de los Estados de: “*Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todas las personas*”. También son pertinentes los objetivos 1,2, 4, 5, 6, 7, 8, 10,11, 16 y 17⁴².

⁴¹ Cfr. Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>. Ver además del artículo 25, otros directamente interrelacionados con los derechos humanos en situaciones de emergencia: artículos 4, 5, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17 y 19, entre otros.

⁴² Cfr. Objetivos de Desarrollo Sostenible: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>.

3. RECOMENDACIONES: ¡HASTA QUE LA INCLUSIÓN Y LA ACCESIBILIDAD SE HAGAN COSTUMBRE!

- a. En el marco de las políticas de información y comunicación:
 - Toda la información sobre salud pública antes, durante y después de la emergencia debe ser difundida **en una diversidad de formatos accesibles** para las personas con discapacidad y **al mismo tiempo y por los mismos canales** que se entrega la información al resto de la población, de manera constante. Esto implica que toda la comunicación audible debe ser traducida a medios visuales (lengua de señas, subtítulos), y toda la información visual que se transmite, debe ser traducida a formatos auditivos, tales como la audio-descripción, audio-texto, comunicación aumentada y otros formatos alternativos de comunicación. Debe haber versiones en lenguaje sencillo, pictogramas, infografías, para personas con discapacidad intelectual o neurodiversas⁴³.
 - La traducción en lengua de señas debe ser realizada por profesionales capacitados y neutrales, reconocidos por la comunidad sorda del país, que estén junto a las autoridades que están informando o que ocupen espacio similar y paralelo en la pantalla de televisores. Recuadros pequeños no son efectivos. Es importante considerar que la comunidad sorda es heterogénea, y por ello, subtítulos y lengua de señas para informar en situaciones de emergencia deben usarse conjuntamente.⁴⁴
 - Poner a disposición de los servicios públicos y de las personas con discapacidad, tecnologías de la información y la comunicación (TICS) y tecnologías asistivas que favorezcan la comunicación y la autonomía de la persona en situaciones de emergencia, tales como videochats para el uso de intérpretes en los servicios médicos, aplicaciones celulares para detectar contagios, para indicar ubicación, para llamar a emergencias, programas para describir entornos a personas ciegas, para leer etiquetas, entre otros⁴⁵.

⁴³ Ejemplo de uso de lenguaje sencillo para entregar información de auto-cuidado en la emergencia se puede encontrar: <https://www.facebook.com/Copidisgcb/videos/235746131154622/UzpfSTc5NTYONTA4NDoxMDE2MzYwNzUyNzczMDA4NQ?/id=795645084>. Pictogramas (Argentina): <https://www.facebook.com/318014794882002/post/3494120850604698/?sfnsn=scwspmo&extid=cbp6MKhnfXg0V> Gtx.

⁴⁴ Ejemplo de información audiovisual accesible (Argentina): <https://www.facebook.com/AgenciaNacionaldeDiscapacidad/videos/vb.318014794882002/2495492690555902/?type=2&theater>. Ejemplos de campañas informativas para personas sordas e intérpretes de lengua de señas en Chile: <https://www.youtube.com/watch?v=WlcUmMpEDNc> y https://www.youtube.com/watch?v=DNIB2HL_7EQ&feature=youtu.be.

⁴⁵ En Perú se creó un número telefónico de atención por WhatsApp para que personas sordas o hipoacúsicas que tengan dudas sobre la emergencia o sientan síntomas y necesiten orientación, puedan comunicarse directamente y de manera autónoma con los servicios de salud. Ejemplo de servicio de videollamadas para personas sordas en Argentina como respuesta a la crisis: <https://www.facebook.com>.

- Las y los intérpretes de lengua de señas y asistentes personales, guías intérpretes, guías de personas ciegas, entre otros, que trabajan en situaciones de emergencia y salud deben recibir las mismas protecciones de salud, higiene y seguridad que el resto del personal de atención médica que trabajan con COVID-19.
- Hay que considerar que hay personas con discapacidad múltiple, que dependen del apoyo personal para poder acceder a la información, tales como las personas sordo-ciegas y las personas sordas con otras situaciones discapacitantes. En el primer caso, se necesita intérpretes táctiles, lo que requiere redoblar las medidas de higiene y cuidado para esa asistencia.

b. En el marco de las políticas de mitigación y control de contagio:

- En casos de cuarentenas, toques de queda y restricción domiciliaria, hay que atender las necesidades de personas de apoyo y cuidadores de personas con discapacidad, así como las de personas con discapacidad del espectro autista, neurodiversas o con discapacidad psicosocial -que requieren de contacto esencial con el medioambiente y espacios abiertos para mantener la calma-, y establecer políticas específicas que permitan su movilidad y la continuación de los servicios. En ningún caso se debe interrumpir los servicios de asistencia personal y cuidado de las personas con discapacidad⁴⁶.
- Deben tomarse medidas de protección adicionales para las personas con discapacidad en situaciones específicas, tales como:
 - Desinfección de puertas de entrada reservadas para personas usuarias de sillas de ruedas, pasamanos de rampas o escaleras, pomos de accesibilidad para puertas reservadas para personas con movilidad reducida.
 - Priorización de las personas con discapacidad y adultas mayores en la entrega de guantes protectores, jabón antibacterial, y toallitas antibacteriales entre otros, dado que las requieren de manera mucho más constante, porque utilizan sus manos para movilizarse y para interactuar con el entorno.
 - Considerar la realización de pruebas de contagio a domicilio, que prioricen a las personas con discapacidad, su entorno de asistentes personales y familiares, y las personas adultas mayores.

com/318014794882002/posts/3499294573420659/?sfnsn=scwspmo&extid=5ygxrDxxqaWJtLOF&d=n&vh=e
46 Ejemplo de emisión de certificados de pases libres para asistentes de personas con discapacidad como política de Estado (Argentina): <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227248/20200329>. En los Emiratos Arabes se instauró un sistema de solicitud en línea para obtener permiso de circulación para asistentes personales y mantener la continuidad del servicio en cuarentenas; así como para personas con discapacidad que requieren el contacto con el aire libre.

- Las personas ciegas y de baja visión deben contar también con redes de apoyo para compras y otros trámites que requieren movilidad fuera de casa, a fin de prevenir riesgos de contagio. Los Estados deben velar porque esas redes de apoyo existan y se activen en casos de emergencia como el actual.
- Establecer políticas de comunicación y coordinación con las redes de apoyo comunitarias y los servicios intermediarios de atención a personas con discapacidad y adultas mayores en situaciones de emergencia, para asegurar su continuidad, su asesoría y apoyo dentro del marco de las políticas públicas de respuesta a la emergencia⁴⁷.
- La crisis de COVID-19 y las medidas de confinamiento pueden generar miedo y ansiedad. La atención psicosocial y terapéutica no debería interrumpirse en estos períodos. Una política pública podría ser legalizar esta atención, así como otras similares, vía teletrabajo, que pudieran también estar cubiertas por las políticas de protección social⁴⁸.
- Todos los planes de preparación y respuesta deben ser inclusivos y accesibles para las mujeres con discapacidad, con perspectiva de género, y debe considerarse la mayor exposición de ellas a la violencia de género debido al aislamiento domiciliario. Los Estados deben estar conscientes de este riesgo y generar políticas de fiscalización y apoyo.
- Debe reducirse progresivamente el número de personas en instituciones, y transitar hacia servicios ambulatorios basados en la comunidad. Bajo ningún caso debe forzarse medicación o tratamiento psicosocial contra la voluntad de la persona como consecuencia o bajo el argumento de la situación de emergencia o la cuarentena.
- Bajo ningún motivo debe autorizarse la institucionalización y el abandono por causa de discapacidad. Las personas con discapacidad no deben ser institucionalizadas como consecuencia de los procedimientos de cuarentena, ni en ningún caso, y mucho menos sin su consentimiento libre e informado.
- Las y los asistentes personales, trabajadores de apoyo o intérpretes que continúen sus servicios durante las cuarentenas deben someterse a pruebas proactivas para COVID 19 para minimizar el riesgo de propagar el virus a personas con discapacidades.
- Los servicios remotos de trabajo o educación deben ser igualmente accesibles para empleados / estudiantes con discapacidades.
- Las y los tomadores de decisiones deben considerar que las restricciones de

⁴⁷ También es posible organizar desde los Estados redes de voluntariado para estos propósitos (por ejemplo: iniciativa de sociedad civil en Argentina I-E, y COALIVI, organización de personas ciegas de Colombia).

⁴⁸ Un ejemplo de iniciativa de sociedad civil de Argentina: <https://www.facebook.com/109326287204778/posts/156408842496522/>.

movilidad y negocios impactan desproporcionadamente a las personas con movilidad reducida y otras personas con discapacidad. Una buena práctica en términos de permitir alternativas es, por ejemplo, el caso de Australia, Argentina, y Estados Unidos, en donde se agendaron horarios específicos de atención de tiendas especialmente para personas con discapacidad.

- Cualquier programa para brindar apoyo a los grupos en situación de vulnerabilidad, incluidos aquellos de congelamiento de deudas, alternativas laborales y ayudas socio-económicas, debe **incluir la variable discapacidad de manera interseccional**⁴⁹.

c. En el marco de políticas de atención y cuidado en salud durante la emergencia

- Es necesario capacitar a todo el personal de los servicios de salud locales y nacionales en la atención y comunicación efectivas, accesibles, y asequibles en relación a las personas con discapacidad, con enfoque en derechos humanos, eliminación de los estigmas, y equidad.
- Las personas con discapacidad que necesitan servicios de salud debido al COVID-19, tales como la hospitalización, provisión de ventiladores y otros, no pueden ser postergadas debido a su discapacidad. Es fundamental dar instrucciones claras desde la política pública, que proricen la vida y la dignidad humana ante todo y por sobre todo, en igualdad de condiciones, y sin distinciones de ningún tipo por causa de discapacidad.

d. Políticas de planificación y preparación para las próximas emergencias

- Es fundamental generar estadísticas desglosadas por cada grupo en situación de vulnerabilidad, incluyendo personas con discapacidad, para poder recabar evidencia muestral que permita planificar mejor la respuesta a próximas emergencias sanitarias y de otra índole. Una buena práctica en este sentido es la generación de encuestas virtuales, a través de plataformas como Survey Monkey o similar, que produzcan evidencia inédita y aproximativa en el contexto mismo de las crisis.
- Antes, durante y después de las emergencias, los Estados deben mantener consultas y colaboración estrechas con las organizaciones de la sociedad civil de personas con discapacidad de la región, quienes deben participar activamente en todo el proceso de propuesta, diseño, aprobación y monitoreo de las respuestas y soluciones en políticas públicas ante las crisis⁵⁰.

⁴⁹ Por ejemplo, las medidas de distribución de dinero en efectivo pueden no ser una buena opción para muchas personas con discapacidad, ya que es posible que no puedan encontrar los artículos que necesitan debido a las barreras de accesibilidad. En caso de medidas de ayuda financiera estatal en emergencias lo más efectivo es organizar la entrega de canastas de alimentos y artículos de primera necesidad, y el hacer asequibles o gratuitas, y accesibles –incluyendo también cuando se requiera, servicio a domicilio–, la prestación de servicios básicos.

⁵⁰ Antes, durante y después de las emergencias, elaborar protocolos específicos de respuestas inclusivas para personas con discapacidad, cuya efectividad pueda ser evaluada. Ejemplo de protocolo inclusivo de discapacidad elaborado por el Gobierno de India: <https://www.outlookindia.com/newscroll/covid19-govt-issues-comprehensive-disability-guidelines/1782164>.

MATERIALES RECOMENDADOS:

- 01** Declaración de organizaciones regionales e internacionales de personas con discapacidad psicosocial, con recomendaciones en el contexto de la pandemia de COVID-19⁵¹.
- 02** Regional Risk Communication and Community Engagement (RCCE): COVID-19: How to include marginalized and vulnerable people in risk communication and community engagement⁵².
- 03** Human Rights Watch: Protect Rights of People with Disabilities During COVID-19: Ensure Access to Information, Essential Services For Those Most at Risk⁵³.
- 04** COVID-19: ¿Quién protege a las personas con discapacidad?, alerta experta de la ONU⁵⁴.
- 05** Alianza Internacional de la Discapacidad: Encuesta sobre COVID-19 y Personas con discapacidad⁵⁵:
- 06** Alianza Internacional de la Discapacidad: COVID-19 y el Movimiento de la Discapacidad⁵⁶.

⁵¹ Disponible en: http://www.chrusp.org/home/covid19?fbclid=IwAR3khdA24xvgS0DK5IBVluuzHB GqOiffFGnnapelPE_xg6T4nXLYKBUOR6g.

⁵² Disponible en: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/COVID_19_CommunityEngagement_130320.pdf.

⁵³ Disponible en: <https://www.hrw.org/news/2020/03/26/protect-rights-people-disabilities-during-covid-19#>.

⁵⁴ Disponible en: https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25725&LangID=S&fbclid=IwAR0ts1XjRGvdlcb0__a6MDpMQoiRVAaQQGvIFHXhw7JjmXlKq6lFnkYfE7U.

⁵⁵ Disponible en: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeESduS_RXj_mGtK3d BmJRiN9x9AcVYqk7EEVOwq_Zo4zdBA/viewform.

⁵⁶ Disponible en: <http://www.internationaldisabilityalliance.org/es/content/covid19-y-el-movimiento-de-la-discapacidad>.

CAPÍTULO IV:

COVID-19 Y LA POBLACIÓN AFRODESCENDIENTE⁵⁷

1. LA SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN AFRODESCENDIENTE EN LAS AMÉRICAS Y LA IMPORTANCIA DE RESPUESTAS POLÍTICAS QUE LA INCLUYAN

Según diversos organismos internacionales y regionales, en las Américas viven alrededor de 200 millones de personas afrodescendientes⁵⁸ y la mayoría de ellas se encuentran en situación de vulnerabilidad; esto como consecuencia de la pobreza, el subdesarrollo, la exclusión social, desigualdades económicas, las cuales están estrechamente vinculadas con el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las prácticas conexas de intolerancia.

En ese contexto, tanto la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y otras organizaciones regionales como la Organización de los Estados Americanos (OEA)⁵⁹ han expresado de manera reiterada su preocupación con relación a la inclusión, el respeto a los derechos humanos, y la atención de las necesidades de las personas afrodescendientes. Además, las Asambleas Generales de la ONU y de la OEA han adoptado una serie de resoluciones y planes acción para promover el reconocimiento, la justicia y el desarrollo de esta importante población. Siendo relevante de destacar, la adopción del Decenio Internacional para los Afrodescendientes (2015-2024) en la ONU y el Plan de Acción del Decenio de las y los Afrodescendientes en de las Américas (2016-2025) en la OEA.

⁵⁷ Elaborado por Roberto Rojas Dávila, Jefe de la Sección de Grupos en Situación de Vulnerabilidad del Departamento de Inclusión Social, Secretaría de Acceso a Derechos y Equidad de la OEA.

⁵⁸ Afrodescendiente es aquella persona de origen africano que vive en las Américas y en todas zonas de la diáspora africana por consecuencia de la esclavitud, habiéndoseles denegado históricamente el ejercicio de sus derechos fundamentales.

⁵⁹ A través de su Secretaría General, así como también la Comisión y Corte Interamericana de Derechos Humanos, y el Proceso de Cumbres de las Américas.

2. MARCO JURÍDICO INTERAMERICANO RELACIONADO

La población afrodescendiente cuenta, entre otros, con los siguientes instrumentos interamericanos:

- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.
- Carta de la Organización de los Estados Americanos.
- Convención Americana de Derechos Humanos.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales – Protocolo de San Salvador.
- Declaración de la Conferencia de las Américas, Preparatoria a la III Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y Otras Formas Conexas de Intolerancia – Declaración de Santiago.
- Carta Democrática Interamericana.
- Carta Social de las Américas.
- Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Otras Formas Conexas de Intolerancia.
- Convención Interamericana contra toda Forma de Discriminación e Intolerancia.
- Plan de Acción del Decenio de las y los Afrodescendientes en las Américas (2016-2025).

3. ASPECTOS RELEVANTES Y RECOMENDACIONES

Ante la situación histórica de discriminación y de exclusión social de la mayoría de la población afrodescendiente en las Américas, el COVID-19 impacta de manera desproporcionada a este colectivo, porque la mayoría de las medidas adoptadas por los países de la región no cuentan con un enfoque diferencial ni con una perspectiva inclusiva, transversal e interseccional.

En relación con el derecho a la salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) afirma que la población afrodescendiente sufre las consecuencias de las brechas significativas en la salud debido a factores determinantes socioeconómicos como resultado de la discriminación y exclusión histórica que son víctimas. Asimismo, señala que los sistemas de información no recogen suficientemente la variable de la etnicidad, siendo una de las principales limitaciones la falta de datos desagregados que permitan obtener un diagnóstico preciso sobre la dimensión de las situaciones diferenciadas de salud de esta población. Además, considera que la situación de invisibilidad y exclusión

que enfrentan las personas afrodescendientes representa un reto para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud, como las referentes al acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, la tuberculosis, la malaria y la salud mental, entre otras⁶⁰.

Por otro lado, en relación a las medidas de distanciamiento social dictadas por varios Estados de la región, es importante que tengan que cuenta, tal como lo señala el Banco Mundial, la persistencia de las brechas de pobreza entre afrodescendientes y no afrodescendientes. Asimismo, el Banco señala que en general, las personas afrodescendientes tienen niveles más altos de desempleo en todos los países y, entre quienes tienen empleo, una proporción mayor de ellos labora en ocupaciones poco calificadas y también son más propensos a tener empleos informales en la mayoría de los países⁶¹.

En ese mismo sentido, es importante que los Estados tengan en cuenta, tal como lo señala la CEPAL, las desventajas en el acceso a los servicios básicos, el agua potable y el saneamiento por parte de las personas afrodescendientes en relación con el resto de la población. También, es importante que tengan en cuenta las condiciones de habitabilidad de las viviendas, ya que la CEPAL ha podido constatar que en la mayor parte de los países es más alto el porcentaje de personas afrodescendientes habitando en viviendas hacinadas que el de personas no afrodescendientes, tanto en el área urbana como rural⁶².

Asimismo, es importante que tengan en cuenta que, tal como lo señala el Banco Mundial, la población afrodescendiente tiene niveles significativamente más bajos de escolaridad en la mayoría de los países; en particular en las áreas rurales, siendo más pronunciada en la educación primaria rural⁶³.

Finalmente, es de suma importancia que al momento de implementar medidas en respuesta al COVID-19, los Estados garanticen el de principio igualdad y no discriminación, tomen en cuenta la diversidad étnica, cultural y lingüística⁶⁴ e incluyan los enfoques de género y de interseccionalidad.

60 Organización Panamericana de la Salud. Política de Etnicidad y Salud. Washington D.C., 2017.

61 Banco Mundial. Afrodescendientes en Latinoamérica. Washington D.C., 2018.

62 *Ibid.*

63 Banco Mundial. Afrodescendientes en Latinoamérica. Washington D.C., 2018.

64 Por ejemplo, la población Garífuna de Centroamérica tiene su propia lengua, la población palenquera de Colombia tiene su propia lengua, un gran número personas afrodescendientes de Centroamérica hablan inglés.

MATERIALES RECOMENDADOS:

- 01 **Banco Mundial. Afrodescendientes en Latinoamérica: Hacia un marco de inclusión. Washington D.C., 2018⁶⁵**
- 02 **CEPAL. Situación de las personas afrodescendientes en América Latina y desafíos de políticas para la garantía de sus derechos. Santiago, Chile, 2017⁶⁶**
- 03 **CIDH. La Situación de las Personas Afrodescendientes en las Américas. Washington D.C., 2011⁶⁷**
- 04 **OEA. Estándares de protección de Afrodescendientes en el Sistema Interamericano: Una Breve Introducción. Washington D.C., 2011⁶⁸**
- 05 **OEA. Plan de Acción del Decenio de las y los Afrodescendientes en las Américas (2016-2025)⁶⁹**
- 06 **ONU. Decenio Internacional para los Afrodescendientes (2015-2024)⁷⁰**
- 07 **OPS. Política sobre Etnicidad y Salud. Washington D.C, 2017⁷¹**
- 08 **OPS. Estrategia y Plan de Acción sobre Etnicidad y Salud (2019-2025). Washington D.C., 2019⁷²**

⁶⁵ Disponible en: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/316161533724728187/pdf/129298-7820181730-51-AfrodescendientesenLatinoamerica.pdf>.

⁶⁶ Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/S1701063_es.pdf.

⁶⁷ Disponible en: http://www.oas.org/es/cidh/afrodescendientes/docs/pdf/AFROS_2011_ESP.pdf.

⁶⁸ Disponible en: http://www.oas.org/dil/esp/publicaciones_estandares_de_proteccion_afrodescendientes_2011.pdf.

⁶⁹ Disponible en: https://www.oas.org/es/sadye/documentos/PA_Afrodesc_ESP.pdf.

⁷⁰ Disponible en: <https://www.un.org/es/observances/decade-people-african-descent>.

⁷¹ Disponible en: <https://www.paho.org/es/file/51612/download?token=jbssGutj>.

⁷² Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51745/OPSEGC19002_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

CAPÍTULO V:

PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y MITIGACIÓN DEL COVID-19 EN LOS PUEBLOS INDÍGENAS⁷³

1. LA SITUACIÓN DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y LA IMPORTANCIA DE UNA RESPUESTA DIFERENCIADA

Los Estados de la región vienen tomando un conjunto de medidas excepcionales para atender la pandemia del COVID-19. Dichas medidas generan impactos diferenciados entre las poblaciones, especialmente de los grupos en situación de vulnerabilidad, entre ellos los pueblos indígenas. En la región, se calcula que existen alrededor de 826 pueblos indígenas, con una población aproximada de 45 millones de personas⁷⁴. También se sabe de la presencia de pueblos indígenas en situación de aislamiento voluntario o contacto inicial en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela⁷⁵. Es imposible saber cuántos pueblos o personas indígenas permanecen en aislamiento, pero algunos cálculos se refieren a unos 200 pueblos y aproximadamente 10 mil personas⁷⁶.

⁷³ El presente documento ha sido elaborado por Daniel Sánchez, representante gubernamental del Perú en el Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador (GTPSS), con la colaboración estrecha de la antropóloga Dulce Morán Anticona, especialista en temas indígenas y asesora del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos del Perú.

⁷⁴ Fabiana Del Popolo (ed.): *Los pueblos indígenas en América (Abya Yala): desafíos para la igualdad en la diversidad*. Libros de la CEPAL, N° 151 (LC/PUB.2017/26), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2017, p. 467.

⁷⁵ Los pueblos en aislamiento son pueblos que no mantienen contactos regulares con la población mayoritaria, y que además suelen rehuir todo tipo de contacto con personas ajenas a su grupo. Los pueblos en contacto inicial son pueblos que mantienen un contacto intermitente o esporádico con la población mayoritaria no indígena. Cf.: CIDH, *Pueblos Indígenas en Aislamiento Voluntario y Contacto Inicial en las Américas*. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 47/13 30 diciembre 2013, pp. 4 y 5.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 5, 6 y 7.

Desde el siglo XV, hasta la actualidad, las epidemias han generado un gran impacto en la salud y la vida de los pueblos indígenas⁷⁷. En efecto, producto de históricas condiciones de exclusión y discriminación, presentan tasas más altas de pobreza frente a la población no indígena⁷⁸, tienen limitado acceso a los servicios de salud⁷⁹ y precarias condiciones de salud⁸⁰, colocándoles en grave riesgo frente a las epidemias, que pueden provocar afectaciones a su vida e integridad, pero también a la supervivencia cultural de estos colectivos⁸¹. De ahí que sea importante una atención diferenciada.

Una especial mirada requieren los pueblos indígenas en aislamiento voluntario y contacto inicial. Este colectivo se encuentra en extrema vulnerabilidad sanitaria, demográfica y territorial. La transmisión de enfermedades derivadas del contacto es una de las amenazas más graves a la supervivencia física, pues esta población no cuenta con las defensas inmunológicas contra enfermedades relativamente comunes, y un contagio puede tener consecuencias trágicas. De ahí que el coronavirus COVID-19, al ser de alta transmisibilidad, requiere de especial atención en este grupo.

2. MARCO JURÍDICO INTERAMERICANO SOBRE PUEBLOS INDÍGENAS

La Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, en concordancia con el **Convenio 169** de la OIT y la **Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas**, reconoce el derecho, tanto colectivo como individual, de los pueblos indígenas a disfrutar del nivel más alto de salud física, mental y espiritual. Los tres instrumentos coinciden en señalar como parte de este derecho fundamental su derecho a mantener sus propios sistemas y prácticas de salud, a acceder sin discriminación a todos los servicios sociales y sanitarios, y a que estos deban administrarse en coordinación con los pueblos interesados y ser culturalmente apropiados.

⁷⁷ Fabiana del Popolo (ed.), op.cit., p. 281.

⁷⁸ Por ejemplo, en México, de las 7.4 millones de personas que viven en extrema pobreza, 60% son indígenas. Situación similar se observa en Guatemala en donde los departamentos con mayor cantidad de población indígena presentan las tasas más altas de pobreza. Cf.: CIDH, *Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas*. OEA/Ser.L/V/II. Doc.44/17, 2017, párr. 185 y 213.

⁷⁹ Los establecimientos de salud tienden a estar situados lejos de las comunidades, además tienen una severa escasez y desabastecimiento de medicamentos, insumos y material médico; no brindan servicios culturalmente pertinentes y tampoco cuentan con profesionales de la salud capacitados en enfoque intercultural. (Cf. Ibid., párr. 199; CIDH, *Situación de los derechos humanos de los pueblos indígenas y tribales de la Panamazonía*. OEA/Ser.L/V/II. Doc.176/19, 29 de septiembre de 2019, párr. 302).

⁸⁰ Por ejemplo, Brasil, Chile, México, Paraguay, Perú y Venezuela presentan tasas más altas de tuberculosis en el caso de la población indígena que en el resto de la población (Cf.: Fabiana del Popolo, Op.Cit., p. 295). En México, el riesgo de muerte materna es nueve veces mayor que entre las personas no indígenas (Cf.: OPS, *Estrategia y plan de acción sobre etnicidad y salud 2019 -2025*, 57°. Consejo Directivo, 71.a sesión del Comité Regional de la OMS, CD57/13, Rev. 1, 3 de octubre de 2019, p. 7). En Canadá la tasa de suicidio de los Inuit es aproximadamente 11 veces superior a la media nacional. (Cf.: Naciones Unidas, *Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas*, Victoria Tauli Corpuz, 6 de agosto de 2015, A/HRC/30/41, párr. 29). En Venezuela el 10% de los miembros del pueblo Warao habrían adquirido VIH (Cf.: CIDH, 2019, párr.160).

⁸¹ En el 2018, la CIDH reportó que los Yanomami de la frontera de Venezuela y Brasil se ven seriamente afectados por brotes de sarampión y malaria relacionados con la llegada de mineros ilegales, por lo que podrían ser completamente extinguidos de no tomarse las medidas correspondientes. Cf.: CIDH. Ibid., párr. 153.

A su vez, la Corte IDH ha desarrollado los estándares del derecho a la salud de los pueblos indígenas a través del derecho a una vida digna, que implica que los Estados tiene la obligación de adoptar medidas efectivas para garantizar las condiciones de vida mínimas compatibles con la dignidad de la persona humana. En el caso *Yakye Axa Vs. Paraguay*, el Tribunal señaló que los miembros de este pueblo vivían en condiciones de pobreza, no tenían acceso a agua limpia ni a servicios sanitarios⁸², declarando la responsabilidad del Estado al no haber adoptado medidas concretas para revertir las condiciones en las que se encontraban⁸³. Asimismo, en el caso *Xákmok Kásek Vs. Paraguay*, la Corte destacó que pese a haber recibido asistencia estatal, esta no fue suficiente para proteger el derecho a la vida digna de los miembros de este pueblo⁸⁴, constituyéndose como una violación del derecho a la vida⁸⁵.

3. RECOMENDACIONES SOBRE ASPECTOS RELEVANTES A TOMAR EN CUENTA PARA RESPUESTAS CULTURALMENTE PERTINENTES

En atención a lo expuesto, y en el marco de la pandemia del COVID-19, se formulan recomendaciones sobre aspectos relevantes a tomar en consideración por los Estados:

- Mantener informadas a la ciudadanía y a las organizaciones indígenas representativas sobre las medidas extraordinarias adoptadas al interior de los Estados y coordinar, previamente, con las autoridades comunales, aquellas a implementar dentro de sus tierras y territorios indígenas.
- Contar con información sociocultural y epidemiológica desagregadas sobre pueblos indígenas. Por ejemplo, sobre la prevalencia de enfermedades crónicas en pueblos indígenas que pueden ser un factor de riesgo y que permitan mejorar las medidas de prevención, manejo y contención del COVID-19. Para ello, es recomendable incorporar variables de etnicidad en los registros administrativos de salud usados en el marco de esta pandemia.
- Las medidas de prevención y atención que se adopten e implementen tienen que ser cultural y lingüísticamente adecuadas, tomando en cuenta las prácticas y costumbres de los pueblos indígenas que habitan dentro de los territorios nacionales, garantizando el uso de metodologías y herramientas que permitan la transmisión de la información, en lenguas originarias y pertinentes a su cultura, de manera clara y sencilla.
- Utilizar los medios o soportes físicos y/o tecnológicos disponibles, de mayor uso y alcance por los pueblos indígenas, para difundir las medidas a implementar.

⁸² Corte IDH, *Caso Comunidad Indígena Yakye Axa vs. Paraguay. Fondo, reparaciones y costas*. Sentencia de 17 de junio de 2005, párr. 164.

⁸³ *Ibid.*, párr. 176.

⁸⁴ Corte IDH, *Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 24 de agosto de 2010, párr. 214.

⁸⁵ *Ibid.*, párr. 217.

- Contextualizar culturalmente las medidas dictadas por los Estados usando los conceptos, mensajes e indicaciones que sean pertinentes a la realidad social, cultural y económica de los pueblos indígenas. Asimismo, considerar las condiciones geográficas y climatológicas de los lugares en donde habitan los pueblos indígenas para asegurar la pertinencia y efectividad de las medidas adoptadas.
- Las mujeres indígenas se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad frente al COVID-19, pues experimentan diversas formas de exclusión y discriminación al interior de su comunidad como fuera de ella. Se debe garantizar que las medidas de prevención y contención adoptadas por los Estados aseguren su derecho a la salud en igualdad de condiciones.
- Garantizar el acceso de las poblaciones indígenas y fortalecer la capacidad operativa de los establecimientos de salud del primer nivel de atención de los pueblos indígenas para la prevención, manejo y contención de la pandemia, garantizando la disponibilidad de personal, medicamentos, insumos y equipos médicos.
- Capacitar al personal de salud en interculturalidad, para que las acciones de prevención y la atención que se brinden sean culturalmente pertinentes y libres de todo tipo de discriminación.
- Garantizar que el personal de salud y otros agentes del Estado que ingresen a los territorios indígenas se encuentren en óptimas condiciones de salud y no sean portadores del COVID-19.
- Garantizar el acceso a la educación básica regular de niños, niñas y adolescentes indígenas a través de medios pertinentes y, a través de ésta, fortalecer el desarrollo de prácticas y hábitos saludables que permitan prevenir el COVID-19, así como otras enfermedades que afecten a los pueblos indígenas.
- Adoptar medidas que garanticen la seguridad alimentaria y acceso a artículos básicos de higiene de los pueblos indígenas que pueden verse afectados por las medidas de aislamiento social obligatorias (cuarentenas).
- En el caso de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial, suspender las autorizaciones excepcionales de ingreso a las reservas destinadas a proteger a esta población, con excepción de las actividades que requiera realizar el sector Salud. Asimismo, hacer vigilancia epidemiológica a la población que vive contigua a los territorios de estos pueblos, implementando "cordones de protección sanitaria"⁸⁶. Finalmente intensificar los protocolos sanitarios de seguridad para los casos de miembros de los pueblos indígenas en situación de contacto inicial que son

86 ACNUDH. *Directrices de Protección para los Pueblos Indígenas en Aislamiento y en Contacto Inicial de la Región Amazónica, El Gran Chaco y la Región Oriental de Paraguay*. Ginebra, 2012, párr. 62

atendidos en diversas dependencias de salud, así como para sus traslados terrestres y/o aéreos de salida y retorno a sus asentamientos.

MATERIALES RECOMENDADOS:

- 01** Resolución Ministerial N° 109-2020-MC, mediante la cual se aprueban diversas acciones del Ministerio de Cultura del Perú para la atención de los pueblos indígenas en el marco de la Emergencia Sanitaria a nivel nacional por la existencia del Covid-19⁸⁷.
- 02** Informe sobre Situación de los Derechos Humanos de los Pueblos indígenas y tribales de la Panamazonía. Mediante este informe la CIDH aborda la problemática de los pueblos que habitan esa región, a la luz de los estándares del Sistema Interamericano de Derechos humanos⁸⁸.
- 03** La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural. Mediante este documento la Defensoría del Pueblo del Perú recomienda un conjunto de medidas para que el Estado mejore la prestación de salud, con un enfoque intercultural, hacia los pueblos indígenas⁸⁹.

⁸⁷ Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/571914/RM_109-2020-MC.pdf.

⁸⁸ Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/Panamazonia2019.pdf>.

⁸⁹ Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/Informe-Defensorial-N-169.pdf>.

CAPÍTULO VI:

LAS PERSONAS LGBTIQ Y EL COVID-19 EN LAS AMÉRICAS⁹⁰

La pandemia del coronavirus se instala sobre la región más desigual del mundo. Esto no puede ser obviado. Conviven en las Américas fuertes diferencias socio-económicas y diferentes grupos en situación de vulneración basada en diferentes ejes de discriminación que presentan enormes brechas en el acceso a los derechos sociales.

Frente a esto los Estados, por un lado, pueden responder reproduciendo esas desigualdades. O pueden, por otro, aprovechar esta oportunidad para responder de acuerdo a los estándares internacionales e interamericanos de Derechos Humanos (en adelante, DDHH) -en línea con sus compromisos internacionales-, buscando revertir las brechas existentes a partir del combate a las desigualdades y las discriminaciones preexistentes.

Responder desde una perspectiva de DDHH⁹¹ implica incorporar en esa respuesta los principios de indivisibilidad e interdependencia de los mismos. No basta -aunque es central- actuar en relación al derecho a la salud, sino que debe construirse una respuesta integral incluyendo los derechos a la educación; al trabajo y a la seguridad social; a alimentación adecuada y a la vivienda y los servicios básicos (como parte del derecho a un medio ambiente sano).

Esta misma perspectiva debe tenerse en cuenta a la hora de definir las medidas de distanciamiento social⁹².

⁹⁰ Elaborado por Andrés Scagliola, Político y Experto Gubernamental, Presidente del Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador.

⁹¹ Del mismo modo, la respuesta debe tener un enfoque de género para entender el desigual impacto de la pandemia no sólo en la salud sino en el conjunto del acceso y goce de los derechos humanos fundamentales en hombres y mujeres. Por ejemplo, la respuesta puede tener un fuerte impacto en la carga de cuidados en los hogares, así como en situaciones de violencia de género.

⁹² Véase Principios de Siracuse en la limitación de derechos fundamentales.

Es razonable pensar que una respuesta en base a esta perspectiva sólo se puede construir en base a un Plan de Emergencia o Contingencia, con transparencia en la información y garantizando en lo posible la participación social, y no en base a una sucesión de medidas acumulativas y muchas veces contradictorias, poniendo en foco a las personas en situación histórica de vulneración de derechos, entre otras, las personas LGBTIQ (lesbianas, gay, bisexuales, trans, intersex y queer).

1. LA SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN LGBTIQ EN LAS AMÉRICAS

Se ha estimado a la población no heterosexual en un 5% a 10% de la población. La falta de incorporación de las categorías de características sexuales, orientación sexual, identidad de género y expresiones de género en los registros oficiales, encuestas y censos, hacen difícil las estimaciones⁹³. Asimismo, el hecho de que existen países del área del Caribe que aún criminalizan la homosexualidad y que, aún en contextos de legalidad e incluso de reconocimiento de plena igualdad de derechos, el estigma social pervive, dificulta la certeza de cualquier instrumento de medición.

Una pequeña parte de la población total es trans (travesti, transgénero, transexual)⁹⁴. Se trata de un conjunto pequeño pero que cobra importancia por la extrema situación de exclusión social en la que vive. De hecho, las Américas es la región del mundo más violenta con las personas trans. El no acceso y goce de sus DDHH, así como esa violencia, que en centenares de casos al año acaban en la muerte, hace que su esperanza de vida sea aproximadamente la mitad de la del resto de la población.

2. JUSTIFICACIÓN

El estigma y el prejuicio suponen para las personas LGBTIQ una barrera muchas veces infranqueable a sus derechos. No sucede otra cosa con el derecho a la salud.

Los hombres homosexuales (y se podría extender a todos los hombres que *tienen sexo con hombres*) y las mujeres trans están entre los grupos prioritarios en la respuesta al VIH por su sobrerrepresentación entre las personas que conviven con el virus en términos porcentuales. El estigma que rodea al VIH (que en algunos contextos además se suma a

⁹³ En Uruguay, las parejas del mismo sexo son relevadas por la Encuesta Nacional de Hogares (aunque aún la subrepresentación de las mismas en la medición es palpable) y recién en la próxima ronda de censos se incluirá –si las condiciones políticas no lo alteran– la categoría “identidad de género” por mandato de la ley 19684, integral para personas trans, lo que sin duda sería un paso fundamental para la visibilidad de esta población, sus condiciones de vida y el diseño de políticas públicas, bajo el principio de que “lo que no se cuenta no cuenta”. El avance de esta última categoría es lento, pero se abre paso en los registros administrativos.

⁹⁴ En el único país de la región en el que se hizo un relevamiento exhaustivo de personas trans, Uruguay, se logró identificar a casi 1000 personas (aproximadamente, un 0,03% del total de la población). Se trata del Censo Trans del Ministerio de Desarrollo Social del año 2016. Los autores plantean que a pesar de sus esfuerzos no toda la población fue captada, entre otras cosas, porque las personas menores a 18 años no fueron consideradas. La estimación de las organizaciones sociales es que existen 3000 personas trans en Uruguay, lo que hablaría de una cifra cercana al 0,1% de la población total.

la criminalización) hace que muchos no accedan a los testeos y, por consiguiente, a los tratamientos, y con ellos a poder convivir con el virus como una enfermedad crónica. Recordemos que las personas con VIH que no acceden a tratamientos y con ello a la indetectabilidad del virus en la sangre y control de sus Cd4, están más expuestos a la muerte por coronavirus.

Pero la brecha en el acceso a la salud no se limita a esto. En toda la región las dificultades de visibilizar la orientación sexual abiertamente, lleva incluso a diagnósticos y estrategias de atención inadecuadas para esta población. También, la atención de las personas trans es absolutamente deficiente en relación a temáticas específicas de salud (tratamientos hormonales, complicaciones por el uso de silicona líquida para modificar sus cuerpos de acuerdo a patrones estéticos femeninos hegemónicos, exposición a enfermedades de transmisión sexual en el caso de las trabajadoras sexuales, secuelas de la violencia y el abuso cotidianos, depresión por la discriminación cotidiana, son algunas de esas temáticas). La estrategia compensatoria de generar algunos servicios de salud "*amigables*" fundamentalmente por parte de las organizaciones y colectivos sociales LGBTIQ y de algunos Estados no logra cerrar las enormes brechas presentes en estas poblaciones.

Comprendiendo la interdependencia e indivisibilidad del derecho a la salud con otros derechos sociales, la situación se hace mucho más compleja. Según las pocas fuentes de información existentes en diversos países de la región, las personas LGBTIQ (y, en particular, las personas trans) presentan fuertes brechas en el acceso al derecho a la alimentación, a la vivienda y los servicios básicos, a la educación, y al trabajo y la seguridad social.

Finalmente, no se puede mirar a la población homosexual, bisexual y trans de nuestros países sin una mirada interseccional. Las personas LGBTIQ están atravesadas por otros ejes de desigualdad que las exponen a situaciones de discriminación particularmente complejas en esas intersecciones. Para mencionar algunas situaciones interseccionales particularmente relevantes frente a esta pandemia: las trabajadoras sexuales trans que -en contexto de legalidad o ilegalidad de su actividad- han quedado sin ingresos económicos; las personas homosexuales y trans con HIV sin confirmación de su status serológico o sin acceso a antirretrovirales; las personas LGBTIQ migrantes que muchas veces encuentran falta de apoyo de connacionales en países de acogida por la propia cultura homofóbica o incluso enfrentan riesgos de deportación por su status irregular, lo que les impide acceder a los servicios de salud básicos; las personas mayores homosexuales con menores redes de apoyo social que el resto de su generación (extremándose la soledad en hombres gays); las personas homosexuales y trans privadas de libertad sometidas a situaciones cotidianas de abuso; las personas LGBTIQ con discapacidad, como las personas sordas, con dificultades de acceso a la información; o los niños, niñas y adolescentes que por su sexualidad no esperada enfrentan violencia por parte de sus padres y familiares así como de sus comunidades.

3. INSTRUMENTOS CLAVE EN EL MARCO JURÍDICO INTERAMERICANO

Junto con la **Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre** de 1948 (artículo 11) y la **Convención Americana de Derechos Humanos** de 1969 (artículos 26, sobre el desarrollo progresivo, y 29, sobre su interpretación a la luz de otros tratados internacionales), el **Protocolo de San Salvador** de 1988, sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (que en su artículo 10 se refiere al derecho a la salud) forma parte del marco básico para la construcción de una respuesta a la pandemia del coronavirus en base a los estándares de DDHH en la región⁹⁵. Esto, en base al mencionado artículo del Protocolo, refiere a considerar a la salud como un bien público (numeral 2), para todos (numeral 2, literal b) y observando a los grupos sociales más vulnerables (numeral 2, literal f)⁹⁶.

En este escenario, los Indicadores de Progreso del Protocolo de San Salvador, contruidos desde una mirada de DDHH por el Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador, comité de monitoreo de este instrumento vinculante, son una herramienta útil para el monitoreo de las respuestas de los Estados Parte a la pandemia. Los 85 indicadores del derecho a la salud, a modo de ejemplo, monitorean tres categorías transversales: *la recepción del derecho* (y la incorporación a la normativa interna de los compromisos internacionales); *el contexto financiero y compromiso presupuestal* para la garantía de ese derecho; así como *las capacidades estatales generadas*. Del mismo modo, releva a través de una batería de indicadores, principios transversales de DDHH como: *la igualdad y no discriminación; el acceso a la justicia; y el acceso a la información y la participación*.

El Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador -de forma oportuna a la luz de la pandemia del coronavirus- generó una propuesta de análisis de los indicadores de progreso -también del derecho a la salud- desde una mirada transversal LGBTIQ⁹⁷. Tanto para la sociedad civil como para los Estados Parte hoy es una herramienta relevante para que la respuesta frente a este desafío reafirme el principio básico de que *nacemos libres e iguales en dignidad*.

En el mismo sentido de protección de los derechos de las personas LGBTIQ y de las personas mayores, los Estados deben avanzar en la firma y la ratificación de las convenciones interamericanas *Contra Toda Forma de Discriminación e Intolerancia y Sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, que explícitamente

⁹⁵ Los estándares interamericanos nos llevan a entender: el derecho a la salud en sentido amplio (vinculado, por ejemplo, a los derechos al trabajo y la vivienda); a la atención en salud basada en el consentimiento informado y en el acceso a la información; en el acceso a los servicios de salud en base a los principios de accesibilidad y disponibilidad; y, tomando las definiciones de la Comisión y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en la responsabilidad estatal que deriva de la violación de este derecho.

⁹⁶ A su vez, la Carta Social de las Américas, de 2012, en su Capítulo 3, refiere a la respuesta a enfermedades infecciosas emergentes, y en su Capítulo 5, a la necesaria solidaridad y cooperación entre Estados. Ambos capítulos son referencias clave para la construcción de la respuesta a la pandemia del coronavirus

⁹⁷ Elaborada para el Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador por Juan Pablo Delgado y Andrés Scagliola.

mencionan como motivos prohibidos de discriminación la orientación sexual, la identidad de género y las expresiones de género.

4. RECOMENDACIONES: ASPECTOS RELEVANTES PARA LA RESPUESTA AL COVID-19

Como planteado anteriormente, la respuesta a la pandemia del coronavirus requiere de un plan, más allá de los límites de tiempo que impone la crisis y de la complejidad de consulta que supone el distanciamiento social. Éste, en relación a las personas LGBTIQ debería al menos cubrir tres ejes prioritarios: información, apoyo y asistencia.

En primer lugar, garantizar a las personas LGBTIQ información relevante, oportuna y pertinente. Es importante generar contenidos con información relevante -con perspectiva interseccional-, dando cuenta de desigualdades que agravan especialmente las situaciones de vulneración de derechos en personas LGBTIQ (mencionados más arriba). Muchas veces esta información no está disponible por la pervivencia de miradas heteronormativas en los medios masivos de comunicación.

En segundo lugar, junto con la información, generar estrategias de apoyo oportuno a las personas LGBTIQ a distancia. Una modalidad adecuada es la apertura de una línea telefónica para asesorar y orientar a las personas en relación a los recursos y servicios en base a un protocolo definido y articulado con instituciones públicas y organizaciones sociales.

En tercer lugar, garantizar asistencia directa a las personas LGBTIQ -en particular personas trans- más vulneradas, garantizando el derecho a la alimentación y el derecho a la salud a través de la provisión de productos de higiene y alimenticios de forma directa o a través de transferencias monetarias. Del mismo modo, es importante promover la creación de redes de apoyo social junto con organizaciones y colectivos sociales, con especial atención a personas mayores, personas con VIH, personas trans, personas migrantes y niñas, niños y adolescentes LGBTIQ expuestos a situaciones de violencia intrafamiliar.

Para terminar, es fundamental tener presente tanto los Principios de Yogyakarta (2006) y Yogyakarta más 10 (2017) que aportan una lectura transversal desde la diversidad sexual y de género de la normativa internacional de DDHH, y de los compromisos así asumidos por los Estados, así como el reciente *"Pronunciamiento de Expertos Independientes, Relatores Especiales y Grupos de Trabajo de Naciones Unidas sobre el COVID-19"* que incluye a las personas LGBTIQ.

No puede haber otro propósito en la respuesta a esta pandemia que el de **que nadie quede atrás.**

MATERIALES RECOMENDADOS:

- 01** Convención Interamericana Contra Toda Forma de Discriminación e Intolerancia⁹⁸.
- 02** Convención Interamericana Sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores⁹⁹.
- 03** Indicadores de Derechos Humanos. Guía para la medición y la aplicación¹⁰⁰.
- 04** Midiendo todas las brechas. Guía para la operacionalización de los Indicadores del Protocolo de San Salvador desde una Mirada Transversal LGBTI¹⁰¹.
- 05** Opinión consultiva 24/17 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos¹⁰².
- 06** Principios de Yogyakarta¹⁰³.
- 07** Principios de Yogyakarta más 10 (en inglés)¹⁰⁴.
- 08** Pronunciamento de Expertos Independientes, Relatores Especiales y Grupos de Trabajo de Naciones Unidas sobre el COVID-19¹⁰⁵.

98 Disponible en: http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A_69_discriminacion_intolerancia.pdf.

99 Disponible en: http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A_70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf.

100 Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Human_rights_indicators_sp.pdf.

101 Disponible en: http://www.oas.org/es/sadye/inclusion_social/protocolo_ssv/Guia_Operacionalizacion_Indicadores.pdf.

102 Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_24_esp.pdf.

103 Disponible en: <https://www.refworld.org/cgi-bin/telex/vtx/rwmain/opensslpdf.pdf?reldoc=y&docid=48244e9f2>.

104 Disponible en: http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf.

105 Disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25746&LangID=E>.

CAPÍTULO VII:

CONSIDERACIONES PARA UNA RESPUESTA INCLUSIVA DE LAS PERSONAS DESPLAZADAS INTERNAS, MIGRANTES, SOLICITANTES DE ASILO Y REFUGIADOS ANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN LAS AMÉRICAS¹⁰⁶

1. BREVE PANORAMA EN LAS AMÉRICAS

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas, para 2019 había un estimado de 272 millones de migrantes internacionales a nivel mundial, lo cual representaba un 3.5 % de la población mundial. Del total de la población migrante en las Américas había un estimado de 70.3 millones de migrantes internacionales, 58.6 millones de estos en Norteamérica y 11.7 millones en América Latina y el Caribe. A su vez, según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas (ACNUR) en los países de las Américas se registraban cerca de 8.1 millones de personas desplazadas internas, más de 1.3 millones de solicitantes de asilo, más de 643 mil personas refugiadas y en situación similar a la de los refugiados y 23.900 refugiados retornados para finales de 2018.

En años recientes, el continente americano ha sido testigo de diversas crisis migratorias que responden a diversas causas, entre las cuales se encuentran factores políticos, socioeconómicos, ambientales y altos niveles de violencia tanto de actores estatales como no estatales, tales como grupos del crimen organizado, carteles del narcotráfico, maras o pandillas, guerrillas, organizaciones ilegales dedicadas a actividades extractivas, la minería y a la explotación de recursos naturales; así como la violencia doméstica y la violencia de género en contra de mujeres y personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex (LGBTI).

¹⁰⁶ Elaborado por Álvaro Botero Navarro, Coordinador de la Unidad de Refugiados y Desplazamiento Forzado del Departamento de Inclusión Social de la Secretaría de Acceso a Derechos y Equidad de la OEA y Miembro y Relator del Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (CMW, por sus siglas en inglés) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Algunos de los principales movimientos migratorios mixtos y crisis migratorias de la región en la actualidad y en años recientes tienen que ver con la migración masiva de ciudadanos y ciudadanas venezolanos; la migración y las denominadas caravanas de personas de países del Triángulo Norte de Centroamérica (El Salvador, Guatemala y Honduras) y la migración histórica, pero también en muchos casos forzada, de personas mexicanas hacia Estados Unidos; la migración forzada de personas nicaragüenses, la cual se ha dirigido en gran medida hacia Costa Rica; la grave situación del desplazamiento interno y también de migración forzada internacional de personas colombianas que tienen que huir como consecuencia de diversas formas de violencia, algunas de ellas todavía conectadas con el conflicto armado, la denominada guerra contra las drogas, así como la falta de seguridad respecto de la propiedad de la tierra y de recursos naturales; la histórica migración de personas haitianas y cubanas; la migración de peruanos y bolivianos principalmente hacia Argentina y Chile; a las cuales se une la situación de migrantes extracontinentales de países africanos y de Oriente Medio que atraviesan diversos países de Suramérica y Centroamérica con el propósito de llegar a los Estados Unidos.

En el curso de pocos años, la situación de los migrantes y refugiados venezolanos ha pasado a convertirse en la segunda mayor crisis migratoria después de la de Siria y en la mayor de la que se tenga registro en la historia reciente de las Américas. Para marzo de 2020 se estimaba había más de 4.9 millones de migrantes y refugiados venezolanos, la mayoría de ellos en países de Suramérica. En un contexto donde muchos países a nivel mundial endurecen sus políticas migratorias y de asilo e incluso adoptan medidas para impedir la misma, es de destacar el rol de muchos países de la región al haber otorgado más de 2.5 millones de permisos de residencia o alternativas migratorias para su ingreso y estancia regular a las personas venezolanas.

La migración como fenómeno multicausal conlleva a que en muchas ocasiones diversos factores de expulsión y atracción converjan al momento en que las personas toman la decisión de migrar, siendo las personas y grupos en situación de vulnerabilidad quienes tienen menor capacidad de mitigar o adaptarse a los efectos de los factores que subyacen a su decisión de migrar. Como consecuencia de la falta de canales regulares para que puedan migrar, un porcentaje significativo de los migrantes internacionales, solicitantes de asilo y refugiados, en particular aquellos en situación de pobreza o de bajos ingresos, tienen que migrar en situación irregular, lo cual les expone a mayor vulnerabilidad en términos de discriminación, diversas formas de violencia, así como a medidas tendientes a su criminalización, tales como la detención migratoria y la deportación, y obstáculos en el acceso a salud, empleo, educación y justicia.

En el marco de lo que es una crisis mundial sin precedentes como la que se ha generado por la propagación del COVID-19, las personas desplazadas internas, migrantes, solicitantes de asilo, refugiadas, retornadas y deportadas se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad como consecuencia de los efectos directos e indirectos que esta pandemia puede tener en ellas y en sus familias. En muchos países de las Américas, porcentajes significativos de la población trabajan y dependen de empleos informales, callejeros, y cuyo sustento lo ganan día a día. En este contexto, el COVID-19 y sus efectos

en materia de acceso a empleo, salud, vivienda y medios de vida ya está teniendo graves impactos en personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas en diversos países de la región. A su vez, los impactos de las medidas aislamiento, cuarentenas, distanciamiento físico y social, restricciones a la libre circulación y los cierres de fronteras que están siendo adoptadas por Estados de la región para contrarrestar la propagación del COVID-19, en la economía y medios de vida de muchas personas serán un factor determinante en la decisión de migrar en el futuro próximo.

A menudo, las personas migrantes y refugiadas enfrentan barreras para acceder a servicios de salud y a la seguridad social por motivos relacionados con su situación migratoria, barreras lingüísticas y culturales, los costos, la falta de acceso a la información, la discriminación y la xenofobia. Tres cuartas partes de los refugiados y muchos migrantes del mundo se encuentran en países en desarrollo, donde los sistemas de salud tienen capacidades limitadas o ya se encuentran desbordados. Además, estas personas conviven con el temor, cierto o asumido, de ser puestas en detención migratoria y deportadas a sus países de origen, en donde pueden tener un alto riesgo de contagio o no cuentan con sistemas de salud sólidos para conocer la cantidad de personas contagiadas y brindar atención sanitaria de acuerdo con las normas y estándares internacionales e interamericanos.

Dentro del contexto que ha generado la pandemia del COVID-19, personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, ya que pueden estar privados de su libertad en centros de detención migratoria, confinados en campamentos o asentamientos ilegales, o vivir en áreas urbanas hacinadas con servicios de saneamiento deficientes y servicios de salud sobrecargados o inaccesibles. A su vez, los centros de atención a migrantes, albergues o centros de detención migratoria en los que se encuentran muchas de estas personas suelen encontrarse sobrepoblados, sin personal suficiente, y en muchos casos carecen de servicios de salud o protocolos que permitan atender adecuadamente a personas portadoras de COVID-19.

Al mismo tiempo, una de las grandes contribuciones de las personas migrantes y refugiadas en el marco de esta crisis tiene que ver con los trabajos que desempeñan y en los que tienen alto riesgo de contagiarse de COVID-19, mientras ayudan a responder a los múltiples efectos que está teniendo la pandemia y a que algunos servicios esenciales sigan funcionando para el resto de la sociedad: médicos, enfermeras y enfermeros, científicos trabajando en el desarrollo de vacunas, trabajadores agrícolas, repartidores de servicios a domicilio y de mensajería, couriers, empacadores, entre otros, son algunos de los trabajos y servicios que las personas migrantes y refugiadas están realizando en medio de estos tiempos en los que los Estados han recurrido a diversas medidas de distanciamiento social para combatir el COVID-19.

2. MARCO JURÍDICO: LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS DESPLAZADAS INTERNAS, MIGRANTES, SOLICITANTES DE ASILO Y REFUGIADOS EN EL SISTEMA INTERAMERICANO

El marco jurídico en el Sistema Interamericano de protección de los derechos humanos de las personas desplazadas internas, migrantes, solicitantes de asilo, refugiadas, retornadas y deportadas se encuentra compuesto por la **Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre** de 1948, la **Convención Americana sobre Derechos Humanos** de 1969 y el **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos** en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "**Protocolo de San Salvador**" de 1988. Adicionalmente, el 7 de diciembre de 2019, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, bajo los auspicios de su Relatoría sobre Derechos de los Migrantes, adoptó los **Principios Interamericanos sobre los Derechos Humanos de todas las personas migrantes, refugiadas, apátridas y víctimas de la trata de personas**, con la finalidad de orientar a los Estados Miembros de la OEA en sus deberes de respetar, proteger, promover y garantizar los derechos humanos de todas las personas independientemente de su nacionalidad o situación migratoria, incluidas las personas migrantes, refugiadas, apátridas y las víctimas de la trata de personas. Además, estos Principios sirven de guía a las autoridades estatales en el desarrollo de legislación, reglamentación, decisiones administrativas, políticas públicas, prácticas, programas y jurisprudencia pertinente.

Dichos instrumentos internacionales también han sido informados por el Derecho Internacional de los Refugiados, que se encuentra conformado por la **Convención sobre el Estatuto de los Refugiados** de 1951, el **Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados** y la **Declaración de Cartagena sobre Refugiados** de 1984; el Derecho Internacional de los Apátridas, que incluye la **Convención sobre el Estatuto de los Apátridas** y la **Convención para Reducir los Casos de Apatridia**, y los **Principios Rectores de los Desplazamientos Internos**.

3. RECOMENDACIONES

El COVID-19 representa un desafío sin precedentes para los Estados, la comunidad internacional y la vida diaria de todas las personas. Para no dejar a nadie atrás en las respuestas que se desarrollen se requiere de soluciones ajustadas a las normas y estándares internacionales e interamericanos de protección de los derechos humanos. En ese orden de ideas, las siguientes recomendaciones tienen por objeto contribuir en el desarrollo de las políticas públicas y las respuestas que los Estados deben adoptar para hacer frente a los impactos directos e indirectos que el COVID-19 tiene en las personas migrantes, solicitantes de asilo, refugiados, deportados y retornados y las comunidades que les acogen:

- Garantizar que las medidas que estén dirigidas a proteger el fin legítimo de la salud pública y que impliquen restricciones o limitaciones al derecho a la libre circulación se realicen de forma que sean acotadas temporalmente, tengan objetivos definidos, además de ser estrictamente necesarias y

proporcionales al fin perseguido.

- Garantizar que las personas que requieran protección internacional puedan acceder al territorio del país en el que buscan protección, así como garantizar el derecho a solicitar y recibir asilo, el principio de no devolución, incluyendo el no rechazo en frontera.
- Asegurar la continuidad de los procedimientos de reconocimiento de la condición de refugiado en estricto cumplimiento del debido proceso. En particular, los Estados deberán evitar retrasos excesivos en la resolución de los casos, así como implementar otros medios distintos a los presenciales para continuar con las diferentes etapas del procedimiento, siempre que estos no limiten de manera proporcional los derechos de la persona solicitante de asilo.
- Garantizar el derecho de toda persona regresar al país del cual es nacional. Esta obligación debe compatibilizarse con normas sanitarias internacionales y las directrices emitidas por las autoridades nacionales de salud, y abarca, según las condiciones de cada Estado, medidas de protección, acceso a información y asistencia. En adición, las medidas que dispongan los Estados para regresar a los connacionales deben priorizar a las personas en situación de vulnerabilidad y garantizar su seguridad.
- Integrar a las personas migrantes y refugiadas en los planes nacionales que han creado los Estados para prevenir y combatir el COVID-19, de tal forma que se les brinde protección en conjunto con las comunidades de acogida. Debe tomarse en consideración que las personas migrantes y refugiadas presentan, en muchos casos, dificultades en el acceso a una atención sanitaria decente y a programas de salud debido a su nacionalidad o su situación migratoria. Esto debería incluir garantizar el acceso equitativo a la información, las pruebas y la atención médica para todos los migrantes y refugiados, independientemente de su situación migratoria, así como establecer cortafuegos (firewalls) para separar las actividades de control migratorio de la capacidad de los migrantes y refugiados para acceder a la salud, educación, justicia y otros servicios esenciales.
- Adoptar las medidas necesarias para garantizar la protección de los datos personales e información a la que tengan acceso mientras las personas migrantes o solicitantes de asilo acceden a servicios de salud. Los Estados, en consonancia con el derecho a la privacidad, no deben exigir que los servicios de salud u otros servicios sociales proporcionen, intercambien o compartan información sobre la situación migratoria de estas personas con las autoridades migratorias.
- Incluir dentro de los programas sociales que se adopten a las personas migrantes y en particular, aquellas que no tienen acceso a la protección social o a licencia por enfermedad remunerada, lo que incluiría que sean beneficiarias de bonos o ayudas económicas temporales, dentro del límite de las capacidades de los Estados.

- Adoptar medidas para permitir las extensiones de las visas de trabajo y otras medidas apropiadas para aliviar las limitaciones que enfrentan las y los trabajadores migrantes y sus familias debido al cierre de empresas, y para garantizar la protección continua de sus derechos humanos, incluidos sus derechos laborales.
- Evitar que las medidas de contención y reducción de la pandemia del COVID-19 se basen en justificaciones discriminatorias. Los Estados deben reconocer que incluso las políticas generales pueden tener efectos discriminatorios si tienen un impacto desproporcionado en personas o grupos en situación de vulnerabilidad.
- Adoptar medidas urgentes de cooperación internacional para apoyar y ayudar a los países de acogida a fortalecer los servicios, tanto para migrantes y refugiados, como para las comunidades locales, e incluirles en los acuerdos nacionales de vigilancia, prevención y respuesta.
- Prevenir y combatir los discursos xenófobos y en particular aquellos que estén dirigidos a asociar el COVID-19 con las personas migrantes, extranjeras o nacionales de un determinado país.
- Incluir dentro de las medidas de recuperación económica a las personas desplazadas internas, migrantes, solicitantes de asilo, refugiadas y sus comunidades de acogida, que también serán afectadas por el impacto económico del COVID-19, debido a la pérdida de ingresos, las limitaciones a la circulación, la reducción del acceso al empleo y medios de vida, la inflación y el aumento de los precios.

Vivimos en tiempos sin precedentes en la historia reciente de la humanidad, por ello es fundamental que las respuestas que desarrollen los Estados para hacer frente a la amenaza y crisis mundial que ha generado el COVID-19 estén basadas en el multilateralismo, la cooperación internacional y la solidaridad. El COVID-19 ha demostrado ser un virus que no discrimina respecto al origen, la situación o condición de los ya más de 920 mil casos confirmados y las más de 46 mil muertes que había ocasionado hasta el 1 de abril de 2020. A su vez, si algo debe haber demostrado esta enfermedad es lo interconectados que estamos como especie humana. Es por ello que las respuestas deben estar enfocadas en la preservación de la vida, independientemente del origen nacional, la situación migratoria o la situación de apatridia de las personas, y en la garantía efectiva de las normas y estándares de derechos humanos.

MATERIALES RECOMENDADOS:

- 01** Bachelet, Michelle y Grandi, Filippo: El brote de coronavirus es una prueba para nuestros sistemas, valores y humanidad, 12 de marzo de 2020¹⁰⁷.
- 02** Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados: Consideraciones jurídicas sobre el acceso al territorio para las personas en necesidad de protección internacional en el contexto de la respuesta frente al COVID-19, 16 de marzo de 2020¹⁰⁸.
- 03** Corte Constitucional del Ecuador: Dictamen de constitucionalidad del estado de excepción por la pandemia de COVID-19. 19 de marzo de 2020¹⁰⁹.
- 04** Migration Policy Institute: Coronavirus Is Spreading across Borders, But It Is Not a Migration Problem. March 2020¹¹⁰.
- 05** United Nations Coordinated Appeal: Global Humanitarian Response Plan Covid-19, April-December 2020¹¹¹.

107 Disponible en: https://www.acnur.org/noticias/2020/3/5e6a6dc4/el-brote-de-coronavirus-es-una-prueba-para-nuestros-sistemas-valores-y.html#_ga=2.36098528.1532498619.1585221175-879115019.1585128887.

108 Disponible en: <https://www.refworld.org.ed/docid/5e74e29a4.html>.

3 Disponible en: [https://doc.corteconstitucional.gob.ec:8080/alfresco/d/d/workspace/SpaceStore/0753708f-17ba-4a7b-a818-d93769a77b3a/Dictamen_1-20-EE-20_\(0001-20-EE\).pdf](https://doc.corteconstitucional.gob.ec:8080/alfresco/d/d/workspace/SpaceStore/0753708f-17ba-4a7b-a818-d93769a77b3a/Dictamen_1-20-EE-20_(0001-20-EE).pdf)

110 Disponible en: <https://www.migrationpolicy.org/news/coronavirus-not-a-migration-problem>.

111 Disponible en: <https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Global-Humanitarian-Response-Plan-COVID-19.pdf>.

06 **United Nations Network on Migration: El COVID-19 no discrimina; ni tampoco nuestra respuesta. 20 de marzo de 2020¹¹².**

07 **United Nations Human Rights Treaty Bodies: United Nations Human Rights Treaty Bodies call for human rights approach in fighting COVID-19. 24 March 2020¹¹³.**

08 **ACNUDH, OIM, ACNUR y OMS, Comunicado de prensa conjunto: Los derechos y la salud de las personas refugiadas, migrantes y apátridas deben protegerse en la respuesta al COVID-19. 31 de marzo de 2020¹¹⁴.**

09 **ACNUR y OIM, Comunicado Conjunto ACNUR y OIM: Refugiados y Migrantes de Venezuela durante la Crisis del COVID-19: Mientras aumentan las necesidades, son esenciales más medidas inclusivas y ayuda. 1 de abril de 2020¹¹⁵**

¹¹² Disponible en: <https://migrationnetwork.un.org/statements/covid-19-does-not-discriminate-nor-should-our-response-sp>.

¹¹⁰ Disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25742&LangID=E>

¹¹⁴ Disponible en: https://www.acnur.org/noticias/press/2020/3/5e83b3bf4/los-derechos-y-la-salud-de-las-personas-refugiadas-migrantes-y-apatridas.html#_ga=2.245454724.1833937194.1585772467-672191675.1567359368

¹¹² Disponible en: <https://www.iom.int/es/news/refugiados-y-migrantes-de-venezuela-durante-la-crisis-del-covid-19-mientras-aumentan-las>

CAPÍTULO VIII:

LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19¹¹⁶

1. LA SITUACIÓN DE PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD¹¹⁷ Y LA IMPORTANCIA DE UNA RESPUESTA DIFERENCIADA

Actualmente hay aproximadamente 11,1 millones de personas privadas de libertad en el mundo; 3,9 millones (35%) de ellas se encuentran en las Américas¹¹⁸. En la región, el 40% de las personas privadas de libertad se encuentran en prisión preventiva¹¹⁹ y el 5% son mujeres¹²⁰. Algunos de los problemas más graves enfrentados por los sistemas penitenciarios de la región son las deficientes condiciones de reclusión, la ausencia de medidas específicas para la protección de grupos en situación de vulnerabilidad y

¹¹⁶ Elaborado por Rafael del Castillo e Melo Silva, Oficial en el Departamento de Inclusión Social de la Secretaría de Acceso a Derechos y Equidad de la OEA y Secretario Técnico del Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador.

¹¹⁷ Para propósitos de esta Guía, el término “personas privadas de libertad”, cuando utilizado respecto a cifras estadísticas, se refiere únicamente a las personas reclusas en el sistema penitenciario. En otras partes del texto, el término es utilizado en sentido amplio y se refiere a cualquier persona que se encuentra bajo la custodia del Estado o de una institución privada que actúa con la autorización del Estado, incluso los centros para la internación de personas con discapacidad (intelectual o psicosocial).

¹¹⁸ World Prison Brief, Institute for Crime & Justice Policy Research. Información estadística disponible en: <https://www.prisonstudies.org/world-prison-brief-data>. Véase el buscador “Highest to Lowest - Prison Population Total”. Para efectos de calcular la cantidad de personas privadas de libertad en las Américas, no se utilizó información sobre los territorios de países europeos que se encuentran en la región, pero se utilizaron las cifras de Puerto Rico y las Islas Virgenes de los Estados Unidos de América de manera independiente para seguir la misma metodología adoptada por el World Prison Brief.

¹¹⁹ Ibid. Véase el buscador “Highest to Lowest - Pre-trial detainees / remand prisoners”.

¹²⁰ Ibid. Véase el buscador “Highest to Lowest - Female prisoners (percentage of prison population)”. La cifra no tiene en cuenta el porcentaje de mujeres privadas en libertad en Cuba, pues la fuente no proporciona este dato.

el hacinamiento y la sobrepoblación de las cárceles¹²¹. En relación con este último, es importante señalar que la tasa media de ocupación de las cárceles de la región es de 153.5% con tres países de la región encontrándose entre los cinco países del mundo con mayor índice de hacinamiento¹²².

Las personas privadas de libertad se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad al contagio del COVID-19 comparadas con la población en general dado que viven en espacios confinados con muchas otras personas por periodos de tiempo prolongados¹²³. El hacinamiento propicia la propagación de enfermedades, dificulta el acceso a los servicios básicos y de salud de las cárceles y constituye un factor de riesgo para la ocurrencia de calamidades¹²⁴. Hasta ahora muchos países de la región han recomendado el distanciamiento social de las personas como una medida para evitar y/o disminuir la propagación del COVID-19. Sin embargo, la separación física y el auto-aislamiento de estas personas en las condiciones en que viven son prácticamente imposibles, así como las recomendaciones de higiene y lavado de manos¹²⁵, y los gobiernos deben actuar de manera urgente para proteger la salud y la seguridad de las personas privadas de libertad.¹²⁶

La evidencia hasta la fecha sugiere que dos grupos de personas tienen un mayor riesgo de sufrir cuadros graves atribuidos a la enfermedad COVID-19: las personas mayores y aquellas con condiciones médicas preexistentes (como enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades crónicas respiratorias y el cáncer)¹²⁷. Las personas privadas de libertad también enfrentan otros factores que aumentan su riesgo ante el COVID-19, como el encontrarse en peores condiciones de salud y contar con un sistema inmunológico debilitado debido al estrés, malnutrición o por la prevalencia o coexistencia de otras

121 CIDH, *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas*, 2011, p. 1. (en adelante, "Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas". Véase también los informes de la CIDH sobre países y sobre sus visitas in loco que también contienen información sobre las condiciones de detención en estos países. Disponibles en: <http://www.oas.org/es/cidh/ppl/informes/pais.asp>.

122 World Prison Brief, Institute for Crime & Justice Policy Research. Véase el buscador "Highest to Lowest - Occupancy level (based on official capacity)".

123 Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention Interim guidance*. 15 de marzo 2020, p. 1 (en adelante, "Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention Interim guidance")

124 *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas*, p. 7.

125 Es importante señalar que el sistema interamericano ha determinado que los Estados deben adoptar medidas para velar por que las personas privadas de libertad tengan acceso a agua suficiente y salubre para atender sus necesidades individuales cotidianas, entre ellas, el consumo de agua potable cuando lo requieran, así como para su higiene personal. Corte IDH. *Caso Vélez Loor Vs. Panamá. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 23 de noviembre de 2010. Serie C No. 2183, párrs. 215 y 216.

126 Declaración de Michelle Bachelet, Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, sobre el COVID-19 y las personas privadas de libertad (en adelante, "Declaración de ACNUDH"). 25 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25745&LangID=S>.

127 Organización Panamericana de Salud, *Respuesta al brote de COVID-19 en la Región de las Américas*. 26 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/respuesta-al-brote-covid-19-region-americanas>.

enfermedades como la tuberculosis u otras enfermedades virales sanguíneas¹²⁸.

Experiencias pasadas muestran que las prisiones, cárceles y otros centros de detención, donde las personas se encuentran muy próximas, pueden actuar como una fuente de infección, amplificación y propagación de enfermedades infecciosas tanto dentro como afuera de estos establecimientos, motivo por el cual cuidar de la salud de las personas privadas de libertad es ampliamente considerado como una manera de también cuidar de la salud pública¹²⁹.

2. ESTÁNDARES Y MARCO JURÍDICO SOBRE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

El sistema interamericano de derechos humanos ha establecido que los Estados se encuentran en una posición especial de garante de todos los derechos de las personas que se hallen bajo su custodia¹³⁰. En función de este deber, los Estados deben asegurar la salud de estas personas, la cual debe ser entendida como “el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, que incluye, entre otros, la atención médica, psiquiátrica y odontológica adecuada; la disponibilidad permanente de personal médico idóneo e imparcial; el acceso a tratamiento y medicamentos apropiados y gratuitos; la implementación de programas de educación y promoción en salud, inmunización, prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, endémicas y de otra índole; y las medidas especiales para satisfacer las necesidades particulares de salud de las personas privadas de libertad pertenecientes a grupos vulnerables o de alto riesgo, tales como: las personas adultas mayores, las mujeres, los niños y las niñas, las personas con discapacidad, las personas portadoras del VIH-SIDA, tuberculosis, y las personas con enfermedades en fase terminal”¹³¹.

Los Estados también deben garantizar que “los servicios de salud proporcionados en los lugares de privación de libertad funcionen en estrecha coordinación con el sistema de salud pública, de manera que las políticas y prácticas de salud pública sean incorporadas en los lugares de privación de libertad”¹³².

128 Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention Interim guidance, p. 2.

129 Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention Interim guidance, p. 1.

130 Corte IDH. *Caso Vera Vera y otra vs. Ecuador. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 19 de mayo de 2011. Serie C No. 226, párr. 42. Véase también el *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas*, en particular el capítulo II sobre “la posición de garante del Estado frente a las personas privadas de libertad”.

131 CIDH, *Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas*, aprobado por la CIDH mediante Resolución 1/08 en su 131º período ordinario de sesiones, celebrado del 3 al 14 de marzo de 2008 (en adelante, “Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas”), Principio XI. Véase también Corte IDH. *Caso Mendoza y otros vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones*. Sentencia de 14 de mayo de 2013. Serie C No. 260, párr. 189 (“Esta Corte ha establecido que el Estado tiene el deber, como garante de la salud de las personas bajo su custodia, de proporcionar a los detenidos revisión médica regular y atención y tratamiento médicos adecuados cuando así se requiera”).

132 Idem.

Dado que la salud es un bien público, aunado a su deber de ofrecer servicios de salud a las personas privadas de libertad, con el propósito de proteger la vida e integridad física y mental de estas personas, el Estado es responsable de supervisar y fiscalizar los servicios de salud ofrecidos a ellas en las instituciones privadas que actúan con la autorización del Estado como las cárceles privadas, los centros para la internación de personas con discapacidad (intelectual o psicosocial) y los centros de detención para migrantes¹³³.

Las respuestas de los Estados a la pandemia del COVID-19 exigirá recursos financieros y es importante recordar que “los Estados no pueden alegar dificultades económicas para justificar condiciones de detención que no cumplan con los estándares mínimos internacionales en la materia y que no respeten la dignidad inherente del ser humano”¹³⁴. Además, es importante garantizar que las personas privadas de libertad tengan acceso a servicios de salud de la misma calidad que los servicios ofrecidos para la población en general, sin sufrir discriminación debido a su condición y situación¹³⁵.

Es importante señalar que, además de los instrumentos del sistema interamericano referidos en la introducción de esta Guía¹³⁶, los **Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas** son específicamente relevantes para tratar de los derechos de estas personas. Además, los órganos del sistema interamericano también han referido a instrumentos de derechos de otros sistemas para definir los estándares del sistema interamericano en relación con los derechos humanos de las personas privadas de libertad. La Corte Interamericana de Derechos Humanos, por ejemplo, ha referido, entre otras, a las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, al *Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión* y a las *Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad*¹³⁷.

¹³³ Respecto al deber de fiscalizar y supervisar instituciones privadas, ver Corte IDH. *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, párrs. 95-99 y 138-140. Corte IDH. *Caso Suárez Peralta vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C No. 261, párrs. 144-145. Véase también *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas*, párr. 56.

¹³⁴ Corte IDH. *Caso Pacheco Teruel y otros Vs. Honduras. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 27 de abril de 2012. Serie C No. 241, párr. 67.

¹³⁵ Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention Interim guidance, p. 3

¹³⁶ La *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*, la *Convención Americana sobre Derechos Humanos*, el *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)* y la *Carta Social de las Américas* y su Plan de Acción.

¹³⁷ Véase por ejemplo, Corte IDH. *Caso Pacheco Teruel y otros Vs. Honduras. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 27 de abril de 2012. Serie C No. 241, párr. 67, nota al pie 60.

3. RECOMENDACIONES SOBRE ASPECTOS RELEVANTES A TOMAR EN CUENTA PARA RESPUESTAS RELACIONADAS CON LAS PERSONAS BAJO LA CUSTODIA DEL ESTADO

En atención a lo expuesto, y en el marco de la pandemia del COVID-19, a continuación se formulan recomendaciones sobre los aspectos relevantes a tomar en consideración por los Estados. Las mismas no buscan ser exhaustivas y al final del capítulo se sugiere la lectura de otras publicaciones que pueden auxiliar al Estado en la elaboración de su respuesta al COVID-19 en relación con las personas privadas de libertad:

- Adoptar medidas que reduzcan drásticamente la población de las prisiones y tengan un impacto inmediato en la situación de sobrepoblación y hacinamiento, que a su vez permita que las personas que permanezcan privadas de libertad tengan la posibilidad de implementar medidas de distanciamiento físico¹³⁸. Estas medidas podrían ser: la liberación inmediata de personas que se encuentran en una particular situación de riesgo como los adultos mayores y personas con otras enfermedades; la liberación de personas de baja peligrosidad; la liberación anticipada de personas que han cumplido casi toda su condena; y el otorgamiento de permisos de salida temporales.
- Implementar medidas especiales para proteger a las personas que permanecen privadas de su libertad y se encuentran en un grupo con mayor riesgo de contagiarse por el COVID-19.
- Considerar la detención y privación de libertad como una medida de último recurso¹³⁹ y, cuando sea necesario utilizarla, asegurar que la interrupción de servicios públicos no sea un obstáculo para que una persona detenida sea llevada, sin demora, ante un juez u otro funcionario autorizado por la ley para ejercer funciones judiciales¹⁴⁰.
- Evitar utilizar la detención y posiblemente el encarcelamiento de una persona como forma de punición para aquellas personas que deciden no adherirse estrictamente a las instrucciones de confinamiento y distanciamiento físico ordenadas por el Estado como parte de su respuesta a la pandemia del COVID-19, pues, en lugar de ayudar con la disminución de la sobrepoblación y hacinamiento, esto puede exacerbar la grave situación de las prisiones¹⁴¹. Además, existe el riesgo de que esta persona haya contraído la enfermedad afuera y la lleve para dentro de la prisión o cárcel.
- Adoptar penas alternativas a la privación de libertad respecto a las personas que se encuentran en prisión preventiva. Las personas en prisión preventiva actualmente conforman el 40% de todas las personas privadas de libertad en

138 Declaración de ACNUDH.

139 Ibid.

140 Artículo 7.5 de la *Convención Americana sobre Derechos Humanos*.

141 Declaración de ACNUDH.

las Américas¹⁴².

- Asegurar que cualquier medida restrictiva adoptada respecto a las personas privadas de libertad con el objetivo de impedir la propagación del COVID-19 sea legalmente prevista, necesaria, proporcional, conforme a la dignidad humana y temporal. Las personas privadas de libertad deben recibir información detallada sobre estas medidas en un idioma que entiendan¹⁴³.
- Promover la coordinación y colaboración entre el sector de salud y de seguridad para asegurar que las políticas de prevención y tratamiento aplicadas a las personas que se encuentran bajo la custodia del Estado sean adecuadas y estén de conformidad con la estrategia de salud pública adoptada para enfrentar la pandemia¹⁴⁴.
- Tener en cuenta que las personas privadas de libertad pueden pertenecer a otros grupos en situación de vulnerabilidad (pueblos indígenas, mujeres, adolescentes, personas con discapacidad, migrantes, adultos mayores, etc.) que requieran medidas adicionales de protección en función de sus necesidades particulares.
- Fiscalizar y asegurar que los servicios de salud y las prácticas de instituciones privadas que mantienen personas bajo su custodia estén de conformidad con las directrices y la calidad de servicios exigidos por la respuesta estatal al COVID-19 para las personas privadas de libertad.
- Garantizar que nadie sea impedido de acceder a las medidas de prevención y tratamiento previstas en la respuesta estatal al COVID-19 por pandillas que “controlan” las prisiones o por el cobro de “cuotas” por parte de funcionarios del Estado¹⁴⁵.
- Implementar medidas que eviten la estigmatización o marginalización de personas o grupos que pueden ser considerados portadores del COVID-19.
- Teniendo en cuenta que el contacto con el mundo exterior es importante para la salud mental de las personas privadas de libertad, adoptar medidas para asegurar el contacto con sus familiares, sea presencialmente con la implementación de protocolos especiales que se adapten al contexto actual o

¹⁴² Se recomienda utilizar las directrices establecidas por la CIDH en la *Guía Práctica para Reducir la Prisión Preventiva*. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/GUIA-PrisionPreventiva.pdf>

¹⁴³ Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradante, *Statement of principles relating to the treatment of persons deprived of their liberty in the context of the coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. 20 de marzo de 2020. Disponible en: <https://rm.coe.int/16809cfa4b>

¹⁴⁴ *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention Interim guidance*, 15 de marzo 2020, pp. 1 y 8. Véase también *Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas*, Principio XI.

¹⁴⁵ Respecto a este problema, véase *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas*, párrs. 540-542

mediante medios virtuales¹⁴⁶.

- Permitir que los órganos nacionales e internacionales responsables de fiscalizar las prisiones, cárceles y otras instituciones dónde el Estado mantiene alguien bajo su custodia, puedan continuar ejerciendo sus funciones y sigan teniendo acceso a estos lugares¹⁴⁷.

¹⁴⁶ *Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention Interim guidance*, p. 3.

¹⁴⁷ *Ibid.*, p. 5.

MATERIALES RECOMENDADOS:

01 **Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention Interim guidance¹⁴⁸.** Este informe de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) contiene directrices interinas para la elaboración de una respuesta estatal para prevenir el contagio de las personas privadas de libertad por el COVID-19 y ofrecer tratamiento a quienes se contagian.

02 **Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health¹⁴⁹.** Esta guía de la OMS contiene recomendaciones de expertos sobre las medidas que deben ser adoptadas por los sistemas penitenciarios para reducir los riesgos a la salud pública asociados a la privación de libertad. La publicación tiene en cuenta los estándares de derechos humanos relacionados a los servicios de salud en las prisiones y trata de medidas que pueden ser adoptadas para proteger la salud de las personas privadas de libertad y de funcionarios.

03 **Inter-agency Standing Committee Interim Guidance: COVID-19: Focus on Persons Deprived of Their Liberty¹⁵⁰.** Esta publicación del ACNUDH y de la OMS contiene directrices interinas para asegurar el derecho a la salud de las personas privadas de libertad durante la pandemia del COVID-19 de conformidad con los estándares de derechos humanos.

¹⁴⁸ Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/434026/Preparedness-prevention-and-control-of-COVID-19-in-prisons.pdf?ua=1.

¹⁴⁹ Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf.

¹⁵⁰ Disponible en: https://media.tghn.org/articles/IASC_Interim_Guidance_on_COVID_19_Focus_on_Persons_Deprived_of_Their_Liberty.pdf.

04 **Organización Panamericana de Salud. Nota Informativa Tuberculosis y COVID-19.** 28 de marzo de 2020. Esta publicación contiene información sobre los riesgos enfrentados por personas que sufren de tuberculosis ante la pandemia del COVID19, la cual es relevante porque muchas personas privadas de libertad aún padecen de esta enfermedad¹⁵¹.

05 **Good governance for prison health in the 21st century: A policy brief on the organization of prison health**¹⁵². Esta publicación de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Oficina Regional para Europa de la OMS orienta a los Estados sobre cómo deben organizar los servicios de salud a las personas privadas de libertad teniendo en cuenta los estándares de derechos humanos del sistema europeo. Es relevante para el contexto de las Américas pues muchos estándares coinciden.

06 **Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas**¹⁵³. Este informe de la CIDH contiene información sobre los principales estándares del sistema interamericano de derechos humanos relacionados con personas privadas de libertad, entre ellos las obligaciones de los Estados de garantizar la vida, la integridad física y mental y la salud de estas personas.

151 Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/nota-informativa-tuberculosis-covid-19>.

152 Disponible en: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf.

153 Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/ppl/docs/pdf/PPL2011esp.pdf>.

07 **CIDH, Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas¹⁵⁴.** Contiene los principios que deben guiar la actuación de los Estados en relación con las personas privadas de libertad en las Américas.

08 **Statement of principles relating to the treatment of persons deprived of their liberty in the context of the coronavirus disease (COVID-19) pandemic¹⁵⁵.** Declaración de Principios del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradante en relación con la salud de las personas privadas de libertad durante la pandemia del COVID-19.

09 **Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos¹⁵⁶.** Adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977.

10 **Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión¹⁵⁷.** Adoptado por la Asamblea General de la ONU en su resolución 43/173, de 9 de diciembre de 1988.

¹⁵⁴ Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/PrincipiosPPL.asp>.

¹⁵⁵ Disponible en: <https://rm.coe.int/16809cfa4b>.

¹⁵⁶ Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/treatmentofprisoners.aspx>.

¹⁵⁷ Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/DetentionOrImprisonment.aspx>.

CAPÍTULO IX:

PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y MITIGACIÓN DEL COVID-19 EN LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SITUACIÓN DE POBREZA Y POBREZA EXTREMA¹⁵⁸

1. LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN SITUACIÓN DE POBREZA Y POBREZA EXTREMA Y LA IMPORTANCIA DE UNA RESPUESTA DIFERENCIADA

Para el año 2018, en las Américas había 185 millones de personas viviendo en situación de pobreza, equivalente aproximadamente al 30,1% de la población regional, de los cuales 66 millones, alrededor de 10,7% de la población regional, se encontraban en situación de pobreza extrema. Los datos publicados por la Comisión Económica para América Latina y El Caribe, CEPAL, advertían que para el año 2019 la tasa de pobreza a nivel regional aumentaría a 30,8%, y la pobreza extrema 11,5% respectivamente¹⁵⁹.

Pero la pobreza en la región afecta en particular a determinados grupos sociales, y esto ha sido constatado por varios estudios en los que se evidencia que la incidencia de la pobreza y la pobreza extrema es mayor “entre los residentes de zonas rurales, los niños, niñas y adolescentes, las mujeres, las personas indígenas y la población afrodescendiente, entre otros grupos.”¹⁶⁰

¹⁵⁸ Elaborado por Sara Mia Noguera, Jefa de la Sección de Promoción de la Equidad, Departamento de Inclusión Social, Secretaría de Acceso a Derechos y Equidad de la OEA.

¹⁵⁹ CEPAL, *Panorama Social de América Latina 2019*, p. 96. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44969-panorama-social-america-latina-2019>.

¹⁶⁰ Por ejemplo, “la incidencia de la pobreza alcanza tasas superiores al 40% entre los residentes de zonas rurales, los niños, niñas y adolescentes de 0 a 14 años, la población desocupada y las personas indígenas”. Fuente: CEPAL, *Panorama Social de América Latina 2019*, p. 18.

2. MARCO JURÍDICO INTERAMERICANO

En el sistema jurídico interamericano existen varios instrumentos que establecen la obligación de los Estados de garantizar derechos que están directamente relacionados con la superación de la pobreza. Algunos de los más importantes son: la **Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre** de 1948, que contiene una serie de derechos que guardan estrecha relación con la superación de la pobreza; la **Convención Americana de Derechos Humanos** de 1969, que señala la indivisibilidad entre los derechos económicos, sociales, y culturales y los derechos civiles y políticos, y su **Protocolo Adicional en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador"** de 1988, que garantiza derechos estrechamente vinculados a la superación de la pobreza, tales como el derecho al trabajo, a la salud, a la seguridad social, a la alimentación, a la educación, al medio ambiente sano y a los beneficios de la cultura.

Además existen otros instrumentos relevantes, tales como la **Carta Democrática Interamericana**, en la que los Estados se comprometen a ejecutar las acciones necesarias para la reducción de la pobreza y la erradicación de la pobreza extrema, destacando el vínculo entre éstas y la democracia, y la **Carta Social de las Américas**, en la que los Estados se comprometen a luchar contra la pobreza, reducir las inequidades y promover la inclusión social, como acciones necesarias para lograr el desarrollo integral en el hemisferio¹⁶¹.

Además de estos instrumentos, tanto la CIDH, como la Corte Interamericana de Derechos Humanos, han desarrollado estándares y jurisprudencia sobre las personas en situación de pobreza y pobreza extrema y el ejercicio de derechos humanos fundamentales como el derecho a la salud. En el marco del sistema de Peticiones y Casos Individuales, "tanto la Comisión, cómo la Corte han observado como la situación de pobreza, marginación y exclusión pueden ser causas que faciliten las violaciones de derechos humanos, como constituir un agravante a las violaciones de derechos humanos, o una consecuencia de estas violaciones."¹⁶²

3. JUSTIFICACIÓN: ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE TOMARLES EN CUENTA EN LAS RESPUESTAS ANTE LA PANDEMIA?

Si bien es cierto que la enfermedad causada por el nuevo Coronavirus (COVID-19) representa una amenaza para toda la población a nivel mundial, las acciones gubernamentales en respuesta a la pandemia deben tener en cuenta la situación de particular vulnerabilidad en la que se encuentran las personas viviendo en situación de pobreza y pobreza extrema. Un ejemplo claro de esto se evidencia cuando pensamos en

¹⁶¹ CIDH, *Informe sobre Pobreza y Derechos Humanos* de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, p. 51. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PobrezaDDHH2017.pdf>.

¹⁶² Ibid. p. 55.

las dificultades particulares que tienen las personas más pobres para implementar las recomendaciones básicas destinadas a prevenir el contagio del virus, tales como: lavarse las manos utilizando jabón con regularidad, el distanciamiento social, y permanecer en casa, aislando a miembros de la familia que presentan síntomas del COVID-19, o aquellos que han estado en contacto con personas que tienen el virus.

Estas medidas básicas son prácticamente imposibles de cumplir para personas que viven en situación de pobreza y pobreza extrema, si tenemos en cuenta que aproximadamente un 25.7 % de la población en la región no tiene acceso a agua potable¹⁶³, 37.6% habita en viviendas sin desagüe¹⁶⁴, y datos disponibles en algunos países de la región muestran que el hacinamiento¹⁶⁵ es un problema frecuente en los hogares más pobres¹⁶⁶.

No solo estas condiciones hacen que para las personas viviendo en situación de pobreza sea más difícil prevenir el contagio del virus. Su situación se agrava si tenemos en cuenta que- de contraer el virus, factores asociados con sus condiciones de vida, tales como la falta de una alimentación adecuada, desnutrición, y algunas enfermedades prevalentes en esta población: cardiovasculares, diabetes, y enfermedades respiratorias como la tuberculosis disminuyen significativamente sus probabilidades de recuperarse.

Medidas de distanciamiento social como “la cuarentena”, necesarias para contener la pandemia, traen consecuencias inesperadas, como la pérdida de trabajo o empleo, que pueden ser particularmente devastadoras para personas que se encuentran en una situación económica vulnerable, porque éstas generalmente no tienen ahorros, ni cuentan con redes básicas de protección, como seguro de desempleo, pensiones, seguro médico, entre otros¹⁶⁷. Es importante tener en cuenta que datos de la CEPAL entre 2014-2018 muestran que el ingreso laboral, incluidos salarios e ingresos del trabajo independiente, fue el factor que más incidió en las variaciones de las tasas de pobreza en este periodo. Así, por ejemplo, “en Brasil, país que experimentó un aumento en la pobreza, la baja de los ingresos laborales fue el factor que más incidió en la contracción de los ingresos de los hogares de bajos recursos”¹⁶⁸.

Además, las zonas donde viven las personas más pobres, particularmente las rurales, se caracterizan por tener servicios de salud precarios, en algunos casos, inexistentes, lo cual dificulta significativamente la identificación de personas con la enfermedad del nuevo Coronavirus, el monitoreo, y tratamiento adecuado, factores que son clave para prevenir muertes por causa del virus.

163 OMS y UNICEF, *Programa Conjunto de Monitoreo de Agua y Saneamiento*.

164 Cifra disponible en: <https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/portada.html?idioma=spanish>.

165 En América Latina generalmente se mide el hacinamiento en base a la relación entre el número de personas y el número de cuartos disponibles (o potencialmente utilizables) para dormir en una vivienda. Fuente: <https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/2017-05-pablo-villatoro.pdf>.

166 BID, *Vivienda ¿Qué Viene? de pensar la Unidad a Construir la Ciudad*, p. 79. Disponible en: https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Vivienda_Qué_viene_de_pensar_la_unidad_a_construir_la_ciudad.pdf

167 En 2017, a nivel regional, solo un 23,8% de las personas económicamente activas de estratos bajos eran afiliadas o contribuyentes a algún sistema de pensiones. Véase CEPAL, *Panorama Social de América Latina*, p. 78.

168 CEPAL, *Panorama Social de América Latina*, p. 115.

4. RECOMENDACIONES SOBRE ASPECTOS RELEVANTES A TOMAR EN CUENTA PARA RESPUESTAS ANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

- Las políticas y acciones gubernamentales para prevenir y contener la pandemia del COVID-19 deben ser “interseccionales”; es decir, estar orientadas a abordar las múltiples discriminaciones que experimentan las personas que viven en situación de pobreza y pobreza extrema, y la incidencia de éstas en el acceso a derechos humanos fundamentales como el derecho a la salud.
- Es fundamental que se garantice a las personas en situación de pobreza y pobreza extrema, el acceso gratuito a pruebas del COVID-19. Se debe también brindar asistencia médica gratuita y tratamiento a las personas que han contraído el virus. Para esto podría considerarse la apertura de puestos de salud móviles donde se puedan hacer pruebas de COVID-19 y brindar atención médica primaria.
- Debe considerarse una estrecha coordinación entre los diferentes municipios en zonas rurales para asegurar que las personas que viven en las zonas más aisladas, donde los servicios de salud son precarios, o inexistentes, puedan tener atención médica oportuna. Esta coordinación puede considerar acciones como el armado de “consorcios municipales” para brindar atención de salud primaria en los municipios que tienen hospitales y centros de salud a personas provenientes de municipios donde no hay servicios de salud.
- En zonas urbanas podría considerarse la activación de sistemas de atención primaria de visita a hogares, a través de los cuales se despliega a un profesional de la salud (médico/a o enfermera) acompañado de una trabajador/trabajadora social que visitan a las familias que se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad para identificar, no sólo las condiciones de salud de las personas que integran la familia, sino también verificar las condiciones del hogar y la, disponibilidad de elementos de higienización (jabón, agua potable, entre otros). Estas visitas también podrían ser clave para identificar casos de violencia doméstica que ya varios organismos han advertido podrían intensificarse por las medidas restrictivas adoptadas para luchar contra el COVID-19 (ver sección: *Mujeres, Igualdad de Género y COVID-19* de esta Guía).
- Se deben tener en cuenta medidas para la protección y/o recomposición del ingreso. Entre las opciones a explorar, están los programas de “renta mínima universal” que podrían adoptarse de forma temporal, asegurando que estos beneficios lleguen de forma directa a las familias que se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad. En algunos países de la región que tienen programas sociales tales como las transferencias condicionadas, esta opción podría ser instrumentalizada a través del incremento temporal de estas transferencias. El desafío más importante de este tipo de medidas es alcanzar a las familias más vulnerables, que no necesariamente están inscritas en el registro de beneficiarios de los programas sociales, así como las familias que no tienen acceso al sistema bancario. Algunas de las alternativas que pueden

considerarse es coordinar las acciones de distribución de la “renta mínima temporal” con organizaciones que trabajan directamente en las comunidades más pobres, tales como Organizaciones de Sociedad Civil, organizaciones comunitarias, líderes comunales, entre otros.

- La situación de particular vulnerabilidad¹⁶⁹ en la que se encuentran las personas que viven en la calle merece atención especial. Es fundamental que las campañas de información relevante sobre el COVID-19 lleguen a estas personas, y que puedan tener acceso a las pruebas de COVID-19 y ser orientadas a centros de atención donde puedan recibir asistencia médica.
- Se debe considerar la puesta en marcha de programas de asistencia psicosocial orientados a dar herramientas para que las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad puedan sobreponerse a las consecuencias psicológicas más comunes de la pandemia: duelo por la pérdida de familiares, ansiedad, estrés, depresión, entre otros.
- Teniendo en cuenta que, principalmente en los hogares de bajos ingresos las mujeres realizan trabajo doméstico no remunerado, incluyendo el cuidado de las personas dependientes (niños y niñas, personas enfermas, personas mayores, personas con discapacidad, entre otros), esta crisis de salud resalta la necesidad de que se avance en desarrollar o extender los sistemas nacionales de cuidado y la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo. Esto además es clave para reforzar la base de ingresos laborales de las familias y aumentar la resiliencia ante episodios coyunturales, tales como las pandemias, y la pérdida del empleo de algún miembro de la familia. En el más largo plazo, esto también es clave para facilitar la movilidad social y económica.

Es importante tener en cuenta que toda crisis representa también una oportunidad. Visto de esta manera, la pandemia global del COVID-19 y las medidas de emergencia que se han tenido que poner en marcha para enfrentar esta crisis de salud, representan una nueva oportunidad para que los gobiernos de la región exploren flexibilizar, de manera responsable, sus limitaciones y reglas fiscales para, finalmente, priorizar la creación de sistemas de protección social integrales, que permitan a nuestras sociedades, no solo estar mejor preparadas para enfrentar futuras crisis, sino también alcanzar los objetivos globales de erradicar la pobreza y la desigualdad.

¹⁶⁹ Estas personas viven en un ambiente de calle insalubre, sus ingresos se ven afectados por la no circulación de personas en las calles, y generalmente no tiene redes de apoyo familiar y la demanda creciente del apoyo en los abrigos les impide tener apoyo oportuno.

MATERIALES RECOMENDADOS:

01 Informe sobre Pobreza y Derechos Humanos de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Este informe aborda los efectos que tiene la pobreza en el goce y ejercicio de los derechos humanos y busca abrir puertas para avanzar en el desarrollo del marco jurídico en el que se genera la responsabilidad internacional de los Estados por la pobreza y la pobreza extrema¹⁷⁰.

02 Panorama Social de América Latina, 2019 (LC/PUB.2019/22-P/Rev.1) de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago, 2019. Este documento retoma el análisis de las tendencias en la evolución de la desigualdad de ingresos, la pobreza y el gasto social en América Latina e incluye un análisis de la migración en la región¹⁷¹.

03 Respuesta al brote de COVID-19 en la Región de las Américas. Este documento describe las líneas de acción prioritarias recomendadas por la Organización Panamericana de la Salud para atender la enfermedad provocada por el nuevo Coronavirus en las Américas¹⁷².

170 Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PobrezaDDHH2017.pdf>.

171 Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44969-panorama-social-america-latina-2019>.

172 Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/respuesta-al-brote-covid-19-region-americas>.

04 **Beazley R., Solórzano A. y Barca V. (2019). Protección social reactiva frente a emergencias en América Latina y el Caribe: Principales hallazgos y recomendaciones. Oxford Policy Management en colaboración con el Programa Mundial de Alimentos abordan en este informe la pregunta: ¿Qué factores permiten que los sistemas nacionales de protección social sean más reactivos frente a emergencias? y ofrecen una serie de recomendaciones puntuales para los países de la región¹⁷³.**

¹⁷³ Disponible en: <https://es.wfp.org/publicaciones/estudio-sobre-proteccion-social-reactiva-ante-emergencias-en-america-latina-y-el>.

CAPÍTULO X:

INFANCIA, EDUCACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL EN TIEMPOS DEL COVID-19¹⁷⁴

1. LA EDUCACIÓN Y ALIMENTACIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, Y ADOLESCENTES EN EL CONTEXTO DE AISLAMIENTO SANITARIO

La “cuarentena” que se ha dictado en buena parte de los países golpeados por el COVID-19 ha hecho que las familias deban recluirse y adoptar nuevas formas de convivencia y de vinculación con el entorno social. Si bien la modalidad de formación a distancia a través medios digitales constituye una práctica cada vez más frecuente, la misma sólo está disponible en sociedades con alto desarrollo tecnológico, que cuentan con instituciones educativas de avanzada, aunque generalmente de carácter privado, y, en la mayor parte de los casos, accesible a una minoría social que dispone de altos recursos.

Las trayectorias educativas de niñas, niños y adolescentes (en adelante, NNyA) en todo el mundo, transcurren principalmente en las escuelas, y las familias cumplen un rol importante pero subsidiario en la formación curricular. El proceso de acompañamiento en los procesos de formación a través de la escolarización de hijas e hijos en edad escolar resulta fundamental, a la hora de asimilar contenidos, pero el espacio áulico delimita el escenario donde NNyA se forman y aprenden. El brote de COVID-19, que obligó a suspender las clases, implica un nuevo desafío para las familias: asumir esa prioridad en el seno hogareño y ser las madres y padres quienes conducen el proceso de formación pedagógica y curricular de sus hijas/os.

¹⁷⁴ Elaborado por Agustín Salvia, Investigador del CONICET, director del ODSA-UCA y Experto del Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador, y Ianina Tuñón, Investigadora Responsable del Barómetro de la Deuda Social de la Infancia del ODSA-UCA. Con colaboración de Enzo Rave, Asistente de Investigación con sede en el ODSA-UCA.

La imposibilidad de que NNyA asistan a clase interpela a la pedagogía habitualmente conocida y a las familias, que se enfrentan al desafío de ganar mayor protagonismo en los procesos de formación de sus hijas/os. Lo que habitualmente se hace con poco tiempo y en paralelo a cualquier otra actividad hogareña, ahora dadas las circunstancias, urge asumirlo con mayor dedicación, echando mano a los dispositivos didácticos que se tengan para compensar las horas de formación curricular en la escuela. Sin embargo, es fácil advertir que los hogares más vulnerables en términos del clima educativo de sus adultos de referencia, y en el acceso a bienes y servicios tecnológicos como una computadora y servicio de internet, quedan aislados durante el tiempo de suspensión preventiva de clases. Es decir, que a las limitaciones preexistentes al aislamiento social, hoy se suma la carencia de tecnologías que pueden facilitar la comunicación con los docentes.

Es claro que incluso en los hogares donde estas tecnologías están presentes, pueden existir condicionantes en los procesos de formación de NNyA, ya sea por el desconocimiento sobre la adecuada manipulación de estas herramientas o por otros motivos asociado a factores psicológicos y relacionales que se profundizan en el marco de la situación de aislamiento social.

En otras palabras, el actual contexto resignifica y profundiza un conjunto de brechas de desigualdad preexistentes, las brechas digitales y de capital humano de los hogares en un sentido amplio (educativas y de salud psicosocial), que son ya un limitante para equiparar la formación curricular entre todos los NNyA que continúen estudiando en sus casas.

Un elemento más, ineludible en este diagnóstico, es la limitante que en sí mismo supone el espacio del hábitat de vida. La situación de hacinamiento, falta de espacio, es un importante obstáculo para el desarrollo de tareas escolares y probablemente se constituye en un factor disruptivo en la calidad y fortaleza de los vínculos en el interior de los hogares. Si bien se trata de un condicionante previo, en tiempos de cuarentena se establece como una constante en la vida de las familias. Es decir, que las situaciones de violencia intrafamiliar, que muchas veces tienen a NNyA como principales víctimas, es probable que se profundicen y adquieran mayor regularidad en el actual contexto social.

De esta manera, en el actual contexto de suspensión de clases se amplían de manera exponencial las brechas de desigualdad en materia educativa entre las familias con tiempos de cuidado remunerados y aquellas con tiempo de cuidado no reconocido. Es por eso que los Estados están intentando tomar medidas para amortiguar estas tensiones, pero con suerte dispar, y por periodos de tiempo que aún resultan inciertos. Parece claro que la manera en que se ha precipitado toda esta situación no puede compensar en días la ausencia de iniciativas de fondo por décadas, o que hayan sido discontinuadas al calor del paso de gobiernos con otras prioridades.

Pero en las Américas hoy la escuela cumple además otra función, quizás hasta más esencial en términos de sostenimiento de la vida, a la que tradicionalmente

ha desempeñado como garante de reproducción social y formación de ciudadanía. Consolidada desde hace años como ámbito de alimentación de NNyA que asisten a sus aulas, este renovado rol de la institución educativa nos interpela a considerar la relación entre educación y desigualdad social.

Una arista central la reviste el hecho de que la falta de seguridad alimentaria que afecta a buena parte de las familias que destinan mayor proporción de su ingreso a la compra de alimentos, encuentra a los establecimientos educativos, entre otras instituciones, como ámbitos donde NNyA aseguran su alimentación. En el actual contexto, esta función de asistencia alimentaria de la escuela hacia la infancia queda relegada, ponderando el riesgo de contagio por sobre la inseguridad alimentaria. En este sentido, una situación específica es la de NNyA en situación de calle, que no solo requieren de asistencia alimentaria sino de un sistema protección integral. Pero en el escenario de la pandemia del COVID-19 estos aspectos alcanzan en las Américas ribetes complejos, no tanto todavía por la cantidad de afectados que se registran en la región, sino por las consecuencias que las medidas preventivas que adoptan los gobiernos pueden tener en los sectores sociales más vulnerables, si los Estados no dan una respuesta rápida y no los asumen como prioridad en la agenda.

Por último, es relevante identificar algunas vulnerabilidades que atraviesan a todas las infancias y adolescencia, en tiempos de cuarentena y medidas preventivas de aislamiento social. Una de las principales necesidades que tienen NNyA es socializar con grupos de pares, y realizar deportes, actividad física, y jugar. Ambas cuestiones constituyen derechos de niñas, niños y adolescentes. Una referencia de gran influencia a nivel internacional, es el U.S. Department of Health and Human Services, acerca de las Physical Activity Guidelines for Americans (2008). En estas guías, y en el apartado referido a NNyA, la recomendación refiere a la realización de 60 o más minutos de actividad física diaria. La falta de actividad física y la imposibilidad de sociabilizar con grupos de pares en actividades presenciales pueden afectar la salud física (sobrepeso, obesidad, trastornos del sistema inmune, etc.), emocional (ansiedad, depresión, alteración del estado de ánimo, etc.) e intelectual (falta de atención, trastornos del sueño, etc.) de NNyA.

También parece relevante considerar el derecho de NNyA a poder ser asistidos y trasladados para visitar a sus progenitores en situación de tenencias compartidas como consecuencia de divorcio u otros arreglos y configuraciones familiares.

2. MARCO NORMATIVO Y PROTECCIÓN JURÍDICA DE LA NIÑEZ

El desarrollo humano y social de la infancia se encuentra garantizado por derechos que emergen de múltiples instrumentos normativos a nivel internacional, generados bajo consenso multilateral, partiendo de aquellos que se consolidaron como marcos universales y generales para la protección de los Derechos Humanos, como la **Declaración Universal de los Derechos del Hombre** (ONU, 1948), el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** (ONU, 1966) y la **Convención sobre los Derechos del Niño** (ONU, 1989).

Más específicamente y a nivel interamericano, los Estados tienen el deber de otorgarles protección jurídica especial a los niños, niñas y adolescentes, como lo establecen los siguientes instrumentos:

- La **Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre** (1948), en su artículo VII dispone que *toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidados y ayuda especiales.*
- La **Convención Americana sobre Derechos Humanos** (OEA, 1969) protege los Derechos del Niño a través del artículo 19 que establece que *todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y el Estado.*
- El **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** (OEA, 1988) en su artículo 16 ratifica lo establecido por la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en lo relativo a Derecho de la Niñez y agrega que (...) *todo niño tiene derecho a la educación gratuita y obligatoria, al menos en su fase elemental, y a continuar su formación en niveles más elevados del sistema educativo.*

Particularmente, en materia de alimentación, el artículo 24 de la **Convención sobre los Derechos del Niño** (ONU, 1989) deja en claro que los Estados Partes reconocen el derecho del niño al *disfrute del más alto nivel posible de salud*, comprometiendo a los Estados con una serie de medidas entre las que se encuentra *combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente.* Asimismo, el artículo 28 de la Convención reconoce el derecho del niño a la educación, explicitando como un deber de los Estados el *hacer que todos los niños dispongan de información y orientación en cuestiones educacionales y profesionales y tengan acceso a ellas y adoptando cuantas medidas sean adecuadas para velar por que la disciplina escolar se administre de modo compatible con la dignidad humana del niño (...).* También es relevante considerar que la Convención en los arts. 7, 13, 17, 18, 31; establece el derecho del niño a la participación de la vida cultural, deportiva y tecnológica.

3. RECOMENDACIONES A LOS ESTADOS EN SUS RESPUESTAS A LA PANDEMIA DEL COVID-19 TENIENDO EN CONSIDERACIÓN A LOS NNyA

Para acompañar este proceso, diversas organizaciones internacionales como FAO¹⁷⁵,

175 Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Disponible en <http://www.fao.org/home/es/>

UNICEF, la OMS y el +CIFRC¹⁷⁶, entre otras, han elaborado un conjunto de mensajes y acciones importantes para la prevención y el control del COVID-19 en las escuelas y otros centros educativos, así como para las y los progenitores, cuidadores y miembros de la comunidad, estudiantes y niños/as.

En igual sentido, la FAO (2020) ha enunciado una serie de recomendaciones frente a la pandemia, orientadas a facilitar la disponibilidad y acceso a los alimentos por parte de los hogares:

- Se propone propiciar la distribución de alimentos a las familias con mayor vulnerabilidad (preferentemente alimentos frescos de la agricultura local), con horarios de entrega precisos y estipulados previamente. Para ello, se recomienda el uso de instrumentos digitales (aplicaciones georreferenciadas) para mejorar la comunicación sobre puntos de acceso a entregas de alimentos, horarios de distribución y recomendaciones de buen uso.
- Asimismo, se propone realizar entregas de raciones de alimentos de emergencia a nivel de las comunidades y territorios más vulnerables, en coordinación con organismos autorizados por los Gobiernos o la cooperación internacional.
- Redistribución de los alimentos de los programas de alimentación escolar mediante donaciones a entidades encargadas de dar asistencia alimentaria (como bancos de alimentos, organizaciones sociales, iglesias, clubes de barrio, etc) durante la fase de respuesta a la emergencia.
- Incrementar la asignación económica de los programas de protección social (como los de transferencias de ingresos) en un monto correspondiente al costo de las raciones de alimentos entregadas por los programas de alimentación escolar.
- Exoneración de impuestos a alimentos de primera necesidad para familias con hijos en edad escolar, especialmente para trabajadores de los sectores económicos más afectados.

La continuidad de los procesos de formación a través de la escolarización depende en parte de las estrategias que puedan desarrollar las familias, las estrategias que se den en los espacios educativos, y las sinergias que pueda construirse en el interior de la comunidad educativa, que incluye a las familias.

Mientras las escuelas estén abiertas se recomienda la asistencia de los estudiantes tomando todos los recaudos de prevención, y en aquellos casos en que se deba transitar por una situación de aislamiento se recomienda mantener la rutina de actividades de las niñas/niños (de higiene personal, tiempo de sueño, vestimenta, horarios de comidas e

176 Fuente: UNICEF, OMS y CIFRC. *Mensajes y acciones importantes para la prevención y el control del COVID-19 en las escuelas*. Marzo 2020. Disponible en <https://cutt.ly/9tOWeZd>

incluso tiempo y horario dedicado a la realización de tareas escolares). Probablemente, el sostenimiento de estas rutinas en situación de aislamiento social prolongado no serán de fácil ejecución para los hogares más vulnerables, por sus condiciones de privación material, mayor exposición al malestar psicológico, y restricciones habitacionales. En estos casos se torna prioritaria la activación de los sistemas de protección antes listados y propuestos por la FAO en la dimensión del acceso a los alimentos y transferencia de ingresos a los hogares. Se considera fundamental, en estos casos, ampliar los sistemas de protección en el espacio psicosocial a NNyA y sus cuidadores principales.

En situaciones de aislamiento social prolongado, se recomienda la utilización de estrategias de aprendizaje digital o en línea. La asignación de lecturas y ejercicios para trabajar en casa. Utilizar programas de televisión y radio o grabaciones de podcast con contenido académico. Un seguimiento diario o semanal por parte de los maestros de las actividades que realizan los estudiantes en la órbita de la casa, pero también de su situación más integral con el objetivo de poder detectar vulneración de derechos. Asimismo, se propone actualizar o crear estrategias de educación acelerada (UNICEF, OMS y CIFRC, 2020, pag.7).

Por otra parte, se han establecido un conjunto amplio de recomendaciones para el ámbito escolar en cada uno de los niveles educativos, en relación a medidas de prevención asociadas a pautas de higiene, sanitarias, y de gestión de residuos de los edificios escolares. Pero también la promoción de prácticas preventivas en los estudiantes a través de la higiene de manos y prácticas de distanciamiento social. Es decir, que se propone propiciar entornos escolares seguros en términos de su higiene (desinfección continua), y sus prácticas de higiene personal de estudiantes, docentes y personal no docente (informando y dando el ejemplo). Una alerta importante es evitar la estigmatización y discriminación del otro en el marco de estos procesos de formación y concientización en la prevención (UNICEF, OMS y CIFRC, 2020).

Todas estas recomendaciones serán más difíciles de ser efectivizadas en entornos familiares y/o educativos vulnerables. Atentos a ello, es que se requiere trabajar en alianza con otros servicios públicos sociales y de salud, con el objetivo de garantizar los exámenes médicos, el acceso a la alimentación y la contención psicológica, denuncia de abusos contra NNyA, y otros derechos humanos de las poblaciones de niñas/os con discapacidad u otras situaciones de vulneración (UNICEF, OMS y CIFRC, 2020).

Es importante asimismo considerar las múltiples vulnerabilidades a las que pueden verse sometidas las infancias en el espacio de la explotación doméstica (cuidado de enfermos, adultos mayores, entre otros), y la violencia intrafamiliar exacerbada por el hacinamiento y las tensiones particulares de una profundización de las carencias en un contexto en el que los adultos proveedores tienen menos trabajo e ingresos. Se recomienda activar las campañas de concientización y publicitación de los números telefónicos de denuncia y solicitud de ayuda vinculados a situaciones de abuso, violencia, y explotación de NNyA, e infancias en situación de calle.

Avanzar sobre campañas de difusión masivas sobre la importancia de mantener la

distancia social en situaciones de convivencia e interacción en espacios públicos con el objetivo de poder flexibilizar las cuarentenas y propiciar salidas, juegos y actividades físicas de tipo recreativas de NNyA en parques y plazas de las grandes ciudades. Asimismo, se recomienda planificar alternativas organizativas para lograr dicho distanciamiento social en el espacio de las clases de educación física escolar, evitando la suspensión de dichos estímulos educativos considerados prioritarios (UNESCO, 2015).

Considerar dentro de las excepciones en tiempos cuarentena, el traslado de NNyA, sus progenitores y cuidadores principales para garantizar la asistencia de los mismos en situaciones de emergencia y para garantizar el derecho de los NNyA a ver a sus padres en el marco de tenencias compartidas producto de divorcios u otras situaciones familiares.

MATERIALES RECOMENDADOS:

- 01** ACNUDH. Coronavirus: La respuesta debe basarse íntegramente en los derechos humanos. Marzo 2020¹⁷⁷.
- 02** ACNUDH. El brote de coronavirus es una prueba para nuestros sistemas, valores y humanidad. Marzo 2020¹⁷⁸.
- 03** Banco Mundial (2006). Development and the Next Generation. World Development Report 2007. Washington DC: Banco Mundial¹⁷⁹.
- 04** CEPAL y UNICEF (2014). Derechos de la infancia en la era digital. Santiago de Chile: CEPAL¹⁸⁰.
- 05** Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2013). Derecho del niño y la niña a la familia. Cuidado alternativo. Poniendo fin a la institucionalización en las Américas. Washington DC: OEA¹⁸¹.
- 06** FAO. Un plan de choque para garantizar el suministro global de alimentos. Marzo 2020¹⁸².

¹⁷⁷ Disponible en <https://acnudh.org/coronavirus-la-respuesta-debe-basarse-integramente-en-los-derechos-humanos-afirma-bachelet/>

¹⁷⁸ Disponible en <https://acnudh.org/articulo-de-opinion-el-brote-de-coronavirus-es-una-prueba-para-nuestros-sistemas-valores-y-humanidad/>

¹⁷⁹ Disponible en <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5989>

¹⁸⁰ Disponible en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/37139-derechos-la-infancia-la-era-digital>

¹⁸¹ Disponible en <https://www.oas.org/es/cidh/infancia/docs/pdf/Informe-derecho-nino-a-familia.pdf>

¹⁸² Disponible en <http://www.fao.org/news/story/es/item/1268156/icode/>

- 07** Jorge, E. y González, M. C. (2017). Estilos de crianza parental. Una revisión teórica. *Informes psicológicos*, Vol. 17, Nro. 2, pp. 39-66¹⁸³.
- 08** Mazzola, Roxana (2020). Desigualdades en niños y niñas en América Latina frente a la pandemia del Coronavirus. *Equidad para la Infancia*, Marzo, 2020¹⁸⁴.
- 09** ONU. La tercera parte de los niños menores de 5 años padece malnutrición. Octubre 2019¹⁸⁵.
- 10** UNICEF. Coronavirus (COVID-19). Lo que madres, padres y educadores deben saber: cómo proteger a hijas, hijos y alumnos. Marzo 2020¹⁸⁶.
- 11** UNICEF. Hablando sobre el coronavirus con los niñas y niños más pequeños. Marzo 2020¹⁸⁷.
- 12** UNICEF, OMS y CIFRC. Mensajes y acciones importantes para la prevención y el control del COVID-19 en las escuelas. Marzo 2020¹⁸⁸.
- 13** UNICEF (2019). *El Estado Mundial de la Infancia 2019: Niños, alimentos y nutrición*¹⁸⁹.
- 14** OMS (2015). *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)*¹⁹⁰.

¹⁸³ Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7044268>

¹⁸⁴ Disponible en <http://equidadparalainfancia.org/2020/03/desigualdades-en-ninos-y-ninas-en-america-latina-frente-a-la-pandemia-coronavirus/>

¹⁸⁵ Disponible en <https://news.un.org/es/story/2019/10/1463901>

¹⁸⁶ Disponible en <https://www.unicef.org/argentina/guia-adultos-coronavirus>

¹⁸⁷ Disponible en <https://www.unicef.org/lac/informes/hablando-sobre-el-coronavirus-19-con-los-ninos-y-ninas-mas-pequenos>

¹⁸⁸ Disponible en <https://cutt.ly/9tOWeZd>

¹⁸⁹ Disponible en <https://www.unicef.org/lac/informes/el-estado-mundial-de-la-infancia-2019-ni%C3%B1os-alimentos-y-nutrici%C3%B3n>

¹⁹⁰ Disponible en https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/

CONTRIBUYENTES¹⁹¹

191 En esta sección se incluyen fotos de las y los autores

Es coordinador de la Unidad sobre Refugiados y Desplazamiento Forzado de la Secretaría de Acceso a Derechos y Equidad (SARE) de la OEA y Miembro y Relator del Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (CMW, por sus siglas en inglés) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). También es Profesor Adjunto de American University (Estados Unidos). Es graduado en Derecho por la Universidad del Norte (Colombia) y tiene una Maestría en Estudios Avanzados en Derechos Humanos por la Universidad Carlos III de Madrid (España). Previamente, trabajó en la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), con organizaciones de la sociedad civil y como consultor del PNUD y SEGIB.



**ÁLVARO BOTERO
NAVARRO**



**RAFAEL DEL CASTILLO E
MELO SILVA**

Es oficial en la Secretaría de Acceso a Derechos y Equidad (SARE) de la OEA y Secretario Técnico del Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador. Es graduado en Derecho por la Pontificia Universidade Católica de Campinas (Brasil) y posee una maestría en Estudios Avanzados en Derechos Humanos por la Universidad Carlos III de Madrid (España). Antes de unirse al equipo de la SARE, trabajó por varios años en temas de derechos penal, debido proceso penal y personas privadas de libertad en la Corte Penal Internacional, la Corte Especial por Sierra Leona, el Tribunal Penal Internacional por Ruanda y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

Licenciada en Humanidades de la Universidad de Chile y Master en Ciencias de Discapacidad y Desarrollo Humano de la Universidad de Illinois en Chicago, USA. Participó directamente en el proceso de escritura y aprobación de la Convención de Naciones Unidas por los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ha publicado varios artículos sobre la materia a nivel internacional. Fue Profesora Adjunta del Programa de Maestría en Desarrollo Internacional de la Universidad de Gallaudet, en Washington, D. C. Actualmente trabaja como Especialista en Derechos de las Personas con Discapacidad del Departamento de Inclusión Social de la Secretaría de Acceso a Derechos y Equidad de la OEA.



PAMELA MOLINA



**ALEJANDRA MORA
MORA**

Secretaria Ejecutiva de la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) de la OEA
Jurista, feminista investigadora, política, costarricense y activista por los derechos humanos de las mujeres. Fue Ministra de la Condición de la Mujer, Presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) de 2014 a 2018 y Directora de la Defensoría de la Mujer de la Defensoría de los Habitantes de Costa Rica hasta agosto de 2019. Licenciada en Derecho de la Universidad de Costa Rica en 1989. Realizó cursos de especialización en la Universidad de Lund and Raul Wallemberg en Suecia en 1997. Completó su Maestría en Derecho Constitucional en la Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica en 2004 y su Postgrado en Derechos Humanos en la Universidad de Chile, en Santiago de Chile, en 2007. Autora de un libro y de múltiples artículos sobre los derechos humanos de las mujeres. Alejandra Mora Mora inició sus labores como Secretaria Ejecutiva de la CIM/OEA el 16 de agosto de 2019.

Es Directora del Departamento de Inclusión Social de la Secretaría de Acceso a Derechos y Equidad de la OEA. Tiene un Ph.D. en Ciencias Políticas de Florida International University, Miami, FL y Maestría en Relaciones Internacional de University of South Florida, Tampa, FL. Desde el Departamento de Inclusión Social, lidera los esfuerzos de la SG/OEA en materia de inclusión de poblaciones en situación de vulnerabilidad, y la promoción del ejercicio pleno de sus derechos humanos. Es autora de diversas publicaciones y columnas de opinión en temas de derechos humanos, equidad e inclusión social, democracia, y migración y refugio en las Américas, entre otros.



**BETILDE MUÑOZ-
POGOSSIAN**



SARA MÍA NOGUERA

Es la jefa de la Sección de Promoción de Equidad dentro del Departamento de Inclusión Social de la Secretaría de Acceso a Derechos y Equidad de la OEA. Es licenciada en Estudios Internacionales, con énfasis en la región latinoamericana, de Georgia Southern University, Estados Unidos. Tiene una Maestría en Derecho Internacional de los Derechos Humanos de la Universidad para la Paz de Naciones Unidas en Costa Rica. Dirige la cartera de desarrollo social, incluida la Reunión de Ministros y Autoridades de Alto Nivel sobre Desarrollo Social, la Red Interamericana de Protección Social y la Secretaría Técnica del Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador. Además, coordina actividades de cooperación y técnicas para fortalecer las capacidades gubernamentales para implementar efectivamente políticas públicas e iniciativas para promover el desarrollo social. Durante los últimos diez años, ha sido funcionaria en la OEA, trabajando en temas relacionados con la promoción de la democracia, la participación política de las mujeres, los derechos humanos y la cooperación para el desarrollo.

Doctor en Salud Mental Comunitaria por la Universidad Nacional de Lanús, Argentina. Magíster en Salud Mental y Psicólogo por la Universidad de la República, Uruguay. Profesor Titular del Instituto de Psicología Social, Facultad de Psicología, Universidad de la República. Co-coordinador del Centro Interdisciplinario de Envejecimiento. Investigador nivel 1 Sistema Nacional de Investigadores de Uruguay.



**ROBERT PÉREZ-
FERNÁNDE**



ROBERTO ROJAS DÁVILA

Jefe de la Sección de Grupos en Situación de Vulnerabilidad del Departamento de Inclusión Social de la OEA. Es abogado y postgraduado en Gerencia social por la Pontificia Universidad Católica del Perú, máster en Derecho Internacional y Derechos Humanos y Humanitarios por la American University -Washington College of Law, y candidato a doctor en Ciudadanía y Derechos Humanos por la Universidad de Barcelona.

Magister en Psicología Social y Licenciada en Psicología por la Universidad de la República del Uruguay. Experta gubernamental participó del Comité de Expertos ante la OEA en la redacción del texto de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Directora del instituto Nacional de Personas Mayores de Uruguay 2011-2019. Docente Universitaria e Investigadora en personas mayores y derechos humanos.



ADRIANA ROVIRA



**DANIEL SÁNCHEZ
VELÁSQUEZ**

Experto gubernamental ante el Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador de la OEA. Viceministro de Derechos Humanos del Perú. Especialista en derecho de los pueblos indígenas y procesos transicionales. Autor de diversas publicaciones sobre Derecho Constitucional, Derechos Humanos y Derecho de los pueblos indígenas.

Investigador Principal del CONICET. Sociólogo, Magíster en Ciencias Políticas y Sociales y Doctor en Ciencias Sociales. Director de Investigación del Observatorio de la Deuda Social Argentina en la Universidad Católica Argentina. Director de programa Cambio Estructural y Desigualdad Social con sede en el Instituto de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA. Coordinador del Grupo de Trabajo CLACSO: Heterogeneidad Estructural y Desigualdad en América Latina. Experto del Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador (GTPSS)



AGUSTÍN SALVIA



**ANDRÉS
SCAGLIOLA**

Es experto y Presidente del Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador sobre derechos económicos, sociales, culturales y ambientales. Politólogo, con estudios de posgrado en gobierno, administración y políticas públicas en la Universidad de la República (Montevideo) y la Universidad Autónoma de Barcelona. Fue Director Nacional de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) en el gobierno de José Mujica (2010-2015). Es Coordinador Ejecutivo de la Secretaría de la Diversidad de la Intendencia de Montevideo para el período 2015-2020. Lideró el proyecto piloto "Interseccionalidad en las políticas LGBTI metropolitanas" de la Asociación Mundial de Grandes Metrópolis (2017-2019). Es coordinador general de RE (asociación civil en formación dedicada a las temáticas de DDHH, Diversidad, Migración y Cultura).

Socióloga, Magíster en Investigación en Ciencias Sociales. Doctora del Programa de Doctorado en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Coordinadora e Investigadora responsable del Barómetro de la Deuda Social de la Infancia y PICTO 2017-0061, en el marco del Observatorio de la Deuda Social Argentina. Investigadora Categorizada del Ministerio de Educación de la Nación. Profesora Regular de la Universidad Nacional de la Matanza, y profesora de grado y posgrado de la Universidad Católica Argentina, y la Universidad Nacional de Tres de Febrero.



IANINA TUÑÓN

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS
SECRETARÍA DE ACCESO A DERECHOS Y EQUIDAD
DEPARTAMENTO DE INCLUSIÓN SOCIAL

ABRIL 2020



17th St. and Constitution Ave., NW
Washington, D.C., 20006-4499
Estados Unidos de América



Correos electrónicos:

Secretaría de Acceso a Derechos y Equidad: **SADyE@oas.org**
Departamento de Inclusion Social: **DIS@oas.org**