



“NO HAY AYUDA PARA NUESTRA COMUNIDAD”

EL IMPACTO DE LAS RESPUESTAS DE LOS ESTADOS A LA COVID-19 SOBRE GRUPOS INJUSTAMENTE CRIMINALIZADOS

AMNISTÍA
INTERNACIONAL



Amnistía Internacional es un movimiento integrado por 10 millones de personas que activa el sentido de humanidad dentro de cada una de ellas y que hace campaña en favor de cambios que permitan que todo el mundo disfrute de sus derechos humanos. Nuestra visión es la de un mundo donde quienes están en el poder cumplen sus promesas, respetan el derecho internacional y rinden cuentas. Somos independientes de todo gobierno, ideología política, interés económico y credo religioso, y nuestro trabajo se financia principalmente con las contribuciones de nuestra membresía y con donativos. Creemos que actuar movidos por la solidaridad y la compasión hacia nuestros semejantes en todo el mundo puede hacer mejorar nuestras sociedades.

© Amnesty International 2022

Salvo cuando se indique lo contrario, el contenido de este documento está protegido por una licencia 4.0 de Creative Commons (atribución, no comercial, sin obra derivada, internacional), <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.es>

Para más información, véase la página *Permisos* de nuestro sitio web: <https://www.amnesty.org/es/permissions/>

El material atribuido a titulares de derechos de autor distintos de Amnistía Internacional no está sujeto a la licencia Creative Commons.

Publicado por primera vez en 2022
por Amnesty International Ltd.
Peter Benenson House, 1 Easton Street
London WC1X 0DW, Reino Unido

Foto de portada: Familiares de pacientes de COVID-19 buscan desesperadamente oxígeno para mantener con vida a sus seres queridos durante una cruenta segunda ola de la pandemia en Perú.
© ERNESTO BENAVIDES/AFP vía Getty Images.

**AMNISTÍA
INTERNACIONAL**



ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| RESUMEN EJECUTIVO | 4 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 10 |
| CRIMINALIZACIÓN INJUSTA | 13 |
| GLOSARIO | 15 |
| 2. METODOLOGÍA | 16 |
| 3. LA CRIMINALIZACIÓN INJUSTA COMO RIESGO PARA LA SALUD Y LOS DERECHOS HUMANOS | 17 |
| 4. ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN | 19 |
| 5. APLICACIÓN DE LAS RESTRICCIONES: CASTIGO EN LUGAR DE AYUDA | 23 |
| AUSENCIA DE SUPERVISIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS | 24 |
| AUMENTO DEL HOSTIGAMIENTO Y LA PERSECUCIÓN DE GRUPOS INJUSTAMENTE CRIMINALIZADOS | 26 |
| USO EXCESIVO DE LA FUERZA | 30 |
| 6. EXCLUSIÓN DE GARANTÍAS BÁSICAS DE SEGURIDAD SOCIAL | 32 |
| EXCLUSIÓN DE TRABAJADORAS Y TRABAJADORES SEXUALES DE LAS MEDIDAS DE APOYO RELACIONADAS CON LA COVID-19 | 34 |
| FALTA DE DOCUMENTOS DE IDENTIDAD | 37 |
| AUSENCIA DE VIVIENDA ADECUADA | 40 |
| PERSONAS QUE VIVEN EN LA CALLE Y EXPUESTAS A QUEDAR SIN HOGAR | 42 |
| ASENTAMIENTOS INFORMALES | 45 |
| DESALOJOS FORZOSOS | 45 |
| EXCLUSIÓN DE LAS SALVAGUARDIAS QUE GARANTIZAN UNA VIVIENDA SEGURA | 46 |
| 7. OBSTÁCULOS PARA EL DERECHO A LA SALUD | 48 |
| DISCRIMINACIÓN Y ESTIGMA: BARRERAS AL DERECHO A LA SALUD | 50 |
| OBSTÁCULOS PARA ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD RESTRINGIDOS POR LA LEGISLACIÓN PENAL | 51 |
| OBSTÁCULOS PARA ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | 51 |
| OBSTÁCULOS AL ACCESO A SERVICIOS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO PARA LAS PERSONAS QUE CONSUMEN DROGAS | 54 |
| 8. VIOLENCIA DE GÉNERO: AUMENTA EL RIESGO MIENTRAS SE ELIMINAN PROTECCIONES | 57 |
| 9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 59 |

RESUMEN EJECUTIVO

“No paramos de oír en la calle que nosotras [las personas consumidoras de drogas] somos quienes contagiamos [la COVID-19], que no nos hacemos la prueba ni llevamos mascarilla, y que vivimos apiñadas [...] Pero no nos dan ninguna ayuda. [...] Como el gobierno impuso el toque de queda, no se podía estar en la calle a partir de las ocho de la noche. Nos dijeron que nos quedáramos en casa, pero, si no tienes casa, ¿adónde vas a ir?”

Trabajadora social en una sala de consumo supervisado de Montreal (Canadá)

A lo largo de los dos últimos años, la pandemia de COVID-19 ha segado y destrozado millones de vidas. Para combatir la crisis, los gobiernos han reaccionado aprobando con urgencia medidas extraordinarias, que han variado según el contexto de cada país. Sin embargo, hemos podido percibir con claridad la tendencia de los gobiernos a no tener en cuenta las consecuencias que sus restricciones tienen en los derechos humanos y a aplicar sanciones de carácter punitivo, sobre todo a personas que se encontraban ya marginadas. Por más que los gobiernos hayan afirmado con frecuencia que “vamos a una en esto”, la realidad es que el impacto de sus respuestas a la COVID-19 ha sido desigual.

Esta constatación es particularmente evidente en las repercusiones que las medidas contra la COVID-19 han tenido para las personas que son, de manera discriminatoria, blanco de sanciones penales o de leyes, políticas o normativas punitivas, es decir, para aquellas injustamente criminalizadas. El presente

informe se centra en las consecuencias de las normativas relacionadas con la COVID-19 y su aplicación a personas injustamente criminalizadas, por ser quienes son o por aquello a lo que se dedican; por ejemplo, por su orientación sexual o identidad y expresión de género, por ejercer el trabajo sexual, por consumir drogas o por carecer de hogar. Asimismo, hace referencia a personas afectadas por leyes y políticas discriminatorias que criminalizan servicios de salud necesarios para determinados sectores de población, como el aborto seguro y los tratamientos de afirmación de género. Dados la criminalización, la discriminación y el estigma que sufren, en muchos casos estos grupos se encontraban ya en desventaja mucho antes de la pandemia, y eran víctimas de violaciones de derechos humanos, como la obstaculización de su derecho a la salud.

La investigación de Amnistía Internacional ha puesto de manifiesto tres aspectos clave en relación con el hecho de que los Estados no hayan tenido en cuenta ni paliado las

consecuencias concretas de sus respuestas a la COVID-19 para estos grupos marginados. En primer lugar, se ha recurrido de manera generalizada a planteamientos punitivos respecto a las normas, que castigan las infracciones en lugar de ayudar a la población a cumplir la ley. Esto ha tenido como consecuencia que aquellas personas que se enfrentaban a abrumadores —y, a veces, insuperables— obstáculos para cumplir las normas relacionadas con la COVID-19, corrieran aún más peligro de criminalización y de sufrir toda una serie de abusos contra sus derechos humanos. En segundo lugar, los planteamientos punitivos han reforzado el estigma y la discriminación de estos grupos. Por último, al crear barreras al acceso a ayudas en el caso de algunos grupos, las medidas contra la COVID-19 han afectado de manera desproporcionada a personas que ya estaban expuestas a una criminalización injusta, y han socavado sus derechos humanos.

La criminalización injusta también ha obstaculizado la consulta genuina a personas y organizaciones así como su participación en la toma de decisiones gubernamental, cuando sus conocimientos y experiencias podrían haber contribuido a configurar y mejorar las respuestas de los Estados a la pandemia. Esta falta de consideración de la experiencia de grupos marginados es muy anterior a la llegada de la COVID-19, pero la pandemia ha reforzado y ha acentuado las consecuencias de la exclusión de esas voces en los debates sobre salud pública y toma de decisiones.

Hacer que los derechos humanos ocupen un lugar central en cualquier iniciativa gubernamental destinada a dar una respuesta de emergencia a un asunto de salud pública no es una opción, sino una obligación. Tal como muestra este informe, el incumplimiento de las obligaciones de derechos humanos por parte de los gobiernos puede socavar —como así ha sido— la eficacia de las medidas de salud pública adoptadas.

De conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos, las respuestas de los gobiernos a una pandemia deben sustentarse en los datos científicos y de salud pública más fidedignos de que se disponga. Toda restricción de derechos humanos debe quedar reflejada en la ley y ser necesaria y proporcionada para lograr un fin legítimo, de duración limitada y no discriminatoria. Las medidas deben ser adecuadas para lograr su propósito legítimo, constituir la opción menos intrusiva de las que permitan conseguir el resultado deseado, y guardar proporción con el interés legítimo que ha de protegerse.

Los principios de derecho internacional de larga data que guían el cumplimiento de las obligaciones de derechos humanos por parte de los Estados también exigen a los gobiernos evitar la criminalización en aras de lograr objetivos de salud pública. Es más, en virtud del derecho

a la salud, los Estados deben consultar a la sociedad civil y a las personas afectadas durante las fases de diseño, implementación y seguimiento de sus políticas de salud pública.

Durante la pandemia de COVID-19, los gobiernos han incumplido manifiestamente estas obligaciones, que se hallan consagradas en el derecho y las normas internacionales y están avaladas por un creciente corpus de pruebas de esta y anteriores emergencias de salud. En todo el mundo, las autoridades han recurrido a diversas disposiciones jurídicas y políticas punitivas internas, que violan sus obligaciones dimanantes del derecho y las normas internacionales de derechos humanos.

El presente informe se basa en la información recibida por Amnistía Internacional a través de una encuesta online, distribuida entre mayo y septiembre de 2021 entre distintas organizaciones asociadas que trabajan con personas injustamente criminalizadas. En total, se recibieron 54 respuestas de organizaciones de la sociedad civil dedicadas a cuestiones tales como los derechos de las trabajadoras y los trabajadores sexuales, los derechos LGBTI, la reforma de las políticas sobre drogas, la carencia de hogar, la justicia racial, los derechos de los pueblos indígenas, la discriminación basada en el empleo y la ascendencia y los derechos sexuales y reproductivos. En los casos en que se necesitó información adicional, Amnistía Internacional entrevistó a representantes de las organizaciones.

El documento incluye investigación primaria específica por países en relación con el impacto de las medidas contra la COVID-19, que Amnistía Internacional había publicado previamente. Asimismo, para su redacción se analizaron un buen número de noticias aparecidas en los medios de comunicación, artículos académicos, informes y declaraciones de organizaciones de la sociedad civil y de mecanismos internacionales, y se llevaron a cabo entrevistas a representantes de varias organizaciones internacionales, expertos y expertas en salud pública y representantes de la sociedad civil.

Esta investigación no habría sido posible sin la inestimable participación y colaboración de numerosos defensores y defensoras de los derechos humanos y organizaciones de todo el mundo, comprometidos con la lucha contra la criminalización injusta.

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

Existe constancia de que los planteamientos punitivos en materia de salud pública socavan el objetivo mismo de las medidas de protección, ya que, con frecuencia, fomentan el estigma y el temor y reducen la confianza en las

autoridades. La criminalización injusta de determinados comportamientos e identidades a menudo se nutre de estereotipos nocivos que retratan a la persona como “inmoral”, “poco fiable” e “irresponsable”. Cuando la identidad o el comportamiento de un grupo de personas no se ajusta a las normas sociales predominantes de una sociedad y es criminalizado, resulta más fácil para las autoridades y para las sociedades en general culpabilizar a ese grupo de personas y utilizarlo como chivo expiatorio en situaciones de crisis, tal como —según el presente informe— ha ocurrido durante la pandemia de COVID-19.

A su vez, el estigma y la discriminación obstaculizan la divulgación de información fiable sobre salud pública y limitan el acceso a servicios esenciales para combatir una situación de emergencia. En este documento se explica cómo el estigma aparejado a la criminalización ha servido para disuadir de solicitar atención médica a quienes consumen drogas, a quienes desean abortar, a la población LGBTI o a las trabajadoras y los trabajadores sexuales por temor a los prejuicios, a ser detenidos o reclusos o a afrontar otras medidas punitivas. Este problema de larga data se ha visto reforzado durante la pandemia. En consecuencia, el estigma y la discriminación son factores que influyen de manera determinante en la salud.

Ese estigma ha aumentado con la desinformación, un aspecto muy presente —de manera preocupante— en el discurso público durante la pandemia de COVID-19, que, a menudo, se ha utilizado contra personas injustamente criminalizadas.

La aplicación punitiva de las normativas relacionadas con la COVID-19 ha reflejado y consolidado de forma sistemática el estigma y la discriminación ya existentes contra personas que son marginadas. Estas personas no sólo han sufrido mayores niveles de violencia y abusos, sino que, en numerosos contextos, han sido culpadas de la propagación de la COVID-19. Por ejemplo, organizaciones de la sociedad civil han denunciado un aumento del estigma, la discriminación y la violencia por motivos de orientación sexual e identidad de género durante la pandemia, en países como Belice, Kirguistán, Tanzania y Uganda. Asimismo, las trabajadoras y los trabajadores sexuales, que ya soportaban altos niveles de violencia y de falta de protección por parte de las autoridades, denunciaron haberse enfrentado a un mayor riesgo de sufrir violencia a manos de sus clientes, de la policía y de particulares que los culpaban de propagar la COVID-19.

APLICACIÓN DE LAS RESTRICCIONES: CASTIGO EN LUGAR DE AYUDA

El recurso generalizado a las fuerzas de seguridad a la hora de hacer cumplir las restricciones relacionadas

con la COVID-19 ha generado un mayor riesgo de que se cometan violaciones de derechos humanos —como actos de discriminación, detenciones arbitrarias, uso excesivo de la fuerza y criminalización— contra grupos ya expuestos a una actuación policial excesiva o discriminatoria. Las organizaciones de la sociedad civil han denunciado que las comunidades marginadas —y, sobre todo, aquellas que son blanco de sanciones penales o leyes, políticas y normativas punitivas basadas en la discriminación— han visto aumentar la vigilancia y el hostigamiento contra ellas por parte de instancias encargadas de hacer cumplir la ley, y han sido objeto, de manera desproporcionada, de detenciones, multas y reclusiones durante la pandemia.

En particular, las organizaciones que abogan por la reforma de las políticas sobre drogas han resaltado el incremento de las detenciones, la vigilancia y el hostigamiento de personas consumidoras de drogas al ampliarse las facultades de los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en respuesta a la COVID-19. De igual forma, las organizaciones de defensa de los derechos de las trabajadoras y los trabajadores sexuales han manifestado haber sufrido más hostigamiento y persecución por parte de las fuerzas de seguridad. En el caso de las organizaciones LGBTI, también se ha denunciado el uso indebido de las medidas relacionadas con la COVID-19 por parte de funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para atacarlas y perseguirlas.

Por ejemplo, en Argentina, la violencia policial contra las trabajadoras y los trabajadores sexuales creció drásticamente tras la aparición de la COVID-19. Una organización regional dedicada a ayudar a personas consumidoras de drogas en Latinoamérica comunicó que las respuestas de los Estados a la COVID-19 se habían traducido en un aumento de los incidentes de humillación pública y violencia perpetrados por funcionarios encargados de hacer cumplir contra personas que consumían o poseían drogas.

Entre otras medidas punitivas, las organizaciones de la sociedad civil resaltaron el uso generalizado de multas, detenciones, amonestaciones o apercibimientos por escrito y órdenes policiales de “circulen” o de no acercarse a lugares públicos. Inevitablemente, esas medidas ejercieron mayor impacto sobre grupos concretos, que vivían o trabajaban, principal o únicamente, en espacios públicos. Las investigaciones llevadas a cabo para elaborar este informe dejaron claro, de manera alarmante, que, en la mayoría abrumadora de los casos, las autoridades hicieron muy poco, o nada, por mitigar el impacto desproporcionado de las normativas sobre estos grupos. De hecho, casi dos tercios de las organizaciones encuestadas afirmaron que, en esas situaciones, había aumentado el empleo de fuerza excesiva por parte de los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.

En contextos de pobreza y marginación, la falta de acceso a la ayuda del Estado dificultó —y, a veces, hizo imposible— el cumplimiento de las medidas relacionadas con la COVID-19. En numerosos países, la decisión de recurrir al castigo, y no a la ayuda, fomentó un ambiente de mayor riesgo de criminalización y violaciones de derechos humanos.

Por ejemplo, el procurador para la Defensa de los Derechos Humanos de El Salvador ha resaltado cómo la falta de acceso a ingresos impidió cumplir la normativa relacionada con la COVID-19 a quienes vivían en la pobreza. Obligadas a incumplir el toque de queda nacional para satisfacer las más básicas y urgentes necesidades propias y de sus familias, esas personas fueron castigadas por las autoridades. Por tanto, en la práctica, las autoridades crearon una situación en la que la supervivencia diaria entraba en conflicto con el cumplimiento de las restricciones impuestas a causa de la COVID-19, obligando así a personas desesperadas a exponerse a una mayor criminalización, derivada de las normas punitivas relacionadas con la pandemia, por pretender alimentarse y alimentar a sus familias.

BARRERAS A LA PROTECCIÓN SOCIAL, A LA SALUD Y A UNA VIVIENDA ADECUADA

Como los diferentes países no tuvieron en consideración las realidades sociales y económicas en las que aplicaban las medidas restrictivas contra la COVID-19, hubo sectores de la población que no recibieron la ayuda que necesitaban para poder cumplirlas. Entre los más afectados figuraban los grupos que quedaron excluidos de la protección social disponible, y que incluían a personas injustamente criminalizadas.

Aunque numerosos gobiernos adoptaron algún tipo de medida de protección social, raramente proporcionaron ayuda integral a las comunidades más marginadas, y las ayudas que éstas recibieron fueron a menudo insuficientes para satisfacer sus necesidades de supervivencia, sobre todo en el caso de las personas que ya vivían en la pobreza. Se vieron afectadas de manera desproporcionada en particular quienes trabajaban en el sector informal o quienes tenían empleos inseguros, y que, a menudo, quedaron sin acceso a ingresos y alimento. Por ejemplo, en Nepal, muchas personas dalits que vivían bajo el umbral de pobreza y dependían de jornales diarios sufrieron un grado extremo de hambre y endeudamiento a causa de las nuevas dificultades que entrañaba la pandemia. Es más, algunas medidas fundamentales de salud pública, como el lavado reiterado de manos y el empleo de mascarillas, quedaron fuera del alcance de las comunidades más marginadas, ya que, con frecuencia, carecían de acceso a agua y saneamiento adecuados.

Las personas injustamente criminalizadas se enfrentaron a especiales obstáculos para acceder a ayudas sociales durante la pandemia. Por ejemplo, algunas organizaciones denunciaron que el estigma que padecía la población LGBTI supuso su exclusión de las raciones alimentarias donadas por las autoridades estatales y municipales y los centros de crisis en países como Zambia e Indonesia. Asimismo, organizaciones de otros muchos países, como Canadá, Irlanda y República Dominicana, comunicaron que, para las trabajadoras y los trabajadores sexuales, había sido extremadamente difícil, por no decir imposible, acceder a las ayudas del Estado durante la pandemia, sobre todo cuando las subvenciones o los programas en cuestión eran gestionados por organizaciones que socavaban los derechos y la capacidad de acción de las personas dedicadas al trabajo sexual. En concreto, una organización que representaba a las trabajadoras y los trabajadores sexuales en Francia explicó: “La mayoría de las ayudas siguen dependiendo de la presentación de una ‘vía de salida de la prostitución’; las asociaciones prohibicionistas han recibido recursos que no nos han llegado a nosotras”.

Las medidas contra la COVID-19 han ejercido también un impacto negativo específico en la provisión de servicios esenciales de salud restringidos por la legislación penal. En particular, el acceso a servicios comunitarios y proyectos sociales dirigidos a personas marginadas se vio gravemente restringido o desapareció por completo, al centrarse los sistemas de salud en la respuesta a la COVID-19.

Con gran desatino, numerosos gobiernos de todo el mundo no catalogaron como esenciales determinados tipos de atención médica, cuando, de haberlo hecho, habrían garantizado que seguían estando disponibles durante la pandemia. Entre ellos, cabe señalar los servicios de aborto, contracepción, afirmación de género y reducción del daño para personas consumidoras de drogas.

Hubo también obstáculos adicionales para acceder a información, artículos y servicios de salud relacionados con determinadas actividades y decisiones, tales como el trabajo sexual, el consumo de drogas o el aborto. Por ejemplo, la criminalización del consumo y la posesión de drogas creó un contexto en el que los gobiernos consideraron que la opción más fácil era cerrar los servicios de reducción del daño. Aunque en algunos países se entendió que la pandemia de COVID-19 constituía una oportunidad para permitir que las personas llevaran a casa dosis mayores de metadona y concertaran citas de telemedicina para terapias de sustitución de opiáceos, las innovaciones en estos servicios han sido, desafortunadamente, puntuales y temporales.

De igual modo, se restringió gravemente el acceso a servicios e información sobre salud sexual y reproductiva,

tales como contracepción, aborto y atención obstétrica de urgencia. Por ejemplo, en India, el planteamiento punitivo respecto a la pandemia afectó a las mujeres, ya que se restringió el acceso al aborto y, por tanto, aumentó el estigma asociado a quienes necesitaban ese servicio esencial de salud. Varios países —como Brasil, Francia, Irlanda, Nepal y Reino Unido— aplicaron la telemedicina a los servicios de aborto, con lo que mejoró la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de aborto seguro. Sin embargo, otros —como Colombia, Eslovaquia, Estados Unidos y Polonia— continuaron creando barreras innecesarias a los servicios de aborto. Por ejemplo, en Estados Unidos, ocho estados establecieron específicamente excepciones relativas al aborto en sus políticas de telemedicina, mientras que otros 19 sólo administraban medicación abortiva en persona, con lo que, indirectamente, prohibían la atención a distancia. En Sudáfrica, el gobierno no contempló la facilitación de servicios de aborto mediante telemedicina.

La falta de ayuda, unida a las órdenes de “quedarse en casa” y demás restricciones de circulación, afectó sumamente a quienes corrían peligro de sufrir violencia de género. Muchas mujeres y personas LGBTI quedaron confinadas en casa con sus maltratadores, sin un lugar seguro al que acudir. Aunque algunos gobiernos tomaron medidas de emergencia para ayudar a estas personas, muchos refugios se vieron obligados a cerrar y los servicios de asesoramiento tuvieron que reducirse o clausurarse. Muchas organizaciones de la sociedad civil denunciaron que el cierre de refugios y servicios de apoyo para personas LGBTI en riesgo de sufrir violencia había tenido también profundas consecuencias, como actos de violencia, hostigamiento e intimidación, además de afectar, en sentido negativo, a la salud mental.

Las personas sin hogar y quienes corrían peligro de perderlo también se vieron afectadas de manera especial por la aplicación punitiva de las normativas sobre la COVID-19 y por la falta de apoyo durante la pandemia. Algunos países suspendieron provisionalmente los desalojos y aprobaron medidas de alojamiento de emergencia de carácter temporal, como el empleo de edificios, hoteles y escuelas vacíos para dar cobijo a personas. Sin embargo, en muchos casos, los refugios provisionales facilitados no reunían las condiciones adecuadas y a veces se excluyó de ellos a personas injustamente criminalizadas. Por ejemplo, los gobiernos de Estados Unidos, Filipinas y Sudáfrica no ofrecieron protección frente a abusos contra los derechos humanos ocurridos en los alojamientos de emergencia del Estado a causa de la falta de higiene, la violencia sexual y de género y el empleo de fuerza excesiva por parte de los guardias de seguridad. Además, sin la más mínima consideración por las normas internacionales de derechos humanos, se multó a personas sin hogar por incumplir el toque de queda, aun cuando no tuvieran ningún sitio adonde ir.

En países como Camboya, Costa Rica, India, Indonesia y Polonia no se facilitó a quienes vivían en la calle información sobre lugares adonde acudir y formas de mantenerse a salvo, con lo que su situación se hizo aún más complicada, dado el cierre de los refugios y los servicios de apoyo. Es más, los obstáculos a los que ciertos grupos se enfrentaban debido a su criminalización injusta dificultaron aún más que pudieran acceder a alojamiento provisional y beneficiarse de la suspensión de los desalojos. Algunas organizaciones de la sociedad civil denunciaron un repunte de los desalojos entre la población LGBTI, las personas consumidoras de drogas y las trabajadoras y los trabajadores sexuales, con lo que quedó en evidencia, una vez más, cómo los sectores de población injustamente criminalizados se veían afectados por la pandemia de manera desproporcionada y corrían mayor peligro de sufrir violaciones de derechos humanos y, en concreto, del derecho a una vivienda adecuada.

UN PASO AL FRENTE PARA CUBRIR LAGUNAS

Ante la exclusión de personas injustamente criminalizadas de numerosas iniciativas estatales, las organizaciones de la sociedad civil y millones de personas de todo el mundo pusieron en marcha innovadoras medidas de apoyo a las comunidades afectadas. Asimismo, estas organizaciones facilitaron el acceso a información, componente esencial de cualquier respuesta efectiva de salud pública, y recurrieron a las nuevas tecnologías para divulgar información y ofrecer apoyo social y en materia de salud mental.

Las organizaciones dirigidas por trabajadoras o trabajadores sexuales se movilizaron con rapidez desde el principio de la pandemia y crearon redes de comunicación y recursos informativos sobre la forma de trabajar de manera segura durante la pandemia de COVID-19. En países como Bélgica, Brasil, Chile, Estados Unidos, India, Perú, Senegal y Tailandia, estas organizaciones proporcionaron fondos de emergencia y desarrollaron iniciativas de ayuda mutua, como la distribución de alimentos y de productos de higiene entre su membresía.

En India, activistas de los derechos trans apoyaron a sus comunidades traduciendo la información a los idiomas locales y enviando mensajes de voz por WhatsApp. En España, organizaciones de la sociedad civil incrementaron rápidamente sus plazas para mujeres y personas no ajustadas a los estereotipos de género que consumían drogas y estaban sufriendo actos de violencia. También se movilizaron sin demora redes internacionales y regionales de personas consumidoras de drogas para desarrollar recursos online y material educativo, como directrices sobre reducción del daño y otros recursos prácticos destinados a proteger los derechos de quienes consumían drogas durante la pandemia.

La falta de medidas de los gobiernos para brindar a las organizaciones de la sociedad civil oportunidades significativas de participación privó a las personas encargadas de la toma de decisiones y a las comunidades de los conocimientos, experiencia, energía y creatividad de líderes y lideresas comunitarios, lo cual, a su vez, debilitó la respuesta a la pandemia.

CONCLUSIÓN

Las respuestas a la pandemia de COVID-19 han hecho crecer las desigualdades, lo que ha afectado profundamente a las personas marginadas, incluidas aquellas injustamente criminalizadas o, de algún modo, excluidas de los sistemas de ayuda de los Estados.

Los planteamientos punitivos de los gobiernos en materia de salud pública con frecuencia han creado barreras adicionales al acceso a servicios y ayudas esenciales que podrían haber ayudado a la población a cumplir mejor las restricciones impuestas. Los sectores de población injustamente criminalizados han corrido mayor peligro de ser sancionados y se han visto obligados a tomar decisiones más arriesgadas para cubrir sus necesidades esenciales, con lo que se han producido enfermedades y muertes evitables, así como muy diversos abusos contra los derechos humanos.

En lugar de recurrir a medidas punitivas que culpabilizan a personas, los gobiernos deben centrarse en la protección de los derechos humanos de toda la población y garantizar que las distintas comunidades tengan acceso a una atención médica universal y a servicios esenciales para su protección.

RECOMENDACIONES CLAVE A LOS GOBIERNOS

- Garantizar que todas sus respuestas a la pandemia estén atravesadas por una perspectiva de derechos humanos y que las medidas aprobadas se ciñan plenamente al derecho y las normas internacionales de derechos humanos, garantizando, entre otros, que toda restricción quede reflejada en la ley y sea necesaria, proporcionada, de duración limitada y no discriminatoria.
 - Garantizar que todas sus respuestas tengan en cuenta y mitiguen el posible impacto desproporcionado que sus medidas puedan tener sobre grupos o personas marginados o discriminados, incluidas las personas injustamente criminalizadas.
 - Instaurar mecanismos que permitan a las organizaciones de la sociedad civil, los defensores y defensoras de los derechos humanos y las personas directamente afectadas por las políticas de salud pública —en especial, las injustamente criminalizadas— participar de manera plena, significativa y efectiva en el diseño, la toma de decisiones, la puesta en marcha y el seguimiento de cualquier plan relacionado con una respuesta a la pandemia a todos los niveles.
 - Dar prioridad a las políticas que permitan y ayuden a la población a cumplir de manera voluntaria las medidas de salud pública necesarias, y abstenerse de aprobar y aplicar sanciones penales para hacer cumplir o lograr objetivos de salud pública.
 - Abstenerse de aplicar de manera coercitiva las medidas de salud pública y de conceder facultades adicionales a los agentes encargados de hacer cumplir la ley para que impongan su cumplimiento.
 - Reconocer como “atención médica esencial” y despenalizar servicios consustanciales al derecho a la salud, como los servicios, artículos e información sobre salud sexual y reproductiva, los tratamientos de afirmación de género y los servicios de reducción del daño para quienes consumen drogas. Garantizar que esos servicios, así como los destinados a supervivientes de violencia de género, mantengan los recursos, la accesibilidad y la disponibilidad adecuados durante la emergencia de salud pública, incluida la telemedicina, y no se nieguen por motivos de condición migratoria, documentación de identidad u otras razones discriminatorias.
- Revocar las leyes y políticas existentes y abstenerse de aprobar nuevas leyes que penalicen o sancionen, directamente o en la práctica, las identidades, acciones y decisiones de personas marginadas y que afecten negativamente a sus derechos humanos y, en particular, a su derecho a la salud.

1. INTRODUCCIÓN

Durante los dos años transcurridos desde que se informó del primer caso de COVID-19, la pandemia se ha propagado por todo el mundo destrozando la vida de millones de personas. A fecha de 5 de abril de 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) había informado de 490.853.129 casos confirmados de COVID-19 en todo el mundo, de los cuales 6.155.344 fueron mortales.¹ La respuesta a la pandemia ha hecho crecer las desigualdades, y las personas marginadas, excluidas de algún modo de los sistemas de ayuda de los Estados o sometidas a formas interrelacionadas de discriminación, se han visto profundamente afectadas.

Propagándose a la velocidad del rayo, las distintas variantes de COVID-19 han puesto brutalmente de manifiesto la interdependencia básica de toda la humanidad mientras especialistas en salud pública y derechos humanos han recalcado una y otra vez que nadie está salvo mientras no lo esté todo el mundo, y han instado a los gobiernos a cerciorarse de que sus repuestas se ciñen a sus obligaciones en materia de derechos humanos. Sin embargo, muchas de las medidas adoptadas para contener la propagación de la COVID-19 se han propuesto y aplicado sin tener realmente en cuenta sus consecuencias potenciales para el disfrute de todos los derechos humanos por todas las personas y, en especial, por aquéllas que ya estaban marginadas.

El derecho y las normas internacionales de derechos humanos exigen que las respuestas de los gobiernos se basen en los mejores conocimientos científicos disponibles y que incluyan las medidas necesarias para proteger la salud pública; dichas medidas deben estar previstas en la ley y ser necesarias, proporcionadas, de duración limitada y no discriminatorias.² Hacer que los derechos humanos ocupen un lugar central en las respuestas a la pandemia no es un añadido opcional, sino un requisito imprescindible para garantizar que la respuesta a esta crisis de salud sea efectiva.

Durante el transcurso de la pandemia, los distintos gobiernos han emitido, en conjunto, miles de normas de salud pública y sociales relacionadas con la COVID-19. Las iniciativas que han tratado de identificar y codificar a escala mundial esas normas, han permitido observar que, lejos de estar basadas en los derechos humanos, con frecuencia contravienen las obligaciones en materia de derechos humanos de los Estados y tienen incluso efectos negativos para estos derechos.³ Pese a la variedad de respuestas y contextos, se han identificado ciertas características principales que apuntan a las razones de esos efectos.

¹ Datos del tablero de la OMS sobre el coronavirus (COVID-19), a fecha de 5 de abril de 2022, covid19.who.int/.

² Comisión de Derechos Humanos de la ONU, 41º período de sesiones, Principios de Siracusa sobre las Disposiciones de Limitación y Derogación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1984, doc. ONU E/CN.4/1985/4 (Principios de Siracusa). En sus observaciones generales, el Comité de Derechos Humanos ha emitido más directrices sobre la validez de las restricciones de los derechos reconocidos en el PIDCP, que subrayan el deber de los Estados de justificar toda limitación y el requisito de que tales medidas estén previstas en la ley, sean necesarias y proporcionales y estén sujetas a revisión.

³ Véase, por ejemplo, la base de datos de seguimiento de las intervenciones de salud contra la COVID-19 (HIT-COVID), que ha catalogado más de 13.429 intervenciones de salud pública y sociales y concluido que, de las practicadas en enero y junio de 2020, el 71,67% “podían afectar a los derechos humanos”. Q. Zheng, F. K. Jones, S. V. Leavitt *et al.*, “HIT-COVID, a global database tracking public health interventions to COVID-19”, *Scientific Data* 7/1 (2020), páginas 1-8.; nature.com/articles/s41597-020-00610-2. La base de datos HIT-COVID es descrita como “una base de datos organizada y estandarizada que cataloga la aplicación y la relajación de medidas de salud pública y sociales relacionadas con la COVID-19”, hrjournal.org/2021/10/ensuring-rights-while-protecting-health-the-importance-of-using-a-human-rights-approach-in-implementing-public-health-responses-to-covid-19/.

Un aspecto especialmente preocupante en el que se centra este informe es el recurso generalizado de los Estados a planteamientos punitivos para aplicar las medidas de salud pública y sociales con sanciones en forma de multas y detenciones. Amnistía Internacional ha documentado casos de 60 países, como mínimo, en los que el empleo de ese tipo de medidas por las autoridades ha violado diversos derechos humanos.⁴ Tanto activistas como organizaciones de la sociedad civil han resaltado cómo estos planteamientos punitivos se han cebado en especial con las comunidades marginadas, sobre todo con aquéllas expuestas a ser injustamente criminalizadas, es decir, a ser objeto de sanciones penales o de leyes, políticas y normas punitivas debido a la discriminación a causa de su identidad, su trabajo o su condición socioeconómica entre otros factores (véase *infra*). Todo ello ha agravado las desigualdades ya existentes, la inacción de los gobiernos y la exclusión de los mecanismos de ayuda, afectando, entre otras, a las personas que suelen sufrir discriminación sistémica y exclusión a causa de su identidad, sus acciones, su profesión u otras circunstancias, y que son injustamente criminalizadas

En el presente informe se analiza el impacto de las normas contra la COVID-19 y de su aplicación a personas que entran en contacto con la legislación penal o administrativa por ejercer el trabajo sexual, por su orientación sexual o identidad y expresión de género, por consumir drogas o a causa de su condición serológica, por carecer de hogar o como resultado de una legislación discriminatoria que criminaliza los servicios de salud necesarios sólo para determinados sectores de la población, como el aborto seguro o los servicios de afirmación de género.⁵ La pandemia de COVID-19 brindó la oportunidad de hacer pivotar las respuestas hacia políticas de salud pública y basadas en los derechos humanos que protegieran mejor a la población. Sin embargo, lamentablemente, algunos gobiernos han reforzado la criminalización de ciertos grupos o comportamientos durante la pandemia.⁶

Las investigaciones de Amnistía Internacional han identificado tres lagunas generales en la respuesta

de los Estados a la COVID-19. En primer lugar, los planteamientos punitivos de la aplicación de las normas ponen en especial peligro de criminalización y de sufrir todo un abanico de abusos contra los derechos humanos a aquellas personas para quienes es prácticamente imposible⁷ cumplir las normativas contra la COVID-19. En segundo lugar, estos planteamientos punitivos han fomentado el estigma y la discriminación y, por último, tienen un impacto desproporcionado en sectores de población ya injustamente criminalizados y con mayor dificultad para cumplir las medidas contra la COVID-19.

Estas deficiencias de los Estados han socavado con frecuencia los objetivos de salud pública que las medidas punitivas debían, en principio, hacer cumplir. Sin embargo, nada de esto debe sorprender a los gobiernos, pues los peligros de las medidas punitivas de salud pública son bien conocidos. Una de las principales lecciones aprendidas en anteriores iniciativas de control de emergencias sanitarias es que el éxito de las intervenciones destinadas a prevenir y controlar la propagación de una enfermedad infecciosa depende de la cooperación y la confianza. Además, un estudio sobre los índices de infección y de mortalidad asociados a la COVID-19 en todo el mundo ha observado una considerable correlación estadística entre la “confianza en el gobierno y la confianza interpersonal, así como un menor grado de corrupción gubernamental” y “el descenso de los índices de infección” normalizados.⁸ En consecuencia, el personal experto ha argumentado que la preparación y la respuesta ante una pandemia se vería favorecida por una mayor inversión en estrategias de comunicación de riesgos y de implicación de la comunidad para impulsar la confianza de la población en las directrices de salud pública.⁹

Las respuestas efectivas a una pandemia se cimentan en la confianza y la participación de la totalidad de las principales partes interesadas y afectadas. En concreto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha incidido en la necesidad de “mantener los esfuerzos coordinados para dar efectividad al derecho a la salud a

4 Amnistía Internacional, *Represión y COVID-19. Abusos policiales y pandemia* (Índice: ACT 30/3443/2020), 17 de diciembre de 2020, [amnesty.org/es/documents/act30/3443/2020/es/](https://www.amnesty.org/es/documents/act30/3443/2020/es/).

5 En el recuadro de texto que encontrarán *infra*, pueden leer una explicación sobre el empleo de la expresión “criminalización injusta” en este informe. Véase también el informe del relator especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (relator especial de la ONU sobre el derecho a la salud), 16 de julio de 2020, undocs.org/A/75/163.

6 Amnistía Internacional, CREA, IWRAP-Asia y Oceanía y Global Health Justice Partnership de la Escuela de Derecho y la Escuela de Salud Pública de Yale, *Joint NGO submission in response to the call for input by the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity*, 1 de julio de 2021 (Índice: IOR 40/3902/2021), [amnesty.org/en/documents/ior40/3902/2021/en/](https://www.amnesty.org/en/documents/ior40/3902/2021/en/); Federación de Mujeres y Planificación Familiar de Polonia, *Astra Network, A summary of the latest developments in Poland*, astra.org.pl/a-summary-of-the-latest-developments-in-poland/; Weronika Strzyżyńska, “Poland plans to set up register of pregnancies to report miscarriages”, *The Guardian*, 3 de diciembre de 2021, [theguardian.com/global-development/2021/dec/03/poland-plans-to-set-up-register-of-pregnancies-to-report-miscarriages?CMP=Share_iOSApp_Other&fbclid=IwAR2a3mDamezQt8H4aJnnWzDhPAEphoQ4ydT7UUVe-z_IPnggBE8-P8UtpEQ](https://www.theguardian.com/global-development/2021/dec/03/poland-plans-to-set-up-register-of-pregnancies-to-report-miscarriages?CMP=Share_iOSApp_Other&fbclid=IwAR2a3mDamezQt8H4aJnnWzDhPAEphoQ4ydT7UUVe-z_IPnggBE8-P8UtpEQ).

7 Sophia A. Zweig *et al.*, “Ensuring Rights while Protecting Health: The Importance of Using a Human Rights Approach in Implementing Public Health Responses to COVID-19”, *Health and Human Rights Journal*, volumen 23/2, diciembre de 2021, <https://www.hhrjournal.org/2021/10/ensuring-rights-while-protecting-health-the-importance-of-using-a-human-rights-approach-in-implementing-public-health-responses-to-covid-19/>, páginas 173-186.

8 COVID-19 National Preparedness Collaborators, “Pandemic preparedness and COVID-19: an exploratory analysis of infection and fatality rates, and contextual factors associated with preparedness in 177 countries, from Jan 1, 2020, to Sept 30, 2021”, *The Lancet*, 1 de febrero de 2022, [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00172-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00172-6/fulltext).

9 COVID-19 National Preparedness Collaborators, “Pandemic preparedness and COVID-19: an exploratory analysis of infection and fatality rates, and contextual factors associated with preparedness in 177 countries, from Jan 1, 2020, to Sept 30, 2021”, *The Lancet*, 1 de febrero de 2022.

fin de reforzar la interacción entre todos los actores de que se trata, en particular los diversos componentes de la sociedad civil”.¹⁰

La confianza es esencial para contener de manera efectiva la propagación de la COVID-19, prestar atención médica a quienes la necesitan y evitar una mala administración perjudicial de recursos. Pero para gozar de la confianza de la población, es necesario contactar a tiempo con las comunidades afectadas y proporcionarles acceso a toda la información pertinente disponible a fin de que comprendan la naturaleza de la crisis sanitaria. Siempre que sea posible, esto debe hacerse con participación de las comunidades y mediante asociaciones tempranas con las autoridades locales. En caso contrario, se puede agudizar la sensación de indefensión, rabia y frustración; menoscabar la repuesta de salud pública; poner en riesgo la salud ajena y conducir a nuevas violaciones de los derechos humanos.

En sus investigaciones, Amnistía Internacional ha observado que la criminalización injusta ha creado barreras a la realización de una consulta efectiva y a la participación de personas y organizaciones cuyos conocimientos y experiencia podrían haber orientado y mejorado las respuestas de los Estados a la pandemia. En cambio, los gobiernos han recurrido a medidas coercitivas —como sanciones penales, multas, cuarentenas obligatorias en centros del Estado, vigilancia y control de la conducta— sin suficiente apoyo social. Este tipo de medidas coercitivas hacen recaer sobre el individuo la enorme responsabilidad de gestionar sus riesgos de salud sin tener en cuenta las desigualdades sistémicas en el acceso a los recursos necesarios para su cumplimiento efectivo. Además, se ha observado que los planteamientos punitivos “invitan al abuso y agudizan las divisiones sociales”¹¹ en detrimento de las personas ya desfavorecidas y marginadas de la sociedad.

En lugar de recurrir a medidas punitivas que culpabilizan al individuo, los gobiernos deben centrarse en proteger los derechos humanos de todas las personas y en garantizar que las comunidades tengan acceso a atención médica universal y a servicios esenciales para protegerse.

Para empezar, los Estados no deben aprobar ni aplicar sanciones penales para hacer cumplir o lograr objetivos de salud pública. Al implementar las lecciones aprendidas durante la pandemia de COVID-19, los gobiernos deben garantizar la inclusión y protección efectivas de los grupos más marginados, incluidos los injustamente criminalizados, en su respuesta a la pandemia. En pocas palabras, los Estados deben abstenerse de implementar políticas represivas que inflijan daños, aunque sea de manera involuntaria, y que dejen desprotegidas a personas en situación de necesidad.

A largo plazo, esto obliga a los Estados a abordar los factores de marginación y exclusión, incluida la criminalización injusta. Por tanto, los gobiernos deben actuar con carácter de urgencia para eliminar leyes, políticas y prácticas punitivas que han demostrado que obstaculizan las respuestas efectivas de salud pública. Esto implica, a su vez, despenalizar ciertas conductas y anular decisiones que han resultado perjudiciales para la protección de la salud de grupos injustamente criminalizados a fin de potenciar objetivos de salud pública.

10 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general n° 14, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales)*, E/C.12/2000/4, párr. 64.

11 Wendy K. Mariner, George J. Annas y Wendy E. Parmet, *Pandemic Preparedness: “A Return to the Rule of Law”*, 1 *Drexel Law Review*, 341 (2009) p. 358.

CRIMINALIZACIÓN INJUSTA

La **criminalización injusta** está directamente relacionada con la discriminación y la exclusión sistémicas y con toda una serie de violaciones de derechos humanos y abusos. En este informe, la expresión “criminalización injusta” se utiliza para referirse a las sanciones penales o leyes, políticas y normas punitivas que tienen el efecto de castigar a personas debido a la discriminación basada en, por ejemplo, su identidad, trabajo, estado de salud o condición socioeconómica. La expresión abarca las respuestas punitivas penales y las civiles o administrativas, como multas y amonestaciones. A continuación, exponemos los principales ejemplos de discriminación injusta que se abordan en este informe.

Criminalización de las personas sin hogar: La relatora especial de la ONU sobre la vivienda adecuada ha afirmado que la criminalización de las personas sin hogar es “una forma de discriminación sistémica y exclusión social [que] reconoce que la privación de un hogar da lugar a una identidad social a través de la cual las ‘personas sin hogar’ forman un grupo social objeto de discriminación y estigmatización”.¹²

Criminalización de la orientación sexual e identidad de género: La criminalización, el enjuiciamiento y el castigo de las relaciones homosexuales consentidas son violaciones graves de las obligaciones de los Estados derivadas del derecho internacional y violan derechos humanos, como los relativos a no sufrir discriminación, a la dignidad y a la igualdad ante la ley.¹³ Incluso cuando no se aplican, estas leyes fomentan la estigmatización, la actuación policial y el castigo de personas cuya orientación sexual o identidad de género no se ajustan a unas normas estrictas.

Criminalización del trabajo sexual: Más de un centenar de países criminalizan directamente el trabajo sexual a través de una serie de leyes y políticas punitivas que prohíben explícitamente la compra y la venta de sexo y actividades conexas.¹⁴ Mientras algunos Estados penalizan el trabajo sexual y todas las actividades conexas, otros castigan la compra de sexo o a terceras partes que facilitan su venta. Este enfoque de amplio alcance a la penalización del trabajo sexual tiene profundas consecuencias para la vida y las decisiones de quienes lo ejercen. Así, podrían prohibirse iniciativas de ayuda mutua vitales para su seguridad, como trabajar conjuntamente o contratar personal de seguridad, lo que a menudo hace que tengan

que trabajar en solitario y ha incrementando su vulnerabilidad frente a la violencia y los abusos.

Criminalización del aborto: En los lugares en los que se criminaliza el aborto (normalmente con disposiciones específicas recogidas en el Código Penal), puede castigarse a quien presta servicios de aborto, a la persona embarazada que quiere abortar, a quienes ayuden a estas personas o a ambas. En general, los gobiernos permiten abortar disponiendo una serie de excepciones legales en función de unos supuestos concretos que varían de un país a otro.¹⁵ Sin embargo, esta “penalización parcial” no se cife tampoco a la evolución del derecho y las normas internacionales de derechos humanos, ya que sigue obligando a quienes necesitan abortar a recurrir a abortos inseguros, clandestinos o ilegales, y refuerza, además, el estigma y la discriminación asociados al aborto. Desde hace tiempo, los organismos internacionales de derechos humanos vienen advirtiendo de que, para cumplir con sus obligaciones de derechos humanos, los Estados deben despenalizar el aborto, liberalizar la legislación restrictiva conexas y eliminar los obstáculos que impiden acceder al aborto seguro.¹⁶

Criminalización del consumo y la posesión de drogas para uso personal: En todo el mundo, las políticas sobre drogas se han basado en la prohibición y la criminalización general de las drogas con el fin —en teoría— de proteger la salud pública. Sin embargo, la gran dependencia del derecho penal y de políticas represivas no ha logrado reducir el consumo y la disponibilidad de las drogas a lo largo de los años, sino que, por el contrario, ha agravado los riesgos y daños que entraña su consumo y la violencia asociada a los mercados ilícitos. Además, la prohibición de

12 Véase el *Informe de la relatora especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado y sobre el derecho de no discriminación a este respecto*, 2015, doc. ONU A/HRC/31/54, párr. 17(b).

13 Véanse los Principios de Yogyakarta + 10 (2017) y los Principios de Yogyakarta (2006), principios internacionales sobre la orientación sexual y la identidad de género desarrollados por un destacado grupo internacional de especialistas en derechos humanos que concluyeron que la criminalización de la homosexualidad y de la orientación sexual es incompatible con el derecho internacional de los derechos humanos, <https://yogyakartaprinciples.org/principles-spl/>; Asamblea General de la ONU, *Informe del experto independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género* (“Acepta la diversidad e impulsa a la humanidad”), doc. ONU A/72/172, párr. 32.

14 Comisión Global sobre VIH y Derecho, *Riesgos, derechos y salud*, 2012, pág. 41, hivlawcommission.org/report/.

15 Véase Centro de Derechos Reproductivos, *The World's Abortion Laws*, 2014, <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>.

16 Comité de Derechos Humanos de la ONU, *Observación general núm. 36 (artículo 6: derecho a la vida)*, 2018, doc. ONU CCPR/C/GC/36, párr. 8; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general núm. 22 (2016) relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, doc. ONU E/C.12/GC/22, párr. 28; Comité de los Derechos del Niño de la ONU, *Observación general núm. 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia*, doc. ONU. CRC/C/GC/20, párr. 60.



Trabajadores y trabajadoras sexuales protestan durante el confinamiento decretado por el gobierno colombiano que los dejó sin ninguna posibilidad de obtener ingresos. Bogotá, 28 de abril de 2020. Foto de Leonardo Munoz/VIEWpress vía Getty Images.

las drogas ha dado lugar a violaciones generalizadas de los derechos humanos, y las políticas rigurosas de control de drogas han hecho sufrir a muchas de las comunidades más pobres y marginadas, debido, entre otros motivos, a su aplicación discriminatoria en comunidades marginadas, incluidas las minorías raciales y étnicas y los sectores más pobres de la sociedad. La ONU y numerosos mecanismos de derechos humanos han instado a promover alternativas a la prohibición de las drogas, como la despenalización del consumo y de la posesión de drogas para uso personal.

Criminalización de infracciones leves: Esto abarca la criminalización de diversas infracciones leves como “gamberrismo y vagabundeo”, “conducta

ociosa o desordenada”, “merodeo”, “mendicidad”, “vagabundeo”, “impago de deudas”, “causar molestias frecuentes” o “desobediencia a los progenitores”.¹⁷ La criminalización de estas infracciones suele tener un impacto desproporcionado sobre quienes viven en la pobreza, cuya marginación contribuye a perpetuar. La Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos ha concluido que la penalización de infracciones leves tiene como resultado “castigar, segregar, controlar y socavar la dignidad de personas a causa de su condición”.¹⁸ Según la Comisión Africana, este tipo de legislación vulnera también la autonomía de las personas al restringir su capacidad para llevar a cabo actividades económicas en espacios públicos, sobre todo si viven en la pobreza.

¹⁷ Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, *Principles on the Decriminalisation of Petty Offences in Africa*, 2017, apartado 1, definiciones, achpr.org/legalinstruments/detail?id=2.

¹⁸ Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, *Principles on the Decriminalisation of Petty Offences in Africa*, 2017, párr. 7.

GLOSARIO



Despenalización: Normalmente, este término hace referencia al hecho de eliminar de la ley una infracción o acto delictivo y las sanciones correspondientes.¹⁹ En algunos casos, incluye también el proceso de eliminación de medidas administrativas o civiles de carácter excesivamente punitivo con efecto similar al de la legislación penal aunque la conducta en cuestión haya sido eliminada del Código Penal (por ejemplo, multas cuantiosas o detención administrativa). Un modelo de despenalización tiene por objeto poner fin a todas las sanciones a una conducta concreta y facilitar el acceso a los servicios de salud y sociales.



Reducción del daño: Esta expresión hace referencia a las políticas, los programas y las prácticas cuyo objetivo principal es reducir las consecuencias adversas para la salud, sociales y económicas del consumo de drogas lícitas o ilícitas sin reducir necesariamente el nivel de consumo de una persona.



Discriminación interseccional: Se entiende por esta expresión la discriminación ejercida por múltiples motivos que se combinan entre sí para causar desventajas diferentes a las que causaría uno de esos motivos por sí solo.



Lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI): En la actualidad, se emplean numerosos términos para dirigirse y referirse a las personas con orientación sexual, identidad o expresión de género o características sexuales diversas. En este informe, utilizamos las siglas genéricas LGBTI a menos que alguna de las organizaciones asociadas prefiera otro término o expresión en la información, las citas o las publicaciones que le atañan. Por tanto, a lo largo del texto, aparecerán indistintamente las siglas LGBT, LGBTI, LGBTIQ, LGBTIQ+ y LGBT+ a fin de respetar la elección de las organizaciones asociadas.



Marginación: Este término se aplica a aquellas personas que sufren con frecuencia discriminación y exclusión sistémicas a causa de su identidad, sus conductas, su profesión u otras condiciones, y que son injustamente criminalizadas



Trabajo sexual: El intercambio consensuado de servicios sexuales entre personas adultas a cambio de algún tipo de remuneración, según las condiciones acordadas entre la persona que vende y la persona que compra. El trabajo sexual adopta diversas formas y varía de unos países y comunidades a otros, y dentro de ellos.



Salud sexual y reproductiva: En este informe, esta expresión abarca la atención, los bienes y la información sobre salud sexual y reproductiva, que incluyen la igualdad de acceso a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del VIH y de las enfermedades de transmisión sexual, el aborto seguro, la anticoncepción, la atención materna y neonatal, y los servicios de afirmación de género.

¹⁹ Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, *Principles on the Decriminalisation of Petty Offences in Africa*, 2017, [achpr.org/legalinstruments/detail?id=2_apartado_1_definiciones](https://www.achpr.org/legalinstruments/detail?id=2_apartado_1_definiciones).

2. METODOLOGÍA

Este informe es uno de los diversos documentos publicados por Amnistía Internacional desde marzo de 2020 sobre cuestiones de derechos humanos relacionadas con el impacto de la COVID-19 sobre comunidades y personas marginadas.²⁰ Su objetivo es presentar una panorámica general y no un análisis exhaustivo país por país.

A tal fin, se basa en la información recibida por Amnistía Internacional en respuesta a una encuesta en línea que se hizo llegar entre mayo y septiembre de 2021 a diversas organizaciones asociadas que trabajaban con personas afectadas por la criminalización injusta. En total, recibimos 54 respuestas de organizaciones de la sociedad civil que trabajan en cuestiones como los derechos de las trabajadoras y los trabajadores sexuales, los derechos LGBTI, la reforma de las políticas sobre drogas, las personas sin hogar, la justicia racial, los derechos de los pueblos indígenas, la discriminación basada en el empleo y la ascendencia, y los derechos sexuales y reproductivos. Algunas de estas organizaciones eran de base comunitaria, mientras que otras tenían carácter nacional o regional, o bien eran ONG y coaliciones internacionales, y su información abarcó 28 países y territorios: Angola, Argentina, Australia, Belice, Brasil, Camboya, Canadá, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos, Hong Kong, India, Indonesia, Kirguistán, México, Mozambique, Nepal, Nicaragua, Nigeria, Países Bajos, Panamá, Perú, Polonia, República Dominicana, Sudáfrica, Tayikistán, Zambia y Zimbabue. Algunas de las personas y organizaciones participantes a las que se hace referencia en este y otros informes prefirieron mantenerse en el anonimato por razones de seguridad.

La encuesta estaba disponible en cinco idiomas (español, francés, inglés, portugués y ruso) e incluía preguntas tanto abiertas como de respuestas múltiples sobre la forma en que los gobiernos habían aplicado las normativas de salud pública relacionadas con la COVID-19 y las repercusiones de la pandemia para las organizaciones en cuestión y sobre la vida de las personas con las que trabajaban. Asimismo, se solicitaba información sobre los cambios positivos o las medidas innovadoras adoptadas por los gobiernos o por otras partes interesadas que hubieran empoderado y apoyado a comunidades marginadas.

Para la elaboración de este informe se consultaron numerosos artículos de medios de comunicación y académicos, así como informes y declaraciones de la sociedad civil y de mecanismos internacionales relacionados con la COVID-19, a lo que se sumaron las investigaciones de Amnistía Internacional y de varias organizaciones más sobre el impacto de la pandemia y, en concreto, el sufrido por las personas injustamente criminalizadas. Por último, para confirmar la información extraída de la encuesta y de la lectura de la documentación, Amnistía Internacional también habló con varias organizaciones internacionales, especialistas y organizaciones de la sociedad civil dedicadas a cuestiones similares. Sus observaciones se reflejan asimismo en los hallazgos y las conclusiones de este informe.

AGRADECIMIENTOS

Amnistía Internacional da las gracias a todas las organizaciones de la sociedad civil que hablaron con ella y compartieron sus experiencias o apoyaron el desarrollo de esta investigación, incluidas las más de 50 organizaciones que respondieron a la encuesta y participaron en entrevistas y debates. Esta investigación no habría sido posible sin la inestimable participación y colaboración de las numerosas organizaciones y defensores o defensoras de los derechos humanos de todo el mundo que han asumido el compromiso de luchar contra la criminalización injusta.

²⁰ Amnistía Internacional, archivo de investigación sobre la COVID-19, <https://www.amnesty.org/es/topic/covid-19/>.

3. LA CRIMINALIZACIÓN INJUSTA COMO RIESGO PARA LA SALUD Y LOS DERECHOS HUMANOS

“Varias entidades y mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas han hecho un llamamiento al cierre inmediato de los centros de detención obligatoria para drogodependientes, a la progresiva despenalización de los delitos no violentos relacionados con las drogas, la actividad sexual entre personas del mismo sexo y el trabajo sexual, y al reconocimiento jurídico de las personas transgénero”.

Ex relator especial de la ONU sobre el derecho a la salud.²¹

La criminalización injusta es una barrera para la realización de los derechos humanos de las personas, incluido su derecho a la salud. Por más que dicha criminalización se disfraze con frecuencia de medida beneficiosa para el interés público —por ejemplo, para proteger la “salud pública” o “la moral pública”—, normalmente esos argumentos no se basan en datos contrastados. De hecho, este tipo de planteamientos suele agravar el problema subyacente de salud pública al impedir que se presten servicios efectivos de salud, y fomentar, además, toda una serie de abusos contra los derechos humanos, incluidos detenciones y reclusiones arbitrarias, hostigamiento, estigmatización, discriminación y violencia.²²

Las investigaciones tanto de Amnistía Internacional como de terceros han documentado los daños de la criminalización injusta en contextos diferentes y complejos. Los planteamientos punitivos no tienen en cuenta aspectos sociales, económicos y personales —incluidos el estigma y la discriminación— que determinan la vida de la persona. Además, el hecho de entrar en contacto con el sistema de justicia penal puede perpetuar ciclos que conducen al deterioro de la salud.²³

Un ejemplo claro de este fenómeno es la criminalización del aborto. Por ejemplo, las leyes restrictivas sobre el aborto —es decir, las que se presentan como excepciones a la legislación penal general y permiten abortar sólo en “circunstancias excepcionales” como amenaza para la salud o la vida de la persona embarazada, embarazo derivado de violación o malformación del feto— repercuten negativamente en las personas embarazadas y, en especial, en las más marginadas. Cuando el acceso al aborto se limita a unos supuestos concretos, las personas que viven en la pobreza o están marginadas y no pueden acceder a servicios de aborto por otras vías se ven obligadas a recurrir a abortos inseguros, con lo que ponen en peligro su vida y su salud, y aumenta el riesgo de ser enjuiciadas y castigadas.

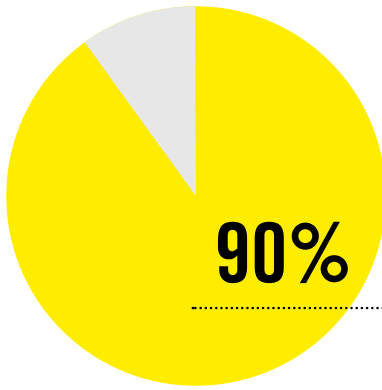
Conscientes de ello, los órganos de derechos humanos de la ONU piden de forma creciente la despenalización total del aborto y que se garantice el acceso a servicios de aborto seguro a cualquier persona que lo necesite, sin límites, obstáculos ni discriminación.²⁴ De igual forma, Amnistía Internacional pide que se elimine el aborto de la legislación y las políticas penales y punitivas, y que los Estados dejen de castigar a quienes necesitan abortar y a quienes obtienen esos servicios, colaboran en ellos o los prestan. Para proteger los derechos humanos, incluidos los relativos a la dignidad, a no sufrir discriminación y a la salud, es esencial despenalizar por completo el aborto.

21 Informe del relator especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Pūras, 16 de julio de 2020, doc. ONU A/75/163, párr. 98 <https://undocs.org/A/75/163>

22 Amnistía Internacional, *Políticas del cuerpo. Manual general sobre la criminalización de la sexualidad y la reproducción* (Índice: POL 40/7763/2018), 12 de mayo de 2018, <https://www.amnesty.org/es/documents/pol40/7763/2018/es/>; Amnistía Internacional, *Política de Amnistía Internacional sobre la obligación del Estado de respetar, proteger y realizar los derechos humanos de las personas dedicadas al trabajo sexual* (Índice: POL 30/4062/2016), 26 de mayo de 2016, [amnesty.org/es/documents/pol30/4062/2016/es/](https://www.amnesty.org/es/documents/pol30/4062/2016/es/); Amnistía Internacional, *Política de Amnistía Internacional sobre el aborto* (Índice: POL 30/2846/2020), 28 de septiembre de 2020, [amnesty.org/en/documents/pol30/2846/2020/en/](https://www.amnesty.org/en/documents/pol30/2846/2020/en/); Amnistía Internacional, *Human Rights and Drug Policy: A Paradigm Shift* (Índice: POL 30/1130/2019), 20 de septiembre de 2019, [amnesty.org/download/Documents/POL3011302019ENGLISH.pdf](https://www.amnesty.org/download/Documents/POL3011302019ENGLISH.pdf).

23 Jessica Bresler y Leo Beletsky, “COVID-19, Incarceration, and the Criminal Legal System”, capítulo 33, *Covid-19 Policy Playbook VI: Legal Recommendations for a Safer, More Equitable Future*, marzo de 2021, <https://www.publichealthlawwatch.org/covid19-policy-playbook>, pág. 205, donde se dice: “[E]stá documentado que el contacto con el sistema de justicia penal tiene consecuencias perniciosas para la salud de las personas y las comunidades”

24 Véanse, por ejemplo, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general núm. 22 (2016) relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, doc. ONU E/C.12/GC/22; Comité de los Derechos del Niño de la ONU, *Observación general núm. 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia*, doc. ONU CRC/C/GC/20, párr. 60; Comité de la ONU para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación general núm. 30 sobre las mujeres en la prevención de conflictos y en situaciones de conflicto y posteriores a conflictos*, 2013, doc. ONU. CEDAW/C/GC/30, párr. 52(c).



La inmensa mayoría de las organizaciones que respondieron a la encuesta de Amnistía Internacional (el 90%) afirmaron que, antes incluso de la pandemia, los miembros de las comunidades con las trabajaban estrechamente experimentaban dificultades para acceder a servicios de salud,²⁵ y sufrían violencia, estigma y discriminación debido a su criminalización y marginación.²⁶ Esto incluía denuncias de abusos a manos de funcionarios encargados de hacer cumplir la ley que a menudo quedaban impunes.

Por ejemplo, el Sindicato del Trabajo Sexual de Francia (STRASS, por sus siglas en francés), establecido por trabajadoras y trabajadores sexuales, resaltó que las leyes que penalizan el trabajo sexual han dado lugar a detenciones, multas, hostigamiento policial (especialmente de migrantes), estigmatización y discriminación ante la ley, sobre todo en materia de vivienda y servicios bancarios. También afirmó que las autoridades habían obstaculizado el derecho a la vivienda y a la vida privada y familiar de los trabajadores y trabajadoras sexuales durante la pandemia.²⁷

Una organización de defensa de la salud pública y los derechos humanos de Tayikistán explicó que las personas LGBTI residentes en el país son detenidas, chantajeadas, extorsionadas, estigmatizadas y discriminadas en el trabajo, la escuela y las instituciones de salud, y que viven con el temor de que se haga pública su condición y sean incluidas en el registro LGBTI del país.²⁸

Los órganos de derechos humanos de la ONU vienen pidiendo de forma creciente la despenalización total del aborto y que se garantice el acceso a un aborto sin riesgos para todas las personas embarazadas que lo necesiten sin restricciones, obstáculos ni discriminación. Amnistía Internacional pide también que se elimine el aborto de la legislación y las políticas penales y punitivas, y que los Estados dejen de castigar a quienes necesitan abortar y a quienes obtienen un aborto, colaboran en él o lo proporcionan. La despenalización total del aborto es esencial para proteger los derechos humanos, incluidos los relativos a la dignidad, a no sufrir discriminación y a la salud.

25 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

26 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

27 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Francia.

28 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Tayikistán; véase también, ILGA Europe, *Annual Review of the Human Rights Situation of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans, and Intersex People in Tajikistan covering the period of January to December 2018*, donde se señala que, aunque las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo no están prohibidas por ley en Tayikistán desde 1998, las personas LGBTI sufren discriminación, intimidación, chantaje y extorsión, detenciones y torturas, <https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/tajikistan.pdf>.

4. ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

Es sabido que una de las formas en que los planteamientos punitivos a la salud pública pueden frustrar el objetivo de las medidas de protección de la salud es que suelen fomentar el estigma y el temor, y minan la confianza en las autoridades.

Las lecciones aprendidas de anteriores emergencias de salud pública y de las iniciativas de control de éstas han demostrado que el estigma asociado a grupos criminalizados —como las personas que consumen drogas, las que quieren abortar, la población LGBTI y los trabajadores y trabajadoras sexuales— ahuyenta a las personas de las autoridades sanitarias. Además, ese estigma las disuade de someterse a pruebas médicas y de solicitar atención médica por temor a la detención, la reclusión o a otras medidas punitivas.²⁹ Esto resulta contraproducente desde el punto de vista de la salud pública, ya que impulsa aún más el contagio.

Las conclusiones de la encuesta de Amnistía Internacional apuntan a riesgos similares en el contexto de las repuestas punitivas de los Estados a la COVID-19.

Un total de 36 organizaciones comunicaron que las personas con las que trabajaban sintieron más temor a ser discriminadas y hostigadas durante la pandemia; 28 informaron de actos de violencia y 15 aportaron ejemplos de personas culpadas de contagios de COVID-19.³⁰

Durante la pandemia de COVID-19, la desinformación viene siendo la norma.³¹ Las comunidades marginadas, entre ellas las excluidas debido a la criminalización injusta, son a menudo las más afectadas por los rumores falsos, el discurso de odio y la desinformación.³² Al igual que en anteriores pandemias, la desinformación ha avivado una vez más estigmas preexistentes en un contexto en el que ya estaba extendida la política de demonización.³³

Por ejemplo, quienes respondieron a la encuesta afirmaron que los trabajadores y las trabajadoras sexuales habían sufrido más violencia y abusos, y que, en numerosos contextos, los habían acusado de propagar la COVID-19. Esta violencia se ha visto sustentada por una discriminación arraigada tanto en la ley como en la práctica. Una organización de Argentina informó de que la violencia policial se había intensificado y afirmó: “La violencia institucional contra las trabajadoras y los trabajadores sexuales ha aumentado radicalmente. Muchos de ellos son hostigados cuando van al supermercado, a la farmacia o al comedor popular”.³⁴ Anprosex, organización que representa a los trabajadores y las trabajadoras sexuales de Brasil, explicó a Amnistía Internacional que las autoridades se habían referido a esas personas como “las mayores transmisoras de la COVID-19” y habían pedido que dejaran de trabajar, pues “de lo contrario, el virus no desaparecerá nunca”.³⁵ La Alianza Canadiense por la Reforma de la Legislación sobre Trabajo Sexual refirió, en abril de 2020, que “las autoridades de salud pública habían instado injustamente a ‘la ciudadanía’ a ponerse en contacto con la policía y las entidades encargadas de hacer cumplir la ley para denunciar establecimientos de trabajo sexual”.³⁶

29 ONUSIDA, Los Derechos Humanos en tiempos de COVID-19 — Lecciones del VIH para una respuesta efectiva dirigida por la comunidad, 2020, <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2020/human-rights-and-covid-19>.

30 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

31 Amnistía Internacional, *Silenciamiento y desinformación: La libertad de expresión, en peligro durante la pandemia de COVID-19* (Índice: POL 30/4751/2021), 19 de octubre de 2021, [amnesty.org/es/documents/pol30/4751/2021/es/](https://www.amnesty.org/es/documents/pol30/4751/2021/es/). Este documento revela cómo el empleo de la censura y el castigo por los gobiernos y las autoridades durante la crisis ha reducido la calidad de la información que llega a la población.

32 InterAction, *Countering Stigmatization in the Humanitarian Response to Covid-19*, Protection Working Group, 10 de octubre de 2020, [interaction.org/wp-content/uploads/2020/10/Countering-Stigmatization-in-the-Humanitarian-Response-to-COVID19-1.pdf](https://www.interaction.org/wp-content/uploads/2020/10/Countering-Stigmatization-in-the-Humanitarian-Response-to-COVID19-1.pdf).

33 Lawrence R. Poos, “Lessons from past pandemics: Disinformation, scapegoating, and social distancing”, Brookings, 16 de marzo de 2020, [brookings.edu/blog/techtank/2020/03/16/lessons-from-past-pandemics-disinformation-scapegoating-and-social-distancing/](https://www.brookings.edu/blog/techtank/2020/03/16/lessons-from-past-pandemics-disinformation-scapegoating-and-social-distancing/).

34 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Argentina.

35 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Brasil.

36 Amnistía Internacional Canadá, *The rights of sex workers are being ignored in the COVID-19 response: In conversation with Jenn Clamen of the Canadian Alliance for Sex Work Law Reform*, 23 de abril de 2020, [amnesty.ca/blog/womens-human-rights/rights-sex-workers-are-being-ignored-covid-19-response-conversation-jenn-clamen-canadian/](https://www.amnesty.ca/blog/womens-human-rights/rights-sex-workers-are-being-ignored-covid-19-response-conversation-jenn-clamen-canadian/).

Las investigaciones de otras organizaciones de trabajo sexual han planteado motivos de preocupación similares. La Alianza Africana de Trabajadoras y Trabajadores Sexuales (ASWA) afirmó recibir denuncias a diario de actos de violencia contra trabajadoras o trabajadores sexuales en relación con la COVID-19.³⁷ En Noruega, la organización de derechos de los trabajadores y las trabajadoras sexuales PION informó de que los organismos encargados de hacer cumplir la ley vigilaban en especial a las trabajadoras y los trabajadores sexuales para cerciorarse de que cumplían las cuarentenas y las normas de salud pública relacionadas con la COVID-19³⁸ y de que la policía había intentado justificar esto en los medios de comunicación utilizando un lenguaje estigmatizador y refiriéndose, por ejemplo, a quienes ejercen el trabajo sexual como “bombas de contagio” y “amenazas para la salud pública”.³⁹

Las organizaciones han expresado preocupaciones similares sobre el aumento de la estigmatización y la discriminación de las personas LGBTI en el contexto de la pandemia de COVID-19. En India, se informó de que el estigma contra las personas transgénero guardaba relación con unos carteles colocados en las columnas del metro de la ciudad de Hyderabad en marzo de 2020 en los que se advertía de que “quienes hablen con personas transgénero se contagiarán de COVID-19”. Amnistía Internacional documentó cómo este hecho había desembocado en que ciertos complejos residenciales pidieran a las personas transgénero que se marcharan de las viviendas que tenían alquiladas.⁴⁰

En algunos países, los gobiernos han aprovechado las restricciones relacionadas con la COVID-19 para perpetuar el estigma, la discriminación y la violencia contra la población LGBTI. Por ejemplo, los defensores y defensoras de la salud pública y los derechos LGBTI se mostraron preocupados por los procesos de rastreo de contactos establecidos por el gobierno surcoreano, que publicó datos basados en “los GPS e historiales de desplazamiento de los teléfonos móviles, y en las transacciones realizadas con tarjeta de crédito... [y que] parecían centrarse en la comunidad LGBTQ+”.⁴¹ Por su parte, Amnistía Internacional expresó alarma por el repunte de la homofobia observado tras un caso ocurrido en 2020 en el que se culpó a la población LGBTI de propagar la COVID-19 tras haber dado positivo en COVID-19 una persona que había visitado un local nocturno gay, cuya información de contacto y de ubicación reveló el gobierno.⁴² Se informó de incidentes similares contra las personas LGBTI en Belice, Filipinas y Uganda.⁴³ En Kazajistán, una ONG que prestaba servicios de apoyo e investigación sobre la prevención del VIH expresó preocupación porque la respuesta del gobierno a la COVID-19 había exacerbado la discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género.⁴⁴

La Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex informó de discursos de odio de dirigentes políticos y religiosos en al menos 12 países de Europa y Asia Central. Asimismo, advirtió de que la crisis de salud de la COVID-19 “estaba siendo aprovechada por dirigentes religiosos y políticos y gobiernos hostiles como una oportunidad más para culpar a la población LGBTI de problemas sociales” y estaba “avivando aún más el odio contra las personas LGBTI”.⁴⁵

37 Alianza Africana de Trabajadoras y Trabajadores Sexuales (ASWA), *ASWA Research sobre el impacto de COVID-19 en las trabajadoras sexuales en África*, 14 de julio de 2021, <http://aswaalliance.org/aswa-research-on-the-impact-of-covid-19-on-sex-workers-in-africa/>, sobre una encuesta de ASWA que recibió 27 respuestas.

38 Comité Internacional por los Derechos de las/los Trabajadoras/es Sexuales en Europa (ICRSE), *Sex workers on the frontline: The role of sex worker rights groups in providing support during the COVID-19 crisis in Europe*, marzo de 2021, eswalliance.org/sex_workers_on_the_frontlines.

39 PION, *Arrestos y deportaciones de trabajadoras sexuales en Noruega*, 21 de enero de 2021, <http://www.pion-norge.no/aktuelt/arrests-and-deportations-of-sex-workers-in-norway>.

40 Amnistía Internacional India, *As The World Comes Together, India's Transgender Community Fights COVID-19 Alone*, 1 de abril de 2020, web.archive.org/web/20200402052833/https://amnesty.org.in/as-the-world-comes-together-indias-transgender-community-fights-covid-19-alone/; Donita Jose, “Transgenders shocked by hate posters in Hyderabad amid coronavirus fear”, *New Indian Express*, 30 de marzo de 2020, newindianexpress.com/cities/hyderabad/2020/mar/30/transgenders-shocked-by-hate-posters-in-hyderabad-amid-coronavirus-fear-2123284.html.

41 Sara Wallach et al., “Address Exacerbated Health Disparities and Risks to LGBTQ+ Individuals during COVID-19”, *Health and Human Rights Journal* (volumen 22/2), diciembre de 2020, hhrjournal.org/2020/08/address-exacerbated-health-disparities-and-risks-to-lgbtq-individuals-during-covid-19/, páginas 313-316.

42 Amnistía Internacional, *South Korea: 7-Point Human Rights Agenda for Presidential Candidates* (Índice: ASA 25/5176/2022), 2022, amnesty.org/en/wp-content/uploads/2022/02/ASA2551762022ENGLISH.pdf; Jason Strother, “South Korea’s coronavirus contact tracing puts LGBTQ community under surveillance, critics say”, *The World*, 22 de mayo de 2020, theworld.org/stories/2020-05-22/south-korea-s-coronavirus-contact-tracing-puts-lgbtq-community-under-surveillance.

43 El Centro Asia comunicó que en Filipinas “se había perseguido a la comunidad LGBTQI+ por ignorar supuestamente las advertencias sobre viajes y salud en relación con la COVID-19 [...]. Tras detener a tres personas LGBTQI+ por estar en la calle tras el toque de queda, el agente de barangay las obligó a besarse, bailar y hacer flexiones en directo en una red social (ABSCBN News, 2020)”; véase Centro Asia, *The Securitisation of COVID-19 Health Protocols: Policing the Vulnerable, Infringing their Rights*, 24 de agosto de 2021, asiacentre.org/the-securitisation-of-covid-19-health-protocols-policing-the-vulnerable-infringing-their-rights/, página 38. En Uganda, unas personas LGBTI fueron arrestadas en el refugio en el que vivían, con la excusa de que eran responsables de “un acto negligente que probablemente propagaría el contagio de la enfermedad” y de “desobediencia de órdenes lícitas”. Véase Amnistía Internacional, *Protecting the Human Rights of LGBTI People During the Covid-19 Pandemic* (Índice: POL 30/2340/2020), 19 de junio de 2020.

44 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Kazajistán sobre la detención de unas personas que habían visitado un club gay.

45 ILGA Europa, *COVID-19 impacts on LGBTI communities in Europe and Central Asia: A rapid assessment report*, 19 de junio de 2020, ilga-europe.org/sites/default/files/covid19-lgbti-assessment-2020.pdf, con información sobre dirigentes religiosos de Alemania, Bulgaria, Georgia, Italia, Moldavia, Macedonia del Norte, Montenegro, Polonia, Rusia, Turquía y Ucrania.

Varios gobiernos explotaron las alteraciones causadas por la pandemia para aplicar políticas contra la población LGBTI. El gobierno húngaro introdujo una serie de reformas legales discriminatorias contra la población LGBTI; por ejemplo, en marzo de 2020, prohibió el reconocimiento legal de la identidad de género de las personas trans y, en junio de 2021, prohibió dirigir a menores de edad contenidos de enseñanza y publicidad de los que se considerara que “popularizaban” o incluso mostraban conductas homosexuales consentidas o de afirmación de género.⁴⁶ En Polonia, varios gobiernos locales se declararon “zonas libres de LGBTI”, y el presidente Andrzej Duda hizo apología del odio contra la población LGBTI durante la campaña para su reelección.⁴⁷ Asimismo, en Rumania el Parlamento aprobó, sin ningún debate público, una ley que prohibía la enseñanza y la formación sobre identidad de género⁴⁸ que más tarde fue declarada inconstitucional por el Tribunal Constitucional.

Personalidades políticas y religiosas han utilizado también la COVID-19 como pretexto para propugnar el odio contra la población LGBTI, a la que han culpado de la pandemia.⁴⁹ Por ejemplo, la ONG internacional Front Line Defenders concluyó que “las comunidades LGBTIQ+ y de trabajo sexual de más 10 países —entre ellos Estados Unidos, Israel, Kenia, México, Turquía y Uganda— habían denunciado casos de difamación y agresiones verbales de autoridades públicas y dirigentes religiosos en relación con la COVID-19”.⁵⁰

Al principio de la pandemia, algunos países de Centroamérica y Sudamérica, como Perú, Colombia y Panamá, designaron días concretos para que hombres y mujeres salieran de sus domicilios para llevar a cabo tareas esenciales. Esta medida expuso a las personas trans a abusos, extorsión y hostigamiento.⁵¹ En Colombia⁵² y Panamá, las organizaciones de la sociedad civil denunciaron que la norma “pico y género”, que permitía a los hombres salir de casa a comprar comida y medicamentos ciertos días y a las mujeres, otros, había afectado de manera desproporcionada a las mujeres trans.⁵³ Como nota positiva, cabe mencionar que el gobierno de Panamá reconoció, en julio de 2021, que esa política había avivado la transfobia, y afirmó que Panamá respetaba la “diversidad de identidad y expresión”. Además, anunció sanciones para quienes fueran hallados culpables de discriminación.⁵⁴

46 Amnistía Internacional, *Hungría: La propuesta de ley es un nuevo ataque frontal al colectivo LGBTI*, 11 de junio de 2021, <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2021/06/hungary-proposed-law-a-new-full-frontal-attack-against-lgbt-people/>; véase también [euronews.com/2020/12/03/hungary-needs-the-power-of-love-not-viktor-orban-s-love-for-power-view](https://www.euronews.com/2020/12/03/hungary-needs-the-power-of-love-not-viktor-orban-s-love-for-power-view).

47 Informe 2020/21 de Amnistía Internacional, perspectiva regional de Europa y Asia Central, <https://www.amnesty.org/es/location/europe-and-central-asia/report-europe-and-central-asia/>

48 Informe 2020/21 de Amnistía Internacional, apartado sobre Rumania, <https://www.amnesty.org/es/location/europe-and-central-asia/romania/report-romania/>.

49 Experto independiente de la ONU sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, Informe ante la Asamblea General de la ONU en el que se abordan las repercusiones de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) en los derechos humanos de las personas, comunidades o poblaciones lesbianas, gais, bisexuales y trans (LGTB), *doc. ONU A/75/258*, 28 de julio de 2020, undocs.org/A/75/258.

50 Front Line Defenders, *LGBTIQ+ and Sex Worker Rights: Defenders At Risk During Covid-19*, diciembre de 2020, frontlinedefenders.org/sites/default/files/front_line_defenders_covid-19.pdf, pág.17 (en la que se cita el documento de la OACNUDH *Covid-19 y los derechos humanos de las personas LGBTI*, 17 de abril de 2020, https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/LGBT/LGBTpeople_ES.pdf).

51 Amnistía Internacional, *Los gobiernos no han protegido a las personas trans del asesinato ni de la COVID-19*, 20 de noviembre de 2020, <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2020/11/governments-have-failed-to-protect-trans-people-from-murder-and-from-covid19/>.

52 *El Tiempo*, “Estos son los ‘pico y cédula’ que rigen en Colombia durante cuarentena”, 21 de julio de 2020, [eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/pico-y-cedula-pico-y-genero-conozca-la-restriccion-en-cada-ciudad-de-colombia-484516](https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/pico-y-cedula-pico-y-genero-conozca-la-restriccion-en-cada-ciudad-de-colombia-484516).

53 Sharifah Sekalala *et al.*, “Health and human rights are inextricably linked in the COVID-19 response”, *BMJ Global Health*, 2020 (donde se citan los documentos de Human Rights Watch [hrw.org/news/2020/04/02/panamas-gender-based-quarantine-ensnares-trans-woman](https://www.hrw.org/news/2020/04/02/panamas-gender-based-quarantine-ensnares-trans-woman) y [hrw.org/news/2020/05/28/myanmar-hundreds-jailed-covid-19-violations](https://www.hrw.org/news/2020/05/28/myanmar-hundreds-jailed-covid-19-violations)).

54 Hannah Summers, “Panama’s trans community failed by gendered lockdown measures – report”, *The Guardian*, 30 de septiembre de 2020, [theguardian.com/global-development/2020/sep/30/panamas-trans-community-failed-by-gendered-lockdown-measures-report](https://www.theguardian.com/global-development/2020/sep/30/panamas-trans-community-failed-by-gendered-lockdown-measures-report).

También hablaron del aumento de la discriminación, la desinformación y el estigma comunidades de personas que consumen drogas y organizaciones que defienden sus derechos. En respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, la Red Latinoamericana y del Caribe de Personas que usan Drogas (LANPUD) explicó que las respuestas de los Estados a la COVID-19 habían tenido el efecto de multiplicar los casos de humillación pública y violencia contra personas consumidoras o poseedoras de drogas por parte de funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, así como un aumento del número de detenciones, registros y actos de hostigamiento en un contexto de cierre o reducción del acceso a los servicios de salud y reducción del daño.⁵⁵

“NO PARAMOS DE OÍR EN LA CALLE QUE NOSOTRAS [LAS PERSONAS CONSUMIDORAS DE DROGAS] SOMOS QUIENES CONTAGIAMOS LA ENFERMEDAD, QUE NO NOS HACEMOS LA PRUEBA NI LLEVAMOS MASCARILLA, Y QUE VIVIMOS APIÑADAS. PERO NO NOS DAN NINGUNA AYUDA.”⁵⁶

Trabajadora social en una sala de consumo supervisado de Montreal (Canadá).

Una encuesta realizada por la Red Internacional de Personas que Usan Drogas (INPUD) concluyó que el 38% de las personas de todo el mundo que respondieron a ella había percibido un aumento del estigma y la

discriminación relacionados con las drogas durante la pandemia de COVID-19.⁵⁷ A escala mundial, el estigma asociado a las personas que consumen drogas ha llevado a la reducción del acceso a atención médica y a la limitación de su capacidad para tomar decisiones sobre su propio tratamiento unida al aumento del riesgo de ser sometidas a tratamiento forzado u obligatorio. Por su parte, la Red de Profesionales Noveles de la Medicina de Adicciones (NECPAM) informó de que, durante la pandemia de COVID-19, las necesidades de las personas que consumen drogas no tuvieron un papel significativo en la elaboración de políticas porque se las suele considerar menos merecedoras de atención.⁵⁸

Las investigaciones de Amnistía Internacional han demostrado que, en gran medida, los gobiernos no han tenido en cuenta las prácticas óptimas aprendidas en anteriores emergencias de salud pública sobre la importancia de respetar los derechos humanos, garantizar el empoderamiento y la relación con las comunidades, y aplicar políticas que fomenten la confianza y la solidaridad en toda la población. Por ejemplo, las iniciativas de reducción de infecciones por VIH han subrayado la necesidad de eliminar las “leyes, políticas y prácticas punitivas que impiden una respuesta efectiva al sida”⁵⁹ y de incluir a los grupos marginados y con mayor riesgo de infección como “socios esenciales de cualquier política efectiva”.⁶⁰

El recurso de los Estados a planteamientos de aplicación coercitiva de medidas de salud pública puede socavar la eficacia de las respuestas y, en el contexto de la COVID-19, ha aumentado a menudo el estigma y la discriminación de las personas afectadas por la criminalización injusta.⁶¹ Además, esos planteamientos han infundido temor y socavado la confianza en las autoridades, lo cual puede obstaculizar la facilitación de información fiable y precisa sobre salud pública, reducir el acceso a los servicios y minar el derecho a la salud.

55 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Latinoamérica.

56 Entrevista de Amnistía Internacional a una trabajadora social en el centro de salud comunitaria Le DISPENSAIRE Centre de Santé Communautaire, Canadá, 18 de agosto de 2021.

57 INPUD, *Online Survey on Covid-19 & People who Use Drugs Data Report 1*, junio de 2020, drugsandalcohol.ie/32290/1/INPUD_COVID-19_Survey_DataReport1.pdf pág. 17.

58 Lisa Dannatt *et al.*, “The Impact of Stigma on Treatment Services for People With Substance Use Disorders During the COVID-19 Pandemic – Perspectives of NECPAM Members”, *Frontiers in Psychiatry*, vol. 12, 2021, [frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2021.634515](https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.634515).

59 ONUSIDA, *Grupos de población clave*, <https://www.unaids.org/es/topic/key-populations>.

60 OMS, *Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave*. Julio del 2016, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49094>.

61 Umberto Pellicchia *et al.*, “Social Consequences of Ebola Containment Measures in Liberia”, *Plos One* volumen 1, número 12, diciembre de 2015; Patrick M Eba, “Ebola and human rights in west Africa”, *The Lancet*, volumen 384, número 9960, páginas 2091-2093, [doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61412-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61412-4); Comisión Global sobre VIH y Derecho, *Riesgos, derechos y salud*, 2012, hivlawcommission.org/report; Robyn Martin, “The Exercise of Public Health Powers in Cases of Infectious Disease: Human Rights Implications”, *Medical Law Review*, volumen 14, número 1, 1 de marzo de 2006, <https://academic.oup.com/medlaw/article/14/1/132/990506>, páginas 132-143.

5. APLICACIÓN DE LAS RESTRICCIONES: CASTIGO EN LUGAR DE AYUDA

“Los Estados deben promover medidas de apoyo a los objetivos de salud pública que no se basen en la criminalización y en la actuación policial”.⁶²

Fair Trials

Los gobiernos de todo el mundo tomaron medidas urgentes y extraordinarias para responder a la crisis de la COVID-19 a fin de ralentizar la propagación del virus y romper las cadenas de transmisión de persona a persona; la mayoría optó por leyes punitivas para aplicar el cumplimiento.⁶³ En contextos de pobreza y marginación, cumplir esas medidas era difícil, si no imposible, sin ayuda del Estado. La decisión de recurrir al castigo en lugar de a la ayuda propició un entorno en el que aumentó el riesgo de criminalización y de violaciones de los derechos humanos.

Las entidades que participaron en la encuesta mencionaron como ejemplos de medidas de salud pública y sociales los confinamientos domiciliarios, los cierres de escuelas, los toques de queda, el aislamiento obligatorio en el domicilio o en centros de cuarentena y, en algunos casos, el confinamiento forzoso en campos o en otros centros del Estado. Otras medidas habituales fueron la limitación de las reuniones, para lo que se cerraron bares, restaurantes, mercados y otros lugares de trabajo, y se prohibieron las reuniones públicas y las manifestaciones.⁶⁴

Estas medidas repercutieron con especial gravedad en la capacidad de las personas que viven en la pobreza y otras comunidades marginadas de trabajar y mantenerse a ellas mismas y a sus familias. Amnistía Internacional ha documentado cómo los confinamientos y los toques de queda han hecho perder sus ingresos a numerosos trabajadores y trabajadoras de la economía informal, que tampoco pudieron acogerse a una protección social adecuada. Por ejemplo, en toda África, los toques de

queda, confinamientos y órdenes de permanecer en casa tuvieron un impacto desproporcionado sobre las personas que trabajaban en la economía informal, que constituían el 71% de la fuerza laboral de la región.⁶⁵ Muchas de estas personas perdieron sus medios de sustento y sus ingresos, y no pudieron permitirse comprar alimentos ni otros productos esenciales. Esto afectó de manera desproporcionada a las mujeres y las niñas, que son mayoritarias en el sector informal de todo el mundo.⁶⁶

Los gobiernos de todo el planeta han recurrido sobre todo a las fuerzas de seguridad para aplicar las restricciones relacionadas con la COVID-19,⁶⁷ lo que ha creado un riesgo adicional de discriminación, detención y reclusión arbitrarias, uso excesivo de la fuerza y criminalización de grupos que ya estaban expuestos a una actuación policial excesiva o a prácticas policiales discriminatorias.⁶⁸

De conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos, cuando los Estados aplican medidas para hacer cumplir la ley, también por motivos de salud pública, éstas deben ajustarse a los principios de necesidad y proporcionalidad. Esto implica que tales medidas han de ser adecuadas para alcanzar su propósito legítimo, ser el instrumento menos intrusivo de los permitirían conseguir el resultado deseado, y guardar proporción con el interés legítimo que ha de protegerse.⁶⁹ Existen unos principios jurídicos internacionales consolidados que guían a los Estados en el cumplimiento de sus obligaciones en materia de derechos humanos que les instan igualmente a evitar una criminalización injustificada e innecesaria en relación

62 Fair Trials, *Beyond the emergency of the COVID-19 pandemic: Lessons for defence rights in Europe*, 2020 fairtrials.org/sites/default/files/publication_pdf/Beyond%20the%20emergency%20of%20the%20COVID-19%20pandemic.pdf.

63 Organización Mundial de la Salud, *Overview of Public Health and Social Measures in the context of COVID-19*, 18 de mayo de 2020, [who.int/publications/i/item/overview-of-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19](https://www.who.int/publications/i/item/overview-of-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19); Qulu Zheng et al., “HIT-COVID, a global database tracking public health interventions to COVID-19”, *Scientific Data* 7, 286 (2020) [nature.com/articles/s41597-020-00610-2](https://www.nature.com/articles/s41597-020-00610-2).

64 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

65 Organización Internacional del Trabajo (OIT), *Mujeres y hombres en la economía informal: Un panorama estadístico* (tercera edición), 2018, https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_635149.pdf, pág. 28.

66 OIT, *Mujeres y hombres en la economía informal: Un panorama estadístico* (tercera edición), 2018, pág. 28.

67 Amnistía Internacional, *Represión y COVID-19. Abusos policiales y pandemia* (Índice: ACT 30/3443/2020), 17 de diciembre de 2020, [amnesty.org/es/documents/act30/3443/2020/es/](https://www.amnesty.org/es/documents/act30/3443/2020/es/); Nina Sun y Joe Amon, “The WHO We Need for the Next Pandemic”, *Think Global Health*, 8 de mayo de 2020, thinkglobalhealth.org/article/who-we-need-next-pandemic.

68 Amnistía Internacional, *Represión y COVID-19. Abusos policiales y pandemia*, página 5; véase también Fair Trials, *Beyond the emergency of the COVID-19 pandemic: Lessons for defence rights in Europe*, 2020, fairtrials.org/sites/default/files/publication_pdf/Beyond%20the%20emergency%20of%20the%20COVID-19%20pandemic.pdf.

69 Comité de Derechos Humanos de la ONU, *Comentario general n° 27: Libertad de circulación (artículo 12)*, 1 de noviembre de 1999, doc. ONU CCPR/C/21/Rev.1/Add.9.

con la salud pública.⁷⁰ Pese a la naturaleza vinculante de estos requisitos y al creciente número de pruebas de su importancia recabadas en esta pandemia y otras anteriores, gobiernos de todo el mundo los han descatado ampliamente utilizando toda una serie de disposiciones jurídicas internas y políticas punitivas que contravienen el derecho y las normas internacionales de derechos humanos.

AUSENCIA DE SUPERVISIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

Los gobiernos han basado sus respuestas a la pandemia en diversos fundamentos jurídicos. Según la página de rastreo del Centro Internacional para la Ley sin Fines de Lucro, al menos 110 países declararon el estado de emergencia en respuesta a la COVID-19.⁷¹

Muchos gobiernos —entre ellos, los de Australia, Botsuana, Colombia, Finlandia, Francia, Italia, Kirguistán, Mozambique, Perú, República Dominicana y Venezuela— declararon el estado de excepción, que normalmente otorga facultades amplias a menudo indefinidas que en algunos casos usaron para imponer restricciones arbitrarias a los derechos humanos.⁷² Otros países, como India y Sudáfrica,

recurrieron a leyes existentes sobre gestión de catástrofes para emitir nuevas normativas con medidas y respuestas a la COVID-19.

Con independencia del régimen regulador concreto que se invocara, un común denominador del que han informado organizaciones de la sociedad civil de todo el mundo es que los Estados otorgaron facultades amplias y extraordinarias al poder ejecutivo para que tomara decisiones legales de obligado cumplimiento con supervisión limitada y sin tener en cuenta su impacto en los derechos humanos.

En un examen de la actividad policial respecto de las infracciones relacionadas con la COVID-19, la ONG Fair Trials concluyó que los “gobiernos europeos aprobaron a toda prisa nuevas leyes que criminalizaban el incumplimiento de las medidas relacionadas con la pandemia. Los Estados tipificaron nuevos delitos y ampliaron las facultades policiales, a menudo de manera apresurada, bajo el estado de excepción y con escasa supervisión parlamentaria, lo cual suscitó gran preocupación por el Estado de derecho”.⁷³ Países como Indonesia y Zimbabue recurrieron a leyes de salud pública existentes o a códigos penales que contenían disposiciones amplias y punitivas, como base fundamental de sus respuestas.⁷⁴

“Los gobiernos europeos aprobaron a toda prisa nuevas leyes que criminalizaban el incumplimiento de las medidas relacionadas con la pandemia”.⁷³

70 Principios de Siracusa, 1984, doc. ONU E/CN.4/1985/4; Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 43er periodo de sesiones, 1987, Principios de Limburgo relativos a la Aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, doc. ONU E/CN.4/1987/17, anexo en el que se facilita orientación interpretativa sobre el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales por los Estados.

71 Centro Internacional para la Ley sin Fines de Lucro, COVID-19 Civic Freedom Tracker, icnl.org/covid19tracker/?location=&issue=5&date=&type=.

72 Informe 2020/21 de Amnistía Internacional.

73 Véase Fair Trials, *Beyond the emergency of the COVID-19 pandemic: Lessons for defence rights in Europe*, 2020, fairtrials.org/sites/default/files/publication_pdf/Beyond%20the%20emergency%20of%20the%20COVID-19%20pandemic.pdf.

74 Informe 2020/21 de Amnistía Internacional; véase también Centro Internacional para la Ley sin Fines de Lucro, COVID-19 Civic Freedom Tracker, icnl.org/covid19tracker/?issue=5.

DISCRIMINATORIAS, INSEGURAS Y PUNITIVAS: CUARENTENAS OBLIGATORIAS EN CENTROS DEL ESTADO

En las Américas, muchos gobiernos adoptaron tácticas represivas para aplicar medidas de salud pública relacionadas con la pandemia.⁷⁵ En las primeras fases de la pandemia, Amnistía Internacional informó de que las detenciones arbitrarias se estaban haciendo más habituales, vinculadas a menudo a la aplicación de las restricciones implantadas para combatir la COVID-19.⁷⁶ Por ejemplo, en países como Argentina, El Salvador, Paraguay y Venezuela, miles de personas fueron sometidas a cuarentenas forzadas bajo custodia del ejército y la policía, en centros estatales que incumplían las normas sanitarias y de distancia física, lo cual podría haberse traducido en malos tratos y/o detención arbitraria.⁷⁷ Amnistía Internacional concluyó que, entre otras, las personas LGBTI, las que no se ajustaban a las convenciones de género, los trabajadores y las trabajadoras sexuales, las personas consumidoras de drogas y las que corrían riesgo de quedar sin hogar se ven especialmente afectadas por las violaciones de derechos humanos en este contexto.⁷⁸

EN EL SALVADOR, EL MINISTRO DE JUSTICIA Y SEGURIDAD PÚBLICA ADVIRTIÓ, EN ABRIL DE 2020, DE QUE LAS PERSONAS QUE INCUMPLIERAN EL CONFINAMIENTO NACIONAL SERÍAN ENVIADAS A UN CENTRO DE CONTENCIÓN “LEJOS DE SUS FAMILIAS, Y EN ESOS CENTROS DE CUARENTENA CORRE[RÍA]N TAMBIÉN EL RIESGO DE CONTRAER EL VIRUS”.⁷⁹

Esto indica que la cuarentena se consideraba un castigo por infringir las normas de salud pública y que las autoridades eran plenamente conscientes de que los centros carecían de las medidas adecuadas para prevenir contagios.⁸⁰ Según las cifras oficiales, más de 2.000 personas fueron recluidas en centros de cuarentena del Estado por presuntas violaciones de las cuarentenas nacionales obligatorias impuestas a finales de marzo de 2020, algunas de ellas durante periodos de hasta 40 días. El procurador para la Defensa de los Derechos Humanos de El Salvador recibió 406 denuncias relativas a la aplicación de las medidas de contención entre el 21 de marzo y el 12 de mayo de 2020, lo que suscitó la preocupación de que se estuviera deteniendo a personas en situación de especial vulnerabilidad, entre ellas migrantes, personas que vivían en la pobreza y en la pobreza extrema, mano de obra del sector informal y defensores o defensoras de los derechos humanos.⁸¹ De igual forma, el Programa Conjunto de la ONU sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) se mostró preocupado por la presencia de trabajadores y trabajadoras sexuales entre los cientos de personas detenidas por violación de las órdenes de confinamiento.⁸²

75 Amnistía Internacional, *Cuando la protección se vuelve represión. Cuarentenas obligatorias durante COVID-19 en las Américas* (índice: AMR 01/2991/2020), mayo de 2020, <https://www.amnesty.org/es/documents/amr01/2991/2020/es/>.

76 Amnistía Internacional, *Cuando la protección se vuelve represión. Cuarentenas obligatorias durante COVID-19 en las Américas*, 2020.

77 Amnistía Internacional, *Cuando la protección se vuelve represión. Cuarentenas obligatorias durante COVID-19 en las Américas*, 2020; Amnistía Internacional Argentina, *Formosa: Amnistía Internacional advierte sobre el uso desmedido de cuarentenas obligatorias en centros de aislamiento*, 21 de enero de 2021, amnistia.org.ar/formosa-amnistia-internacional-advierte-sobre-el-uso-desmedido-de-cuarentenas-obligatorias-en-centros-de-aislamiento/.

78 Amnistía Internacional, *Cuando la protección se vuelve represión. Cuarentenas obligatorias durante COVID-19 en las Américas*, 2020.

79 Amnistía Internacional, *Américas: Las autoridades convierten las cuarentenas gestionadas por el Estado en una forma de represión*, 21 de septiembre de 2020, [amnesty.org/es/latest/news/2020/09/americas-state-run-quarantines-form-repression/](https://www.amnesty.org/es/latest/news/2020/09/americas-state-run-quarantines-form-repression/); Informe 2020/21 de Amnistía Internacional, apartado sobre El Salvador, [amnesty.org/es/location/americas/central-america-and-the-caribbean/el-salvador/report-el-salvador/](https://www.amnesty.org/es/location/americas/central-america-and-the-caribbean/el-salvador/report-el-salvador/).

80 Amnistía Internacional, *Américas: Las autoridades convierten las cuarentenas gestionadas por el Estado en una forma de represión*, 21 de septiembre de 2020, [amnesty.org/es/latest/press-release/2020/09/americas-state-run-quarantines-form-repression/](https://www.amnesty.org/es/latest/press-release/2020/09/americas-state-run-quarantines-form-repression/); Informe 2020/21 de Amnistía Internacional, apartado sobre El Salvador, [amnesty.org/es/location/americas/central-america-and-the-caribbean/el-salvador/report-el-salvador/](https://www.amnesty.org/es/location/americas/central-america-and-the-caribbean/el-salvador/report-el-salvador/).

81 José Apolonio Tobar Serrano, procurador para la Defensa de los Derechos Humanos, San Salvador, junio de 2020, *Informe Preliminar Sobre COVID-19 y Derechos Humanos en El Salvador* pddh.gob.sv/portal/wp-content/uploads/2020/06/informe-preliminar-junio-2020.pdf, pág. 52.

82 UNUSIDA, *Derechos en pandemia: Cuarentenas, derechos y aprendizajes del VIH en la respuesta temprana a la COVID-19*, 2020, https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/rights-in-a-pandemic_es.pdf (donde se cita el documento de la Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual (NSWP), *Impacto COVID-19: El Salvador*, 2020, nswp.org/es/news/impacto-covid-19-el-salvador-0).

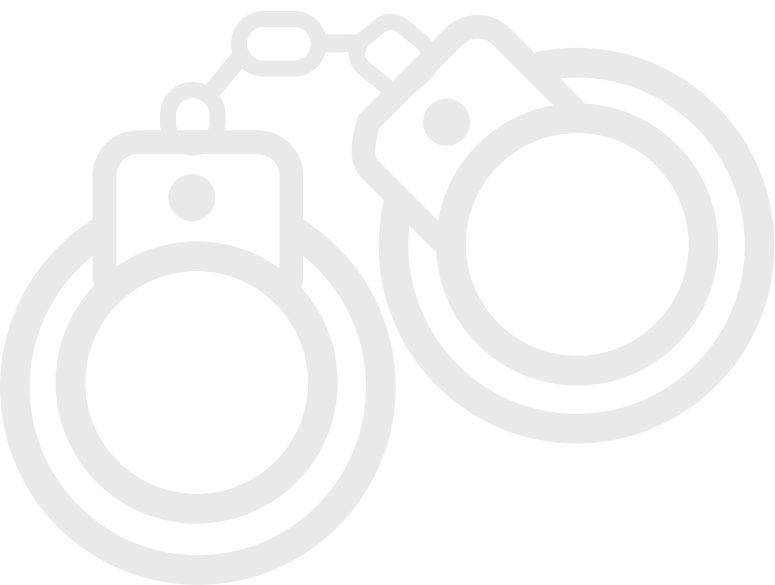
Esta dependencia del papel de los organismos encargados de hacer cumplir la ley y del ejército y el aumento de dicho papel durante la pandemia forman parte de un planteamiento centrado en la seguridad que Amnistía Internacional y otras organizaciones documentaron tras los atentados del 11 de septiembre en Estados Unidos, cuando los gobiernos orientaron su agenda al aumento de la seguridad, lo que, a su vez, condujo a una restricción generalizada del espacio cívico.⁸³ Desde ese momento, los gobiernos recurren también, cada vez en mayor medida, a las facultades de seguridad para responder a amenazas para la salud pública.⁸⁴ Desde el primer brote de COVID-19, a principios de 2020, esta constante no ha dejado de intensificarse. Por ejemplo, Amnistía Internacional ha informado de que, en la región de Asia y Oceanía, numerosos gobiernos respondieron a la pandemia de COVID-19 adoptando leyes de seguridad nacional represivas o de lucha contra el terrorismo o utilizándolas como arma.⁸⁵ En otras regiones, se adoptó también una estrategia similar.⁸⁶

AUMENTO DEL HOSTIGAMIENTO Y LA PERSECUCIÓN DE GRUPOS INJUSTAMENTE CRIMINALIZADOS

“HOY LA POLICÍA TIENE UNA DOBLE FACULTAD PORQUE, POR UN LADO, TE PERSIGUE CON EL ARTÍCULO QUE DICE QUE ESTAMOS VIOLANDO LA CUARENTENA Y, POR OTRO, ESTÁN LOS CÓDIGOS CONTRAVENCIONALES QUE CRIMINALIZAN EL USO DEL ESPACIO PÚBLICO”.

Representante de la Asociación de Mujeres Meretrices de Argentina, organización dirigida por trabajadoras sexuales, en una entrevista publicada en *La Nación*, en noviembre de 2020.⁸⁷

Quando los gobiernos recurren a sanciones punitivas para aplicar medidas de salud pública, están poniendo el foco en el individuo, a quien castigan sin tener en cuenta la discriminación estructural, la marginación y la pasividad interseccional de los Estados a la hora de hacer efectivos los derechos económicos, sociales y culturales, además de la criminalización de la pobreza. Por ejemplo, el relator especial de la ONU sobre el derecho a la salud ha señalado que “las respuestas punitivas se aplican de manera desproporcionada a la hora de enfrentarse a desafíos sociales singulares y complejos”.⁸⁸



83 Informe 2020/21 de Amnistía Internacional; el Centro Asia advierte de que, según sus investigaciones, la respuesta a la COVID-19 ha tenido el efecto de aumentar la “militarización de los protocolos de salud y su consideración como asuntos de seguridad” en Filipinas, Indonesia, Malasia, Singapur y Sri Lanka: Centro Asia, *The Securitization of COVID-19 Health Protocols: Policing the Vulnerable, Infringing Their Rights*, 24 de agosto de 2021, pág. 29.

84 Wendy K. Mariner, George J. Annas y Wendy E. Parmet, “Pandemic Preparedness: A Return to the Rule of Law”, *1 Drexel Law Review* 341 (2009), pág. 379.

85 Informe 2020/21 de Amnistía Internacional.

86 Search for Common Ground, *Securitization of COVID-19 Response: Lessons from Kenya*, 23 de junio de 2020, sfcg.org/covid-19/files/Securitization-of-COVID-19-Response_Lessons-from-Kenya.pdf.

87 Gastón Rodríguez, “Trabajadoras sexuales denuncian el hostigamiento policial durante la pandemia”, *La Nación*, 23 de noviembre de 2020, lanacion.com.ar/seguridad/trabajadoras-sexuales-denuncian-el-hostigamiento-policial-durante-la-pandemia146-x-140-nid2517838/.

88 Declaración de Dainius Pūras, relator especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ante el 38º período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos, 18 de junio de 2018, ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=23396&LangID=E.

Históricamente, este planteamiento conlleva dificultades concretas para aquellas personas que disponen de acceso limitado a recursos y sufren marginación social y jurídica.⁸⁹ Ése viene siendo el caso durante la pandemia de COVID-19. Los sectores de población afectados por la criminalización injusta corren cada vez más riesgo de ser sancionados, puesto que son excluidos de la protección social y sanitaria necesaria para poder cumplir la normativa y porque ya están sometidos a una actuación policial desmedida por parte de los organismos encargados de hacer cumplir la ley.

Como medida positiva para prevenir brotes de COVID-19 en los centros de detención, algunos gobiernos suspendieron las detenciones, incluidas las relacionadas con el consumo y la posesión de drogas, el trabajo sexual y la falta de vivienda. Sin embargo, numerosas organizaciones de defensa de los derechos de las personas afectadas informaron de un aumento de la vigilancia y el hostigamiento a manos de los organismos encargados de hacer cumplir la ley, y de detenciones, multas y reclusiones durante la pandemia.

En su estudio sobre la función policial y los procesamientos por infracciones relacionadas con la COVID-19, la ONG Fair Trials observó un número sin precedentes de causas penales y de sanciones económicas de cuantía elevada. En concreto, la organización se mostró preocupada por la aplicación discriminatoria de la ley contra las minorías y las personas marginadas. Según Fair Trials, los procesamientos, sanciones y multas impuestos durante la pandemia pueden sumir a las personas en deudas insuperables y dejarlas con antecedentes penales que limitan su capacidad para encontrar trabajo o vivienda.⁹⁰

LA MAYORÍA DE LAS ORGANIZACIONES QUE RESPONDIERON A LA ENCUESTA DE AMNISTÍA INTERNACIONAL

(71%)

AFIRMARON QUE SE HABÍA CASTIGADO A PERSONAS DE LAS COMUNIDADES CON LAS QUE TRABAJABAN —ENTRE ELLAS, TRABAJADORES Y TRABAJADORAS SEXUALES, PERSONAS CONSUMIDORAS DE DROGAS, POBLACIÓN LGBTI Y PERSONAS QUE NECESITABAN ABORTAR— POR INCUMPLIR LAS MEDIDAS CONTRA LA COVID-19.⁹¹ ENTRE OTRAS MEDIDAS PUNITIVAS, LAS ORGANIZACIONES MENCIONARON EL EMPLEO GENERALIZADO DE MULTAS, DETENCIONES, AMONESTACIONES Y APERCIBIMIENTOS POR ESCRITO, Y ÓRDENES POLICIALES DE “CIRCULEN” O DE NO ACERCARSE A ALGÚN LUGAR PÚBLICO.⁹²

Como dato fundamental, cabe destacar que más de dos tercios de quienes respondieron a la encuesta (**69%**) afirmaron que las respuestas a la COVID-19 habían agudizado el impacto negativo de las leyes y normativas que criminalizaban y marginaban a los sectores de población con los que trabajaban⁹³ y, de ese porcentaje, el **90%** informó de que las comunidades con las que trabajaban habían sido específicamente perseguidas o se habían visto afectadas de manera desproporcionada cuando se aplicaron las medidas contra la COVID-19.⁹⁴

Las organizaciones explicaron que estas comunidades habían recibido sanciones, entre las cuales las más comunes fueron las multas económicas (26 organizaciones), las detenciones (24 organizaciones), las amonestaciones o apercibimientos por escrito (20 organizaciones) y el uso de la fuerza (18 organizaciones).

LAS ORGANIZACIONES INFORMARON, ENTRE OTRAS, DE LAS SIGUIENTES MEDIDAS PUNITIVAS:

multas económicas

26 ORGS.



detenciones

24 ORGS.



amonestaciones o apercibimientos por escrito

20 ORGS.



uso de la fuerza

18 ORGS.



89 Wendy K. Mariner, George J. Annas y Wendy E. Parmet, “Pandemic Preparedness: A Return to the Rule of Law”, 1 *Drexel Law Review* 341 (2009), pág. 358.

90 Fair Trials, *Beyond the emergency of the COVID-19 pandemic: Lessons for defence rights in Europe, 2020*, fairtrials.org/sites/default/files/publication.pdf/Beyond%20the%20emergency%20of%20the%20COVID-19%20pandemic.pdf.

91 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

92 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

93 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

94 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

Las organizaciones que trabajan por la reforma de las políticas sobre drogas resaltaron un aumento de la actuación policial en relación con las drogas aprovechando las mayores facultades de aplicación de la ley relacionadas con la COVID-19. Una organización de base comunitaria que defiende los derechos de las personas consumidoras de drogas en Nigeria refirió que éstas eran objeto de redadas llevadas a cabo en puntos calientes de consumo de drogas del estado de Gombe y que miembros de la comunidad habían sido detenidos y azotados.⁹⁵ La INPUD comunicó que en muchos países se estaban usando poderes de excepción para perseguir en concreto a quienes consumían drogas, y que las personas que, además de consumir drogas, carecían de hogar eran los blancos principales de la actuación policial, en parte porque quienes viven en la calle destacan más durante los confinamientos.⁹⁶

La organización nacional de Reino Unido Release, dedicada al asesoramiento e información sobre cuestiones relativas al consumo de drogas y legislación conexas, informó en su plataforma online TalkingDrugs de que, durante el primer confinamiento de Reino Unido en abril de 2020, la Policía Metropolitana había efectuado 30.608 registros en Londres y que, de éstos, la mayoría (el 70%) habían sido en busca de drogas.⁹⁷ Según Release, esto suponía un incremento del 26% en comparación con el mes anterior y constituía el porcentaje más alto de empleo de estos poderes en al menos dos años. El índice de registros de personas de raza negra por la Policía Metropolitana pasó del 7,2 por 1.000 personas en marzo, al 9,3 por 1.000 en abril. Asimismo, Release transmitió un dato inquietante: el mayor número de registros se realizó en los barrios con los índices más altos de mortalidad por COVID-19.⁹⁸

En referencia a Indonesia, Harm Reduction International (HRI) explicó que la policía había llevado a cabo controles ilegítimos de drogas durante redadas efectuadas con motivo de la COVID-19. Tras esas redadas, fueron detenidas muchas personas por violación de la estricta legislación sobre drogas, lo que inducía a la gente a creer que las redadas no tenían por objeto prevenir la transmisión de la COVID-19, sino detener por todos los medios a quienes consumían drogas.⁹⁹

La organización mexicana de derechos humanos Elementa explicó a Amnistía Internacional que la punitiva “guerra contra las drogas” del país permite a la policía perseguir a quienes consumen y poseen drogas mediante la aplicación de medidas relacionadas con la COVID-19, en muchas ocasiones usando fuerza excesiva.¹⁰⁰ En un caso alarmante que desencadenó protestas generalizadas en el país, un trabajador de la construcción que en ese momento se encontraba bajo el efecto de las drogas fue detenido en el estado occidental de Jalisco, supuestamente por no llevar mascarilla. Murió días más tarde bajo custodia policial. Tenía el cuerpo lleno de hematomas y una herida de bala en la pierna.¹⁰¹

Las organizaciones de defensa de los derechos de las personas consumidoras de drogas resaltaron también el aumento de la vigilancia por parte de las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley. Por ejemplo, una organización dedicada a la reducción del daño radicada en Estados Unidos describió cómo el estacionamiento de vehículos policiales junto a centros de intercambio de jeringas disuadía a la gente de acudir a ellos para acceder a servicios.¹⁰² Por su parte, quienes respondieron a una encuesta de personas consumidoras de drogas en Nigeria también informaron de hostigamiento policial.¹⁰³

También se ha denunciado el empleo de las medidas de lucha contra la COVID-19 por los cuerpos encargados de hacer cumplir la ley para atacar a organizaciones LGBTI. En Uganda, en 2020, detuvieron a 23 jóvenes en el refugio LGBTI en el que vivían con el pretexto de que eran culpables de “un acto negligente que probablemente propagaría el contagio de la enfermedad”, y de “desobediencia de órdenes lícitas”.¹⁰⁴ En abril de 2020, la policía de Filipinas obligó a tres personas LGBTI a realizar actos humillantes como castigo por haber violado supuestamente el toque de queda. El castigo fue grabado en vídeo y publicado en redes sociales.¹⁰⁵

95 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Nigeria.

96 INPUD, *Online Survey on Covid-19 and People Who Use Drugs (PWUD) Data Report 1*, junio de 2020, pág. 13, drugsandalcohol.ie/32290/1/INPUD_COVID-19_Survey_DataReport1.pdf.

97 Jesse Bernard e Imani Robinson, “UK Policing During The COVID-19 Pandemic”, Talking Drugs, 2 de junio de 2020, talkingdrugs.org/uk-policing-during-the-covid-19-pandemic.

98 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Reino Unido.

99 Harm Reduction International, *Caught in the Crossfire: Health and human rights impacts of COVID-19 measures on people who use drugs in Indonesia and the Philippines, 2021*, hri.global/files/2021/11/10/HRI_-_Covid_People_who_use_drugs_IND_PH_FINAL.PDF.

100 Entrevista de Amnistía Internacional con Elementa DDHH el 16 de agosto de 2021.

101 Pronunciamiento conjunto, *Organizaciones internacionales exigen #JusticiaparaGiovanni y para las víctimas de violaciones de derechos humanos ocurridas en las protestas de Guadalajara, Jalisco*, junio de 2020, wola.org/es/2020/06/organizaciones-internacionales-exigen-justicia-para-giovanni-jalisco-mexico/; véase también Human Rights Watch, *México debe reformar las fuerzas policiales*, 24 de julio de 2020, [hrw.org/node/375865/printable/print](https://www.hrw.org/node/375865/printable/print).

102 Entrevista de Amnistía Internacional con la Coalición Nacional para la Reducción de Daños, 10 de agosto de 2021.

103 Red de Incidencia para la Reducción de Daños por Drogas (DHRAN), Nigeria, *Key Population Community Consultation Report 2021*.

104 Amnistía Internacional, *Protecting the Human Rights of LGBTI People During the Covid-19 Pandemic* (Índice: POL 30/2340/2020), 19 de junio de 2020, [amnesty.org/en/documents/pol30/2340/2020/en/](https://www.amnesty.org/en/documents/pol30/2340/2020/en/); Human Rights Watch, *Uganda LGBT Shelter Residents Arrested on COVID-19 Pretext*, 3 de abril de 2020, [hrw.org/news/2020/04/03/uganda-lgbt-shelter-residents-arrested-covid-19-pretext](https://www.hrw.org/news/2020/04/03/uganda-lgbt-shelter-residents-arrested-covid-19-pretext).

105 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Covid-19 y los derechos humanos de las personas LGBTI*, 17 de abril de 2020, https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/LGBT/LGBTIpeople_ES.pdf.

La Coalición de Comunidades Vulnerables del Caribe, asociación que presta servicios a comunidades marginadas, informó del caso de un hombre LGBT que había sido detenido, recluso y golpeado en Belice por haber violado el toque de queda. Murió más tarde a manos de la policía. Asimismo, la coalición informó de varios casos de personas trabajadoras sexuales que habían sido detenidas y reclusas en República Dominicana por “violación de una ordenanza de moral pública por trabajar en la calle durante el día”.¹⁰⁶

En Zanzíbar (Tanzania), Front Line Defenders denunció que, en abril de 2020, en el marco de la imposición de las medidas contra la COVID-19 en todo el país, la policía se había dirigido a casas conocidas por estar ocupadas por personas LGBTI y trabajadores y trabajadoras sexuales, y había obligado a 15 de éstas a abandonar sus viviendas alegando que incumplían los requisitos de distancia física.¹⁰⁷

En Kirguistán, una organización denunció un caso de extorsión durante el estado de excepción cuando

“AGENTES DE UNA PATRULLA DE POLICÍA DETUVIERON A DOS HOMBRES GAYS [Y] AMENAZARON CON LLAMAR A LA PRENSA Y [...] PUBLICAR SUS DATOS EN LAS REDES SOCIALES” A MENOS QUE PAGARAN UN SOBORNO. “AL FINAL, LOS HOMBRES PAGARON A LOS AGENTES 2.000 SOMS (UNOS 23,5 DÓLARES ESTADOUNIDENSES), PERO, DEBIDO AL ESTADO DE EXCEPCIÓN, NO PUDIERON DENUNCIAR ANTE LA FISCALÍA”.¹⁰⁸

La organización Fair Trials denunció tendencias homófobas en la aplicación de la ley en Grecia y Francia, con casos de insultos homófobos y racistas, controles excesivos y uso de la fuerza durante la pandemia.¹⁰⁹

También las organizaciones de derechos de las trabajadoras y los trabajadores sexuales han denunciado el aumento del hostigamiento y la persecución por las fuerzas de seguridad.

En Argentina, una organización dirigida por trabajadoras del sexo denunció la violencia ejercida por la policía contra trabajadoras sexuales transgénero, incluidos

“GOLPES, REQUISAS Y DETENCIONES ARBITRARIAS”,¹¹⁰ Y AFIRMÓ QUE LA POLICÍA HABÍA HOSTIGADO A TRABAJADORAS SEXUALES POR VIOLACIONES DE LA CUARENTENA CUANDO IBAN AL SUPERMERCADO O A LA FARMACIA DEL BARRIO. EN ALGUNOS CASOS, LAS ACUSABAN DE RESISTIRSE AL ARRESTO PARA ENCERRARLAS EN LA COMISARÍA DE POLICÍA.”¹¹¹

¹⁰⁶ Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional.

¹⁰⁷ Front Line Defenders, *LGBTIQ+ and Sex Worker Rights: Defenders At Risk During Covid-19*, diciembre de 2020, frontlinedefenders.org/sites/default/files/front_line_defenders_covid-19.pdf, pág. 23.

¹⁰⁸ Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Kirguistán.

¹⁰⁹ Fair Trials, *Beyond the emergency of the COVID-19 pandemic: Lessons for defence rights in Europe*, 2020, fairtrials.org/sites/default/files/publication/pdf/Beyond%20the%20emergency%20of%20the%20COVID-19%20pandemic.pdf, pág. 34.

¹¹⁰ putas.feministas, publicación de Instagram del 1 de diciembre de 2020, [instagram.com/p/CIRf_k6A-ld/](https://www.instagram.com/p/CIRf_k6A-ld/).

¹¹¹ putas.feministas, publicación de Instagram del 1 de diciembre de 2020, [instagram.com/p/CIRf_k6A-ld/](https://www.instagram.com/p/CIRf_k6A-ld/); Gastón Rodríguez, “Trabajadoras sexuales denuncian el hostigamiento policial durante la pandemia”, *La Nación*, 23 de noviembre de 2020, lanacion.com.ar/seguridad/trabajadoras-sexuales-denuncian-el-hostigamiento-policial-durante-la-pandemia146-x-140-nid2517838/; “Trabajadoras sexuales en Argentina denuncian violencia policial”, YouTube, [youtube.com/watch?v=vFCcUmZSQEM](https://www.youtube.com/watch?v=vFCcUmZSQEM), 22 de septiembre de 2020.

El Centro Jurídico de Mujeres, organización que facilita asistencia jurídica a trabajadoras sexuales en Sudáfrica, explicó a Amnistía Internacional que la policía había hostigado y detenido a numerosas trabajadoras sexuales durante el periodo de confinamiento.¹¹² Por su parte, la Asociación de Mujeres Buscando Libertad (ASMUBULI) informó de que, en Bogotá (Colombia), la policía perseguía a las trabajadoras sexuales en los parques públicos y las multaba con hasta un millón de pesos (unos 260 dólares estadounidenses),¹¹³ a pesar de que éstas se encontraban entre las personas cuyos ingresos se vieron más afectados por la COVID-19 y, por tanto, tenían mucha dificultad para pagarlas.¹¹⁴ Otras organizaciones de la sociedad civil reflejaron observaciones similares en sus investigaciones.¹¹⁵

Según Creating Resources for Empowerment in Action (CREA), se ha recibido información del aumento de redadas por la policía de Kenia y Sri Lanka en viviendas de trabajadoras o trabajadores sexuales y de personas LGBTI o que no se ajustan a las convenciones de género, en las que a veces se emplea gas lacrimógeno y fuerza excesiva. CREA informó de que las personas afectadas pensaban que la policía aprovechó el confinamiento para atacarlas, consciente de que tendrían más dificultades para acceder a asistencia letrada. CREA ha recibido también informes de personas que ejercían el trabajo sexual en localidades fronterizas de Uganda y Kenia que se han enfrentado a un estigma y una violencia crecientes por parte de la comunidad y la policía, y han sido acusadas de propagar el virus.¹¹⁶

Quienes respondieron a la encuesta de Amnistía Internacional en Europa informaron de que los trabajadores y trabajadoras sexuales habían “tenido que infringir las normas de confinamiento y trabajar con más riesgo de violencia policial, chantaje, detención y sanciones, además de exponerse potencialmente al virus”.¹¹⁷ De igual forma, el Comité Internacional por los Derechos de las/los Trabajadoras/es Sexuales en Europa ha informado de un elevado grado de vigilancia policial y de redadas en los lugares de trabajo de trabajadoras

y trabajadores sexuales en países como Alemania, Francia, Italia, Polonia y Reino Unido.¹¹⁸ Por ejemplo, las autoridades municipales de Rimini (Italia) emitieron una nueva ordenanza por la que se podía multar con entre 400 y 500 euros a quienes ejercieran el trabajo sexual en la calle; según la información recibida, entre el 25 de mayo y el 31 de octubre de 2021 se formularon 229 cargos en aplicación de esta normativa.¹¹⁹ En Noruega, la organización de derechos de las trabajadoras y los trabajadores sexuales PION comunicó que los organismos encargados de hacer cumplir la ley estaban utilizando legislación de control de enfermedades contagiosas como pretexto para hostigar a las personas que realizaban trabajo sexual, lo que era causa de detenciones y reclusiones, cuantiosas multas y la deportación si eran de nacionalidad extranjera.¹²⁰

USO EXCESIVO DE LA FUERZA

En 2020, Amnistía Internacional informó de que los organismos encargados de hacer cumplir la ley usaban fuerza excesiva e innecesaria para aplicar las normas relativas a la COVID-19.¹²¹ Ciertos sectores de la población están más expuestos a estos abusos, riesgo extensivo a quienes ayudan y asisten a esas comunidades. En concreto, un preocupante porcentaje de más del 61% de las organizaciones que respondieron a la encuesta de Amnistía Internacional afirmaron que, de la mano de la aplicación de las normas relacionadas con la COVID-19, se había observado un aumento en el uso excesivo de la fuerza por parte de funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.

En Zambia, una organización de base comunitaria que defendía los derechos de las personas que ejercen el trabajo sexual denunció un caso en el que unos agentes de policía soltaron unos perros para que persiguieran a unas trabajadoras sexuales que habían salido huyendo.¹²² En Nigeria, las trabajadoras sexuales denunciaron el aumento de redadas policiales en burdeles y de detenciones durante la pandemia,¹²³ así como de casos de personas transgénero que eran golpeadas y desnudadas

112 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Sudáfrica; véase también Siphokazi Vuso, “Protest after arrest of 57 sex workers”, *Cape Times* 10 de diciembre de 2020 [iol.co.za/capetimes/news/protest-after-arrest-of-57-sex-workers-df343ed2-c1e8-4241-b5bd-7aa2163d3956](https://www.iol.co.za/capetimes/news/protest-after-arrest-of-57-sex-workers-df343ed2-c1e8-4241-b5bd-7aa2163d3956).

113 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Colombia.

114 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

115 Gastón Rodríguez, “Trabajadoras sexuales denuncian el hostigamiento policial durante la pandemia”, *La Nación*, 23 de noviembre de 2020, lanacion.com.ar/seguridad/trabajadoras-sexuales-denuncian-el-hostigamiento-policial-durante-la-pandemia146-x-140-nid2517838/.

116 CREA, *Submission to the Special Rapporteur on Violence against Women: COVID-19 and the Increase of Domestic Violence against Women*, julio de 2020.

117 Red de Defensa de los Derechos de las Trabajadoras y los Trabajadores Sexuales (SWAN) y Comité Internacional por los Derechos de las/los Trabajadoras/es Sexuales en Europa, *COVID-19 crisis impact on access to health services for sex workers in Europe and Central Asia Assessment*, junio de 2020.

118 Comité Internacional por los Derechos de las/los Trabajadoras/es Sexuales en Europa (ICRSE), *Sex workers on the frontline: The role of sex worker rights groups in providing support during the COVID-19 crisis in Europe*, marzo de 2021.

119 Altarimini, “La prostituzione a Rimini non si ferma nonostante il Covid e i controlli, pronta nuova ordinanza”, 7 de enero de 2021, altarimini.it/News143111-la-prostituzione-a-rimini-non-si-ferma-nonostante-il-covid-e-i-controlli-pronta-nuova-ordinanza.php.

120 Comité Internacional por los Derechos de las/los Trabajadoras/es Sexuales en Europa (ICRSE), *Sex workers on the frontline: The role of sex worker rights groups in providing support during the COVID-19 crisis in Europe*, marzo de 2021.

121 Amnistía Internacional, *Represión y COVID-19: Abusos policiales y pandemia* (Índice: ACT 30/3443/2020), 17 de diciembre de 2020.

122 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Zambia.

123 Red de incidencia para la Reducción de Daños por Drogas, Nigeria (DHRAN), *Key Population Community Consultation Report 2021*, pág. 49.

en público antes de ser detenidas y recluidas por la policía.¹²⁴

En la República Democrática del Congo, la ciudad fronteriza de Bukavu (provincia de Kivu Meridional) quedó totalmente confinada tras dos casos de COVID-19. Cuando la policía empezó con el rastreo de contactos, las organizaciones de trabajadores y trabajadoras sexuales denunciaron que éstos eran objeto de palizas a manos de la policía y los servicios de seguridad, así como de extorsión y violación.¹²⁵

Front Line Defenders comunicó en diciembre de 2020 que la pandemia de COVID-19 había dado lugar a un drástico aumento de las agresiones físicas y sexuales y de los actos de hostigamiento perpetrados por las fuerzas de seguridad contra personas que defendían los derechos de la población LGBTI y de las trabajadoras y los trabajadores sexuales en 13 países.¹²⁶ Así, en su informe de diciembre de 2020, la organización resaltó cómo la policía estaba aprovechando los toques de queda y las normas de distanciamiento físico relacionadas con la COVID-19 para justificar un mayor grado de violencia contra personas LGBTI, trabajadoras y trabajadores sexuales y población urbana pobre, lo que se traducía en detenciones masivas, redadas, humillaciones públicas y palizas en la calle.¹²⁷

Estos ejemplos ponen de manifiesto los peligros que entraña responder a una crisis de salud con la legislación penal y la aplicación de castigos. Con frecuencia, las medidas coercitivas de aplicación de la ley no tienen en cuenta la situación de las personas que corren más riesgo de verse gravemente afectadas por las normativas de salud pública o de no poder cumplirlas. Este planteamiento ha perjudicado en particular a las personas afectadas por la criminalización injusta. Lejos de contener el virus, las decisiones de multar, detener, recluir y usar la fuerza han agravado las dificultades sociales y económicas para cumplir los consejos de salud relativos a la COVID-19 y con frecuencia han podido incrementar el contagio tanto para los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley como para las personas afectadas por su actuación.

Las medidas coercitivas de aplicación de la ley deben emplearse sólo como último recurso. Los gobiernos deben cerciorarse de que la ciudadanía entiende las razones de las restricciones y de que se informa ampliamente de ellas en todos los formatos accesibles. Asimismo, los gobiernos deben establecer medidas para que la población pueda cumplir las restricciones, como permitir satisfacer sus necesidades esenciales y tener en cuenta la situación de los grupos marginados que puedan necesitar apoyo para estar en condiciones de cumplirlas.

CUANDO LA POLICÍA EMPEZÓ CON EL RASTREO DE CONTACTOS, LAS ORGANIZACIONES DE TRABAJADORES Y TRABAJADORAS SEXUALES DENUNCIARON QUE ÉSTOS ERAN OBJETO DE PALIZAS A MANOS DE LA POLICÍA Y LOS SERVICIOS DE SEGURIDAD, ASÍ COMO DE EXTORSIÓN Y VIOLACIÓN.¹²⁵

124 Red de incidencia para la Reducción de Daños por Drogas, Nigeria (DHRAN), *Key Population Community Consultation Report 2021*, pág. 62.

125 HODSAS, UMANDE y ACODHU-TS, *Situation of Sex Workers in the Border Town of Bukavu/DRC after two weeks of total confinement due to Covid-19*, informe conjunto, 2 de abril de 2020.

126 Front Line Defenders, *LGBTIQ+ and Sex Worker Rights: Defenders At Risk During Covid-19*, diciembre de 2020, frontlinedefenders.org/sites/default/files/front_line_defenders_covid-19.pdf, pág. 6.

127 Front Line Defenders, *LGBTIQ+ and Sex Worker Rights Defenders At Risk During Covid-19*, diciembre de 2020, frontlinedefenders.org/sites/default/files/front_line_defenders_covid-19.pdf, pág. 22.

6. EXCLUSIÓN DE GARANTÍAS BÁSICAS DE SEGURIDAD SOCIAL

“A sus ojos no somos más que delincuentes.”¹²⁸

Las medidas de salud pública adoptadas para combatir la COVID-19 han tenido consecuencias nefastas para las personas que viven en la pobreza y la marginación. Han sido muchos los países que no han tenido en cuenta las realidades sociales y económicas en las que aplicaban la distancia física y otras medidas restrictivas y que, en consecuencia, no han instaurado medidas paliativas adecuadas. Es más, en las comunidades más marginadas, que a menudo carecen de acceso a agua y saneamiento adecuados, tampoco se han podido poner en práctica otras medidas preventivas de salud pública, como lavarse regularmente las manos y usar desinfectante de manos y mascarilla.

Con demasiada frecuencia, los Estados incumplen sus obligaciones positivas de derechos humanos con respecto a los derechos económicos, sociales y culturales que pueden abordar la discriminación, la marginación y la pobreza estructurales y, por el contrario, criminalizan la pobreza.

El derecho a la protección social: El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales —órgano que vela por el cumplimiento por los Estados del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales— ha instado a los Estados a garantizar medidas de protección social a todas las personas a “un nivel mínimo indispensable de prestaciones que les permita obtener por lo menos atención de salud esencial, alojamiento y vivienda básicos, agua y saneamiento, alimentos y las formas más elementales de educación”.¹²⁹

El Comité ha aclarado que esto incluye medidas encaminadas a reducir la pobreza; el acceso asequible a alimentos, agua potable e instalaciones de saneamiento; acceso universal a los servicios de salud necesarios (incluidos los de salud sexual y reproductiva);¹³⁰ garantías básicas de seguridad social y seguridad de ingresos básicos (por ejemplo, en caso de enfermedad, muerte, desempleo y pérdida del medio de sustento); refugios para las víctimas de violencia, y viviendas adecuadas y prohibición de desahucios.¹³¹

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha instado a los Estados a garantizar que las prestaciones cubran “las necesidades de las personas marginadas y desfavorecidas”, sobre todo de las gravemente afectadas por la COVID-19. En caso de escasez grave de recursos, los Estados Partes deben garantizar prestaciones mínimas para “un grupo básico de riesgos e imprevistos sociales”, seleccionado “tras celebrar amplias consultas”.¹³²

En el contexto de la pandemia, el presidente del Consejo de Derechos Humanos de la ONU ha subrayado la necesidad de “mejorar el acceso de todas las personas, especialmente las que se encuentran en situación de vulnerabilidad, a la información y la educación”.¹³³

128 Respuesta a Amnistía Internacional, Tanzania.

129 Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general n° 19. El derecho a la seguridad social (artículo 9)*, 2008, doc. ONU E/C.12/GC/19, párrafos 4.b, 6 y 59.a; Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), artículo 25.1; *Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Israel*, 2019, doc. ONU E/C.12/ISR/CO/4, párr. 35.

130 Las restricciones a la libertad de circulación no deben socavar el acceso de las mujeres a la atención médica, incluidos los servicios y la información de salud sexual y reproductiva, artículos 10.h, 12 y 14.2.b de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; nótese también que la OACNUDH ha enfatizado que, de conformidad con el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, “el derecho a la vida, al no admitir excepciones, debe respetarse en todas las respuestas a la COVID-19, lo que incluye la prestación de atención médica a las personas contagiadas de COVID y a aquéllas cuya vida pueda verse afectada por las restricciones que sufran otras formas de atención médica, incluidos los servicios de aborto”, OACNUDH, *Internal HRTB toolkit of treaty law perspectives and jurisprudence in the context of COVID-19*, 15 de julio de 2020 (traducción de Amnistía Internacional). [ohchr.org/Documents/HRBodies/TB/COVID19/HRTB_toolkit_COVID_19.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/TB/COVID19/HRTB_toolkit_COVID_19.pdf).

131 OACNUDH, *Internal HRTB toolkit of treaty law perspectives and jurisprudence in the context of COVID-19*, 15 de julio de 2020, [ohchr.org/Documents/HRBodies/TB/COVID19/HRTB_toolkit_COVID_19.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/TB/COVID19/HRTB_toolkit_COVID_19.pdf).

132 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general n° 19. El derecho a la seguridad social (artículo 9)*, doc. ONU E/C.12/GC/19, párrafos 31 y 59.a y *Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Israel*, 2019, doc. ONU E/C.12/ISR/CO/4, párr. 23(c).

133 Consejo de Derechos Humanos, Declaración de la Presidencia, *Promoción del derecho de todos al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental mediante la mejora del fomento de la capacidad en el ámbito de la salud pública para la lucha contra las pandemias, 2015*, doc. ONU A/HRC/PRST/30/2.

En respuesta al impacto económico de las medidas contra la pandemia, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos ha calculado que los gobiernos han adoptado unas 1.400 medidas de protección social en 208 jurisdicciones “para amortiguar el impacto”.¹³⁴ La asistencia ha adoptado diversas formas, como sistemas formales de protección social, transferencias de efectivo y ayuda alimentaria.¹³⁵ La Organización Internacional del Trabajo (OIT) comunicó que, en respuesta a la pandemia de COVID-19, los gobiernos han “generado la mayor movilización de medidas de protección social nunca vista”.¹³⁶ Sin embargo, ha concluido también que muchas de las medidas eran sólo temporales, y que “la pandemia ha sacado a la luz importantes brechas en la cobertura, el alcance y la adecuación de la protección social”.¹³⁷

Han sido pocos los países capaces de proporcionar apoyo integral de protección social, y con frecuencia la cuantía de esa ayuda ha sido insuficiente para cubrir las necesidades de supervivencia, sobre todo para las personas que vivían ya en la pobreza y carecían de ahorros. En concreto, el relator especial de la ONU sobre la extrema pobreza y los derechos humanos ha resaltado que los beneficiarios de estas medidas “a menudo se deben enfrentar a una sistémica carrera de obstáculos para poder acceder a ellas”.¹³⁸

Para contribuir al cumplimiento de las medidas de salud pública es vital facilitar acceso a la protección social. Por ejemplo, en un estudio de 2020 sobre el respeto de la distancia física en África, se señala que el cumplimiento de esas medidas “es superior cuando las medidas de confinamiento se combinan con iniciativas económicas y fiscales”.¹³⁹

Las investigaciones de Amnistía Internacional han hallado numerosos ejemplos de personas —sobre todo de quienes trabajan en el sector informal o en empleos inseguros— que se han quedado sin acceso a ingresos o

a alimentos. Por ejemplo, en Nepal, el gobierno anunció diversas medidas de protección social, entre ellas una reducción temporal del 25% del precio de la electricidad y las telecomunicaciones, una rebaja del 10 % del precio de alimentos básicos, la distribución de ayuda alimentaria a través de consejos de barrio,¹⁴⁰ y un programa para proporcionar 100 días de empleo remunerado a personas desempleadas.¹⁴¹ Sin embargo, las organizaciones defensoras de los derechos de la población dalit en Nepal han resaltado la discriminación generalizada que sufren esas personas, la mayoría de las cuales vive en la pobreza y depende de jornales diarios.¹⁴² Dichas organizaciones han observado la falta de ayuda e información específicas para las personas dalits, y han afirmado que muchas de ellas sufren “endeudamiento y hambre” debido a los problemas añadidos que ha acarreado la pandemia.¹⁴³

En Camboya, en julio de 2020, el gobierno envió “transferencias de efectivo a unas 700.000 de las familias más pobres y vulnerables”. Sin embargo, en agosto de 2020, Camboya perdió parcialmente el acceso libre de impuestos al mercado de la Unión Europea por una serie de cuestiones de derechos humanos,¹⁴⁴ lo que agravó el devastador impacto económico de la pandemia y contribuyó a dejar sin empleo a decenas de miles de personas —en su mayoría, mujeres— que trabajaban en el sector de la confección.¹⁴⁵ Una organización de Camboya dedicada a ayudar a las comunidades marginadas a acceder a viviendas adecuadas explicó que, durante la pandemia, “como Camboya carece de mecanismos generales de protección social, regímenes de previsión o ayuda por desempleo, las personas pobres y marginadas se han visto atrapadas entre la amenaza de contraer el virus y la de morir de hambre”. Asimismo, la organización explicó que, en las áreas designadas como “zonas rojas” de COVID-19, las comunidades marginadas se enfrentaban a las medidas más restrictivas y a una situación “penosa y prácticamente imposible” para la mano de obra informal y las comunidades de clase trabajadora o sumidas en la pobreza, en la que “miles de

134 Relator especial de la ONU sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, *Volver la vista atrás para mirar hacia delante: un enfoque de derechos humanos para la protección social en la recuperación económica post-COVID-19*, 11 de septiembre de 2020, <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Poverty/Executive-summary-SP.pdf>.

135 La OIT concluyó que los Estados habían implementado todo un abanico de medidas de protección y que, en el periodo comprendido entre febrero y diciembre de 2020, el 16,5% de ellas habían sido subsidios o ayudas especiales, seguidas de las medidas de protección de los ingresos o del empleo (14,9%). También se mencionaban la asignación de fondos para alimentos y nutrición, alojamiento y servicios básicos, y salud (véase OIT, *Informe Mundial sobre la Protección Social 2020–22: La protección social en la encrucijada: en busca de un futuro mejor*, 2021, https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-dcomm/-publ/documents/publication/wcms_842103.pdf, página 70 y 76 (gráfico 3.2)).

136 OIT, *Informe Mundial sobre la Protección Social 2020–22: La protección social en la encrucijada: en busca de un futuro mejor*, 2021.

137 OIT, *Informe Mundial sobre la Protección Social 2020–22: La protección social en la encrucijada: en busca de un futuro mejor*, 2021.

138 Relator especial de la ONU sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, *Volver la vista atrás para mirar hacia delante: un enfoque de derechos humanos para la protección social en la recuperación económica post-COVID-19*, 11 de septiembre de 2020, <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Poverty/Executive-summary-SP.pdf>.

139 Al-mouksit Akim y Firmin Ayivodji, *Interaction Effect of Lockdown with Economic and Fiscal Measures against COVID-19 on Social-Distancing Compliance: Evidence from Africa* (7 de junio de 2020). Disponible en SSRN: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3621693.

140 El gobierno de Nepal anunció un “descuento del 10% en el arroz, la harina, el dal, la sal, el azúcar y el aceite de la Compañía de Alimentos de Nepal y la Compañía Comercializadora de la Sal”, así como una reducción temporal del 25% del coste de la electricidad y los datos, Oficina de la OIT en Nepal, *Social protection responses to COVID-19 in Nepal*, [ilo.org/wcmsp5/groups/public/-asia/-ro-bangkok/-ilo-kathmandu/documents/publication/wcms_809259.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-asia/-ro-bangkok/-ilo-kathmandu/documents/publication/wcms_809259.pdf).

141 Oficina de la OIT en Nepal, *Social protection responses to COVID-19 in Nepal*, [ilo.org/wcmsp5/groups/public/-asia/-ro-bangkok/-ilo-kathmandu/documents/publication/wcms_809259.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-asia/-ro-bangkok/-ilo-kathmandu/documents/publication/wcms_809259.pdf).

142 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Nepal.

143 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Nepal.

144 Unión Europea, *Camboya pierde el acceso libre de derechos al mercado de la Unión Europea con motivo de las inquietudes en materia de derechos humanos*, comunicado de prensa, 12 de agosto de 2020, https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/IP_20_1469.

145 *Informe 2020/21* de Amnistía Internacional.

personas desesperadas pasan hambre, y no tienen comida para sostener a sus familias”.¹⁴⁶

El procurador para la Defensa de los Derechos Humanos de El Salvador incidió en que muchos de los abusos contra los derechos humanos que se examinaron entre marzo y mayo de 2020 tenían en común la falta de acceso a ingresos, lo que impedía a quienes vivían en la pobreza cumplir las normativas contra la COVID-19, y señaló que “las salidas de sus casas obedecen a la situación apremiante de satisfacer las necesidades más básicas y urgentes de ellos y sus familias”.¹⁴⁷

En una situación así, la supervivencia diaria entra en conflicto con la necesidad de cumplir las restricciones relacionadas con la COVID-19, por lo que esas personas desesperadas tienen que arriesgarse a ser criminalizadas aún más para poder alimentarse y alimentar a sus familias. Como apuntó una organización de Camboya: “[N]o se tuvo en cuenta ninguna medida o protocolo que beneficiara a todas las comunidades y, en especial, a las vulnerables”.¹⁴⁸

Las personas afectadas por la criminalización injusta se han enfrentado también a obstáculos adicionales para acceder a medidas de protección social. Más de la mitad de las organizaciones encuestadas afirmaron que la comunidad con la que trabajaban se había visto excluida de las medidas de ayuda del Estado,¹⁴⁹ y más de la mitad mencionaron también barreras específicas que impedían acceder a la población marginada o criminalizada a servicios de asistencia o programas de ayuda para hacer frente a la COVID-19.¹⁵⁰ Casi todas (el 90%) aseguraron que la repercusión de la pandemia en las comunidades con las que trabajaban había sido extremadamente negativa o negativa.¹⁵¹

El estigma y la discriminación provocados y perpetuados por la criminalización han creado, a su vez, obstáculos indirectos a las ayudas durante la pandemia. Algunos gobiernos han intentado remediar esta situación; por ejemplo, el Ministerio de Justicia de Perú emitió una resolución por la que se reconocía a las parejas homosexuales con el fin de conceder prestaciones económicas a aquellas personas cuya pareja fuera profesional de la salud y hubiera muerto a causa de la COVID-19.¹⁵² Sin embargo, éste no fue el caso de la mayoría de los gobiernos que, de hecho, condenaron a un ostracismo aún mayor a las comunidades marginadas.

Quienes respondieron a la encuesta de Amnistía Internacional informaron de la existencia de barreras debidas a la orientación sexual y la identidad de género. Por ejemplo, se excluyó a personas LGBT+ de centros de crisis y de donaciones de alimentos estatales y municipales. En Indonesia, una organización de defensa de los derechos LGBTI enfatizó que el estigma que sufría la población LGBTI había dificultado su acceso a fondos de ayuda, ya que “muchas comunidades no podían dar a conocer públicamente su necesidad de donaciones sin comprometer su identidad”.¹⁵³

La Alianza de Trabajadoras/es Sexuales de Zambia explicó que experimentaban “exclusión social”, ya que, ante al profundo estigma y discriminación de las trabajadoras y los trabajadores sexuales, y de la población LGBTI, los agentes estatales y las entidades responsables de los servicios en cuestión “evitan a estos grupos y se desvinculan de ellos” a fin de complacer a quienes están en el poder y a la opinión pública. En consecuencia, estos grupos estaban excluidos de hecho de los servicios de ayuda.¹⁵⁴

EXCLUSIÓN DE TRABAJADORAS Y TRABAJADORES SEXUALES DE LAS MEDIDAS DE APOYO RELACIONADAS CON LA COVID-19

Las trabajadoras y los trabajadores sexuales se enfrentan a dificultades concretas que ponen de manifiesto cómo la criminalización intensifica el impacto negativo de las medidas adoptadas para combatir la pandemia, sobre todo debido a su exclusión de las ayudas económicas y sociales.

Numerosas organizaciones de diferentes países han referido Amnistía Internacional que a estas personas les fue imposible o extremadamente difícil acceder a la ayuda del Estado durante la pandemia. Aunque en varios países —como Alemania, Austria, Australia, Francia, Hong Kong, Kenia, Nigeria, Países Bajos, Reino Unido, Suiza y Tailandia—¹⁵⁵ el Estado facilitaba a trabajadores y trabajadoras sexuales ayuda económica —como prestaciones de ingresos o por desempleo, fondos de emergencia para situaciones de desamparo, ayudas para el pago del alquiler o de la hipoteca, y paquetes de comida—, las conclusiones de la encuesta de Amnistía Internacional pusieron de manifiesto la relación existente entre la criminalización de quienes ejercen trabajos sexuales y su exclusión de muchas formas de ayuda del Estado.

146 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Camboya. Véase también Khy Sovuthy, “Hundreds in Meanchey district red zone protest to demand food”, *Cambodian Journalists Alliance Association*, 30 de abril de 2021, cambodianews.com/hundreds-in-meanchey-district-red-zone-protest-to-demand-food/.

147 José Apolonio Tobar Serrano, procurador para la Defensa de los Derechos Humanos San Salvador, junio de 2020, *Informe Preliminar Sobre COVID-19 y Derechos Humanos en El Salvador*, pddh.gob.sv/portal/wp-content/uploads/2020/06/informe-preliminar-junio-2020.pdf, pág. 52.

148 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Camboya.

149 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

150 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

151 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

152 *Informe 2020/21* de Amnistía Internacional, apartado sobre Perú, <https://www.amnesty.org/es/location/americas/south-america/peru/report-peru/>.

153 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Indonesia.

154 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Zambia.

155 NSWP, *COVID-19 Impact Survey – Africa*; NSWP, *Impact of COVID-19 on Sex Workers in Europe*, nswp.org/es/news/impact-covid-19-sex-workers-europe.

STRASS afirmó: “[D]e la noche a la mañana, toda nuestra comunidad se vio casi sin ingresos. Hubo colegas que se suicidaron por desesperación”.¹⁵⁶ Una organización de República Dominicana dirigida por personas que ejercen el trabajo sexual informó de que éstas no estaban incluidas en ningún programa del Estado.¹⁵⁷ Una organización panameña, dirigida también por trabajadoras/es sexuales, explicó: “Nuestro trabajo no está regulado ni reconocido, así que no tenemos más alternativa que quedarnos en casa y pasar hambre, o esperar a que alguien de la familia nos ayude con algo de comida y productos de aseo”.¹⁵⁸

En Canadá, donde el trabajo sexual está criminalizado, la Alianza Canadiense para la Reforma de la Legislación sobre Trabajo Sexual explicó que la mayoría de las trabajadoras y trabajadores sexuales habían quedado excluidos de la Prestación Canadiense de Respuesta a la Emergencia (CERB) y de otras ayudas de emergencia a la renta. Para acceder a estos programas federales, era necesario indicar lo que se ingresaba por cuenta propia o ajena y haber declarado los impuestos correspondientes, para lo cual se necesitaba un número de la seguridad social.¹⁵⁹ Ante todos estos requisitos, un buen número de trabajadoras y trabajadores sexuales —sobre todo migrantes— eran reticentes a solicitar estos programas por la posibilidad de recibir una atención no deseada de las autoridades.¹⁶⁰ Pese a los reiterados intentos de los grupos que defendían sus derechos de encontrar otras vías para recibir una ayuda económica equivalente,¹⁶¹ el gobierno canadiense se negó en última instancia a ofrecer nada más que una parte de la ayuda disponible para otros sectores laborales.¹⁶² La única sugerencia del gobierno a las organizaciones locales que trabajaban con personas que ejercían el trabajo sexual fue que presentaran una solicitud al Fondo de Ayuda Comunitaria de Emergencia, dotado con 350 millones de dólares canadienses (279 millones de dólares estadounidenses), pese a que muchas de estas organizaciones no reunían los requisitos por no estar inscritas como organizaciones sin ánimo de lucro o benéficas. Además, este fondo no

incluía ayudas en concepto de sustitución de ingresos, con lo que las organizaciones de trabajo sexual no podían solicitar financiación para ofrecer ayudas de emergencia a la renta directamente a las trabajadoras y trabajadores sexuales. Al verse excluidas de estos ingresos de emergencia y respuestas comunitarias, personas que ejercían el trabajo sexual de todo Canadá crearon fondos de emergencia para ayudar a pagar el alquiler, comida, el sustento familiar y cubrir otras necesidades básicas y esenciales. Aunque estos fondos comunitarios fueron útiles, con frecuencia su cuantía no podía compararse a la de las ayudas que el gobierno ofrecía través de la CERB y de otras prestaciones. En conversación con Amnistía Internacional en abril de 2020, la Alianza Canadiense para la Reforma de la Legislación sobre Trabajo Sexual dijo: “Al proporcionar ayudas a la renta sólo a parte de la población, se sigue enviando el mensaje de que sólo importan ciertas vidas”.¹⁶³

El acceso a la ayuda estatal es especialmente difícil cuando las subvenciones o los programas son administrados por organizaciones que socavan los derechos y la capacidad de acción de las trabajadoras y trabajadores sexuales al exigir planteamientos “prohibicionistas”. Como explicó una organización que representa a estas personas en Francia: “La mayoría de las ayudas siguen estando condicionadas a una ‘vía de salida de la prostitución’; las asociaciones prohibicionistas han recibido recursos que nosotras no tenemos”.¹⁶⁴

156 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Francia.

157 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, República Dominicana.

158 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Panamá.

159 Se ofrecía una prestación de hasta 2.000 dólares canadienses durante un periodo de cuatro semanas “a los trabajadores y trabajadoras residentes en Canadá que tuvieran al menos 15 años y hubieran dejado de trabajar por motivos relacionados con la COVID-19 o reunieran los requisitos necesarios para recibir el Seguro de Desempleo ordinario o prestaciones por enfermedad o hubieran agotado las prestaciones ordinarias del Seguro de Desempleo o del Seguro de Desempleo pesquero entre el 29 de diciembre de 2019 y el 3 de octubre de 2020; que ingresaran, por cuenta propia o ajena, al menos 5.000 dólares en 2019 o en los 12 meses anteriores a su solicitud y que no hubieran dejado su trabajo por voluntad propia”, canada.ca/en/services/benefits/ei/ceb-application.html.

160 Por ejemplo, en una encuesta realizada en abril de 2020 por Butterfly (Red de Apoyo a Trabajadoras y Trabajadores Sexuales Asiáticos y Migrantes) el 40% de quienes respondieron afirmaron no reunir los requisitos para solicitar la CERB o temer hacerlo por desempeñar un trabajo delictivo o indocumentado y por su condición migratoria. A partir de esa encuesta, se formularon una serie de recomendaciones, entre ellas, garantizar la existencia de mecanismos que impidieran el intercambio de información para que no se facilitara información sobre solicitantes de la CERB a las autoridades federales de control de la inmigración; y modificar los procedimientos de solicitud para abordar los temores de los trabajadores y trabajadoras migrantes a la hora de solicitar ayuda económica al gobierno, https://www.butterflysw.org/files/ugd/5bd754_bacd2f6ecc7b49ebb3614a8aef3c0f5f.pdf, páginas 3 y 8.

161 Incluida una carta enviada en mayo de 2020 a la ministra de Asuntos de la Mujer e Igualdad de Género para pedir que las organizaciones de trabajo sexual tuvieran mecanismos de financiación flexibles que les permitieran distribuir directamente el dinero a las trabajadoras y los trabajadores sexuales utilizando tarjetas de débito de prepago u otros métodos de fácil acceso; véase <https://amnesty.ca/news/canada-must-protect-rights-sex-workers-during-covid-19-ensuring-access-emergency-income/>.

162 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Canadá.

163 Amnistía Internacional Canadá, *The rights of sex workers are being ignored in the COVID-19 response: In conversation with Jenn Clamen of the Canadian Alliance for Sex Work Law Reform*, 23 de abril de 2020, amnesty.ca/blog/womens-human-rights/rights-sex-workers-are-being-ignored-covid-19-response-conversation-jenn-clamen-canadian/.

164 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Francia.

“Al final, conseguimos unos bonos de servicios para distribuirlos, después de un año, durante el tercer confinamiento. Pero me resulta difícil mencionarlos como algo positivo porque la mayoría fue a parar a asociaciones prohibicionistas a las que acuden sobre todo personas que han dejado el trabajo sexual o quieren dejarlo y, por tanto, se ven menos afectadas por las restricciones impuestas al trabajo sexual”.¹⁶⁵

STRASS

En Irlanda, la Alianza de Trabajadores y Trabajadoras Sexuales de Irlanda (SWAI) estableció un fondo especial durante la pandemia que recaudó más de 25.000 euros para las trabajadoras y trabajadores sexuales en situación de necesidad. Pese a haber sido inicialmente excluida de los fondos gubernamentales durante la pandemia,¹⁶⁶ en mayo de 2021 la SWAI había recibido, según informes, una subvención de 135.000 euros de un fondo para la igualdad.¹⁶⁷

En Reino Unido, las personas que ejercen el trabajo sexual denunciaron dificultades para acceder a fondos de ayuda, ya que éstos eran administrados exclusivamente por organizaciones que definen el trabajo sexual como una forma de violencia contra la mujer.¹⁶⁸

En India, la Red Nacional de Trabajadoras y Trabajadores Sexuales (NNSW), coordinadora que reúne a más de 100.000 trabajadores y trabajadoras sexuales, enfatizó que la criminalización de ciertos aspectos del trabajo sexual (como el ofrecimiento de servicios sexuales, los burdeles y el hecho de vivir de las ganancias del trabajo sexual), unida al temor de las personas que lo ejercen de ser detenidas en una redada y confinadas en refugios, por lo general en condiciones nefastas, las había disuadido de dar los pasos necesarios para acceder a los servicios de ayuda facilitados por el gobierno.¹⁶⁹ La Red resaltó que, tradicionalmente, en India, el acceso a los paquetes de ayuda del gobierno “ha estado condicionado al abandono del trabajo sexual” y, en general, los estados de India no han reconocido a las personas que ejercen el trabajo sexual como categoría especial de personas necesitadas de ayuda durante la COVID-19.¹⁷⁰ En diciembre de 2021, el Tribunal Supremo expresó su preocupación por el incumplimiento de sus órdenes de incluir a las trabajadoras y los trabajadores sexuales en la ayuda de emergencia.¹⁷¹ El Tribunal ordenó a los gobiernos nacional, estatales y locales proporcionar raciones de comida seca a las trabajadoras y los trabajadores sexuales sin insistir en que mostraran sus documentos de identidad, y pidió a las autoridades que “no vincularan a las autoridades policiales a la distribución de raciones de comida seca a las trabajadoras y los trabajadores sexuales” y que se cercioraran de “respetar la confidencialidad de los nombres de las trabajadoras y los trabajadores sexuales”.¹⁷²

165 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Francia.

166 Lynzi Armstrong, “COVID-19 illuminates discriminatory sex work policies”, Open Democracy, 9 de junio de 2020, opendemocracy.net/en/beyond-trafficking-and-slavery/covid-19-illuminates-discriminatory-sex-work-policies/.

167 Colin Coyle, “Sex workers succeed in soliciting state for funds after U-turn on ‘values’ clash”, The Sunday Times, 16 de mayo de 2021, [thetimes.co.uk/article/sex-workers-succeed-in-soliciting-state-for-funds-after-u-turn-on-values-clash-hvsg8pk9v](https://www.thetimes.co.uk/article/sex-workers-succeed-in-soliciting-state-for-funds-after-u-turn-on-values-clash-hvsg8pk9v).

168 Lynzi Armstrong, “COVID-19 illuminates discriminatory sex work policies”, Open Democracy, 9 de junio de 2020, opendemocracy.net/en/beyond-trafficking-and-slavery/covid-19-illuminates-discriminatory-sex-work-policies/, donde se citan informes de SCOTPEP y de Umbrella Lane.

169 NNSW, *Issues of Sex Workers in the Times of Covid in India*, 6 de agosto de 2020, nswindia.org/upload/NNSW-submission-NHRC.pdf.

170 La NNSW cita un ejemplo de buena práctica del Departamento de Asuntos de la Mujer y la Infancia del gobierno de Maharashtra, que reconoció a las trabajadoras y los trabajadores sexuales como categoría especial necesitada de ayuda durante la pandemia de COVID-19 (por medio de una circular con fecha de 23 de julio de 2020); véase también NNSW, *Issues of Sex Workers in the Times of Covid in India*, 6 de agosto de 2020, nswindia.org/upload/NNSW-submission-NHRC.pdf.

171 En 2011, el Tribunal Supremo designó una comisión encargada de asesorar sobre “cuestiones relativas a la prevención de la trata y la rehabilitación de trabajadoras y trabajadores sexuales que deseen abandonar el trabajo sexual, y sobre las condiciones necesarias para que quienes ejercen el trabajo sexual vivan con dignidad, de conformidad con el artículo 21 de la Constitución de India”. A raíz de las recomendaciones de la comisión, el Tribunal Supremo ha dictado una serie de órdenes para, entre otras cosas, “facilitar el acceso de las personas que ejercen el trabajo sexual a tarjetas de identificación de votantes, tarjetas de racionamiento, la apertura de cuentas bancarias, etc., relajando las normas de verificación del domicilio”, Tribunal Supremo de India, recurso de apelación penal núm. 135/2010, *Budhadev Karmaskar v The State of West Bengal & Ors.*, 14 de diciembre de 2021, páginas 7-8.

172 Tribunal Supremo de India, recurso de apelación penal núm. 135/2010, *Budhadev Karmaskar v The State of West Bengal & Ors.*, 14 de diciembre de 2021, pág. 12.

FALTA DE DOCUMENTOS DE IDENTIDAD

Muchas de las organizaciones que respondieron a la encuesta de Amnistía Internacional mencionaron como barrera a las ayudas la condición de inmigración y, en especial, la falta de documentos de identidad para demostrar que se está en situación migratoria regular. De las organizaciones que participaron en la encuesta, 13 explicaron que los servicios de expedición de documentos no habían sido designados como servicios esenciales durante la pandemia y que, por tanto, habían permanecido cerrados o inaccesibles.¹⁷³ En consecuencia, durante la pandemia fue especialmente difícil obtener documentos de identidad, lo que obstaculizó el acceso a las ayudas del Estado e incrementó el peligro de que las personas que no podían acceder a documentación en la que figurara correctamente su género fueran criminalizadas en aplicación de medidas de salud pública.

En Argentina, una organización de apoyo a las trabajadoras y trabajadores sexuales explicó que, para recibir ayuda del Estado, la población migrante debe haber residido en el país dos años y tener documentación actualizada que demuestre que ha formalizado todos los procedimientos de inmigración.¹⁷⁴ Esto suponía la exclusión de los programas del Estado de las personas trans en situación migratoria irregular, ya que, para cambiar el género en la documentación personal, es necesaria primero la residencia permanente. Una organización de asistencia letrada gratuita de Indonesia expresó motivos de preocupación similares y señaló que muchas personas LGBTI se habían visto obligadas a huir de su domicilio familiar y no tenían acceso a sus documentos de identidad, con lo que no podían acceder a las ayudas del Estado.¹⁷⁵

Las trabajadoras sexuales de India llevan tiempo denunciando dificultades para acceder a documentos de identidad,¹⁷⁶ a consecuencia de lo cual se les negaron los paquetes de ayuda frente a la COVID-19 facilitados por los gobiernos de los estados.¹⁷⁷ Estas dificultades fueron especialmente habituales entre las trabajadoras sexuales que quedaron atrapadas durante la pandemia en estados, ciudades, poblaciones y distritos indios diferentes de los que constaban en sus documentos oficiales.¹⁷⁸

En algunos países era aún más difícil conseguir documentos de identidad para determinados grupos de personas. El 1 de agosto de 2020, el gobierno de Kirguistán aprobó una reforma de la Ley de la República de Kirguistán por la que se eliminaba una cláusula que permitía modificar el indicador de género a las personas transgénero.¹⁷⁹ Una organización con sede en Kirguistán explicó a Amnistía Internacional que “para las personas trans fue difícil desplazarse durante la cuarentena. La ciudadanía del país tenía que llevar un itinerario y un documento de identidad. Las personas trans que no habían cambiado sus documentos sufrieron transfobia y falta de comprensión”.¹⁸⁰ El Parlamento húngaro aprobó una ley similar en mayo de 2020 por la que se prohibía a las personas transgénero e intersexuales su reconocimiento legal y se limitaba la inscripción en registro de sus nombres y la obtención de los documentos correspondientes a su identidad de género.¹⁸¹

173 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

174 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Argentina.

175 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Indonesia.

176 Como viene documentando el Tribunal Supremo desde 2011; Tribunal Supremo de India, recurso de apelación penal núm. 135/2010, *Budhadev Karmaskar v The State of West Bengal & Ors.*, 14 de diciembre de 2021, páginas 7-8.

177 NSW, *Issues of Sex Workers in the Times of Covid in India*, 6 de agosto de 2020, nswindia.org/upload/NNSW-submission-NHRC.pdf.

178 NSW, *Issues of Sex Workers in the Times of Covid in India*, 6 de agosto de 2020, nswindia.org/upload/NNSW-submission-NHRC.pdf.

179 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional, Kirguistán.

180 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional, Kirguistán.

181 Amnistía Internacional, *Hungría: La decisión de despojar a las personas trans del derecho al reconocimiento legal de la identidad de género es “retroceder a la edad de las tinieblas”*, 19 de mayo de 2020, <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2020/05/hungary/>.

UN PASO AL FRENTE PARA CUBRIR LAS LAGUNAS

Dada la exclusión de ciertas comunidades de muchas iniciativas del Estado, tanto organizaciones como particulares han desarrollado iniciativas innovadoras para apoyar a esos grupos. En Argentina, el sindicato de trabajadoras sexuales Ammar estableció un fondo de emergencia nacional para apoyar a las trabajadoras sexuales durante la cuarentena nacional que incluía medidas como el reparto de bolsas de alimentos y artículos de higiene para combatir el contagio de la COVID-19.¹⁸² En Panamá, Redtrasex proporcionó un apoyo similar.¹⁸³

El Comité Internacional por los Derechos de las/los Trabajadoras/es Sexuales en Europa ha documentado el “crucial trabajo realizado por las organizaciones comunitarias para cubrir las lagunas existentes en los servicios de salud; proteger a las trabajadoras y trabajadores sexuales y a sus familias de la COVID-19, el VIH y las enfermedades de transmisión sexual, y reforzar su seguridad”.¹⁸⁴ Sus iniciativas incluían “distribuir mascarillas, desinfectantes y preservativos; prestar apoyo psicológico; suministrar artículos de primera necesidad como comida, y conectar a personas para compartir viviendas y facturas”.¹⁸⁵

Las organizaciones de la sociedad civil también han ayudado a proporcionar acceso a la información, componente esencial de cualquier respuesta efectiva de salud pública. Las organizaciones que ayudan a las comunidades objeto de criminalización injusta han recurrido mucho a Internet y a las redes sociales como instrumentos vitales para comunicarse, prestar asistencia, informar y compartir apoyo social y en

materia de salud mental.¹⁸⁶ Por ejemplo, en India, activistas locales por los derechos trans apoyaron a las comunidades, traduciendo información a “las lenguas vernáculas” y compartiendo mensajes de voz por WhatsApp.¹⁸⁷

Las organizaciones dirigidas por trabajadoras y trabajadores sexuales se movilizaron con rapidez creando redes de comunicación y recursos informativos sobre cómo trabajar de manera segura durante la pandemia de COVID-19¹⁸⁸ y facilitando fondos de emergencia y ayuda mutua, incluida la distribución de paquetes de comida y de productos de higiene para su membresía en Bélgica, Brasil, Chile, Estados Unidos, India, Perú, Senegal y Tailandia, y la creación de fondos de solidaridad de emergencia para trabajadoras y trabajadores sexuales en situación de necesidad en Alemania, Argentina, Austria, Colombia,¹⁸⁹ España, Grecia, Irlanda, Países Bajos, Polonia, Singapur y Sudáfrica.¹⁹⁰

182 Gastón Rodríguez, “Trabajadoras sexuales denuncian el hostigamiento policial durante la pandemia”, *La Nación*, 23 de noviembre de 2020, lanacion.com.ar/seguridad/trabajadoras-sexuales-denuncian-el-hostigamiento-policial-durante-la-pandemia146-x-140-nid2517838/.

183 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional, Argentina.

184 ICRSE y SWAN, *COVID-19 crisis impact on access to health services for sex workers in Europe and Central Asia Assessment*, junio de 2020.

185 ICRSE y SWAN, *COVID-19 crisis impact on access to health services for sex workers in Europe and Central Asia Assessment*, junio de 2020, www.nswp.org/sites/default/files/covid19_swan_icrse_final_umbrella_interactive.pdf.

186 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

187 Amnistía Internacional India, *As The World Comes Together, India's Transgender Community Fights COVID-19 Alone*, <https://web.archive.org/web/20201128024310/https://amnesty.org.in/as-the-world-comes-together-indias-transgender-community-fights-covid-19-alone/>.

188 NSWP, *Sex Worker Community Responses*, nswp.org/es/page/sex-worker-community-responses; por ejemplo, el ICRSE organizó varios seminarios web sobre micromecenazgo, apoyo comunitario e incidencia para que las personas dedicadas al activismo conocieran temas cruciales para dar una respuesta de emergencia a la crisis; véase también ICRSE, *Sex workers on the frontline: The role of sex worker rights groups in providing support during the COVID-19 crisis in Europe*, marzo de 2021.

189 NSWP, *Sex Worker Community Responses*, nswp.org/es/page/sex-worker-community-responses.

190 SWAN e ICRSE, *COVID-19 crisis impact on access to health services for sex workers in Europe and Central Asia Assessment*, junio de 2020, donde se señala: “[S]e pudieron mantener hasta cierto punto la distribución de preservativos y lubricantes, y los programas de intercambio de agujas gracias sobre todo a las iniciativas de grupos comunitarios y organizaciones o proveedores de servicios de la sociedad civil, y al apoyo de donantes”.

Desde principios de 2020, la INPUD y redes regionales de personas consumidoras de drogas de todo el mundo se movilizaron rápidamente para desarrollar recursos y materiales educativos de pares online, como directrices sobre reducción del daño y otros recursos prácticos para proteger los derechos de estas personas durante la pandemia.¹⁹¹ Por ejemplo, las redes europeas de personas consumidoras de drogas fueron fundamentales a la hora de ampliar el acceso a la naloxona y a otros servicios de reducción del daño mediante la distribución entre iguales, y exhibieron gran flexibilidad y creatividad en la facilitación de ayuda mutua y autoayuda durante los confinamientos.¹⁹²

En España, la organización sin ánimo de lucro Metzineres aumentó rápidamente las plazas de sus entornos de cobijo para mujeres y personas que no se ajustan a las convenciones de género consumidoras de drogas y que vivieran situaciones de violencia, y facilitó análisis de sustancias y naloxona in situ y en la comunidad para prevenir sobredosis y otros daños relacionados con las drogas.¹⁹³

Los Estados tienen la obligación de derechos humanos de permitir la participación pública en los procesos de toma de decisiones y garantizar una consulta adecuada con las organizaciones de la sociedad civil en la respuesta a la pandemia.¹⁹⁴ Sin embargo, la criminalización injusta excluye a menudo a las organizaciones comunitarias de la participación efectiva en la toma de decisiones y el desarrollo, supervisión e implementación de las políticas de salud y sociales, lo que agrava las desventajas y la discriminación. Los Estados deben garantizar una consulta plena y significativa con todas las personas y grupos cuyos derechos e intereses puedan verse afectados por todas las medidas encaminadas a responder a una pandemia o a prepararse para ella.

191 INPUD, *COVID-19 Crisis: Harm reduction resources for people who use drugs*, 2020 (consultado el 25 de junio de 2020).

192 Mat Southwell, "Time for a new normal" autor invitado, Change Grow Live, 26 de junio de 2020, changeandgrowlive.org/news/time-new-normal-guest-blog-mat-southwell/.

193 Asociación Euroasiática de Reducción de Daños (EHRA), *Harm reduction service delivery to people who use drugs during a public health emergency: Examples from the COVID-19 pandemic in selected countries*, noviembre de 2020, <https://harmreductioneurasia.org/covid-19-practices-english/>.

194 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general n.º 14: el más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, doc. ONU E/C.12/2000/4, párr. 11.

AUSENCIA DE VIVIENDA ADECUADA

“Como el gobierno impuso el toque de queda, no se podía estar en la calle a partir de las ocho de la noche. Nos dijeron que nos quedáramos en casa, pero, si no tienes casa, ¿adónde vas a ir?”

Trabajadora social en una sala de consumo supervisado de Montreal (Canadá).¹⁹⁵

La falta de hogar ya era una crisis global de derechos humanos antes de la pandemia.¹⁹⁶ Según algunos cálculos, en todo el mundo, 1.600 millones de personas carecían de hogar o residían en viviendas inadecuadas en marzo de 2020.¹⁹⁷

Especialistas en derechos humanos y salud pública reconocieron rápidamente el acceso a una vivienda adecuada como aspecto esencial de las medidas de prevención de la COVID-19, necesario para garantizar que una persona pudiera aislarse, pasar la cuarentena, cumplir los toques de queda y acceder a servicios esenciales, como el agua y el saneamiento. Sin embargo, la falta de medidas de los gobiernos para priorizar la protección social de quienes residían en viviendas inseguras o inadecuadas o carecían de hogar, y para poner fin a los desalojos forzosos,¹⁹⁸ hizo que muchas personas se enfrentaran a graves obstáculos, a veces insuperables, para cumplir las medidas de protección. Esto dio lugar a una situación en la que las personas que carecen de hogar o residen en viviendas inadecuadas y sin recibir ayuda apropiada eran penalizadas por incumplir las medidas de salud pública.

Las multas y procesamientos de personas que incumplen las medidas de salud pública y las órdenes de confinamiento por carecer de vivienda constituyen castigos, demuestran una total falta de consideración por las normas internacionales de derechos humanos sobre igualdad y no discriminación, y agravan las dificultades a las que se enfrentan estas personas.¹⁹⁹



La policía practica detenciones y brigadas del ayuntamiento de Toronto empiezan a dismantlar un campamento de personas sin techo en el estadio de Lamport al endurecer la provincia de Ontario las restricciones para frenar la propagación de la pandemia de COVID-19. Canadá, 19 de mayo de 2021.

Foto de Steve Russell/Toronto Star via Getty Images.

195 Entrevista con Amnistía Internacional, 18 de agosto de 2021.

196 El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha aclarado, en su Observación general n.º 4 (1991), que “independientemente del estado de desarrollo de tal o cual país, hay ciertas medidas que deben tomarse inmediatamente” para realizar el derecho a una vivienda adecuada y que, a tal efecto, debe otorgarse “la debida prioridad a los grupos sociales que viven en condiciones desfavorables” (párrafos 10 y 11), https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT/CESCR/GEC/4759&Lang=es.

197 Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU, *First-ever United Nations Resolution on Homelessness*, 9 de marzo de 2020, www.un.org/development/desa/dspd/2020/03/resolution-homelessness/.

198 Observación general n.º 7 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales e informe de la relatora especial sobre una vivienda adecuada, 2015, doc. ONU A/HRC/31/54, párr. 49.

199 Amnistía Internacional, *Represión y COVID-19: Abusos policiales y pandemia* (Índice: ACT 30/3443/2020), 17 de diciembre de 2020.

DERECHO Y NORMAS INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS: EL DERECHO A UNA VIVIENDA ADECUADA

La criminalización de quienes carecen de vivienda está prohibida en diversos instrumentos de derechos humanos²⁰⁰ y va ligada a diversos abusos contra estos derechos, como la discriminación, los malos tratos²⁰¹ y la violación del derecho a la vida.²⁰² Sin embargo, muchos países tienen leyes penales o normativas (por ejemplo, ordenanzas) que castigan la carencia de hogar o infracciones conexas como la mendicidad, el merodeo y la venta callejera.²⁰³ La Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos ha incidido en que las leyes que castigan infracciones leves son incompatibles con los principios de igualdad ante la ley y no discriminación porque tienen un impacto desproporcionado en quienes viven en la pobreza y en los grupos marginados, entre otros, o se ceban con ellos.²⁰⁴ Asimismo, la Comisión Africana ha advertido de que la aplicación de esas leyes perpetúa la estigmatización de la pobreza al prescribir una respuesta penal a lo que debería permanecer en el ámbito de las políticas socioeconómicas.²⁰⁵

La relatora especial de la ONU sobre el derecho a una vivienda adecuada ha resaltado la injusticia que entraña el abordaje de la carencia de hogar por medio de medidas punitivas, incluidas multas o reclusiones, por actividades relacionadas con la supervivencia básica, como construir un refugio con cartones.²⁰⁶ Por ejemplo, en Sudáfrica, las ordenanzas municipales de Ciudad del Cabo criminalizan la carencia de hogar y las actividades relacionadas, como mendigar o tenderse, sentarse o estar de pie en algunos lugares públicos. El incumplimiento de estas ordenanzas se castiga con multas de hasta 2.000 rands sudafricanos (unos 130 dólares estadounidenses).²⁰⁷

El Comité de Derechos Humanos y el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, ambos de la ONU, se han mostrado preocupados por la criminalización de la falta de hogar en Estados Unidos —que incluye

las “leyes que prohíben actividades como vagabundear, establecer campamentos, ejercer la mendicidad y yacer en espacios públicos”— y por el número desproporcionadamente elevado de personas sin hogar pertenecientes a minorías étnicas y raciales.²⁰⁸

En el contexto de la COVID-19, la relatora especial sobre el derecho a una vivienda adecuada ha pedido a los Estados “declarar el fin de todos los desalojos de cualquier persona, en cualquier lugar y por cualquier motivo hasta el final de la pandemia y durante un período de tiempo razonable a partir de entonces”.²⁰⁹ Asimismo, les ha pedido proporcionar inmediatamente alojamiento a todas las personas sin hogar “vivan en la calle o al aire libre con miras a su transición a una vivienda permanente, de modo que no vuelvan a quedar sin hogar una vez que haya terminado la pandemia”.²¹⁰

200 Los Principios Rectores sobre la Extrema Pobreza y los Derechos Humanos, adoptados por consenso por el Consejo de Derechos Humanos el 27 de septiembre de 2012 en su Resolución 21/11, estipulan que los Estados deben “revocar o enmendar toda ley que penalice la realización de actividades necesarias para la supervivencia en los lugares públicos, como dormir, mendigar, comer o practicar actividades de higiene personal” (apartado B, Derechos a la libertad y a la seguridad de las personas, párr. 66.c), <https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-poverty/guiding-principles-extreme-poverty-and-human-rights>; y Directrices de la ONU para la Aplicación del Derecho a una Vivienda Adecuada, informe de la relatora especial sobre una vivienda adecuada, 26 de diciembre de 2019, doc. ONU A/HRC/43/43. La directriz 5, que lleva por título “Erradicar el problema de la falta de hogar en el menor tiempo posible y acabar con la criminalización de las personas sin hogar”, recomienda a los Estados “derogar todas las leyes y medidas que tipifican como delito o penalizan la falta de hogar o las conductas asociadas a esta situación, como dormir o comer en espacios públicos” (párr. 33.c), <http://www.undocs.org/A/HRC/43/43>.
201 Véase, por ejemplo, Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de los Estados Unidos de América*, 2014, doc. ONU CCPR/C/USA/CO/4, donde se señala que “el Comité observa que esa criminalización plantea cuestiones relacionadas con la discriminación y los tratos crueles, inhumanos o degradantes (arts. 2, 7, 9, 17 y 26)”, párr. 19.

202 Véase también Comité de Derechos Humanos, *Observación general núm. 36 sobre el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, relativo al derecho a la vida* (párr. 26): “La obligación de proteger la vida también implica que los Estados deberían adoptar medidas adecuadas para abordar las condiciones generales en la sociedad que puedan suponer amenazas directas a la vida o impedir a las personas disfrutar con dignidad de su derecho a la vida...[incluida] la falta de hogar”.

203 Open Society Foundations, *Why It's Time to Repeal Petty Offense Laws*, mayo de 2021, opensocietyfoundations.org/explainers/why-it-s-time-to-repeal-petty-offense-laws.

204 Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, *Principles on the Decriminalisation of Petty Offences in Africa* (principios sobre la despenalización de los delitos leves en África), párr. 6.

205 Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, *Principles on the Decriminalisation of Petty Offences in Africa* (principios sobre la despenalización de los delitos leves en África), párr. 7.

206 Informe de la relatora especial sobre una vivienda adecuada, 2015 doc. ONU A/HRC/31/54, párrs. 23-24.

207 La Campaña por la Despenalización de la Pobreza y la Condición Social explica que, en Sudáfrica, las ordenanzas municipales de Ciudad del Cabo —la *Ordenanza relativa a las calles, los lugares públicos y la prevención de ruidos molestos* (2007) y la *Ordenanza de gestión integrada de residuos* (2009)— criminalizan la carencia de hogar “al tipificar como delito la realización de actividades ordinarias de subsistencia por personas que viven en la calle como dormir, acampar, descansar, bañarse, construir un refugio o mantener pertenencias personales en público. Asimismo, estas ordenanzas criminalizan ‘mendigar’, tenderse, sentarse o incluso estar de pie en un lugar público. El ayuntamiento ha catalogado estas actividades como ‘comportamiento antisocial’ y viene usando estas ordenanzas para imponer multas de hasta 2.000 rands [130 dólares estadounidenses] a personas sin hogar por conductas inevitables. Estas ordenanzas son utilizadas a diario por funcionarios encargados de hacer cumplir la ley municipales para amenazar, hostigar, detener y, en algunos casos, desplazar a la fuerza a personas sin hogar, así como para confiscar las escasas pertenencias que tienen estas personas”, pettyoffences.org/homeless-challenge-by-laws/.

208 Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, *Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo a noveno combinados de los Estados Unidos de América*, 2014, doc. ONU CERD/C/USA/CO/7-9, [undocs.org/A/HRC/38/33/ADD.1](https://www.undocs.org/A/HRC/38/33/ADD.1).

209 *Nota orientativa sobre COVID-19: Prohibición de los desalojos*, Leilani Farha, relatora especial sobre el derecho a una vivienda adecuada, 28 de abril de 2020, https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Housing/SR_housing_COVID-19_guidance_evictions_sp.pdf.

210 Leilani Farha, relatora especial sobre el derecho a una vivienda adecuada, *Nota orientativa sobre COVID-19: Proteger a las personas en situación de sinhogarismo*, actualizado el 28 de abril de 2020, https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Housing/SR_housing_COVID-19_guidance_homeless_sp.pdf.

Algunos Estados sí introdujeron medidas de alojamiento provisional de emergencia, como el uso de edificios vacíos, hoteles y escuelas para alojar a personas; la facilitación de ayuda económica para contribuir al alquiler, y la imposición de moratorias de los desalojos para proteger a quienes corrían peligro de quedar sin hogar.²¹¹ Sin embargo, estas iniciativas no han sido sistémicas y a menudo fueron sólo temporales.²¹²

Muchos gobiernos han aprovechado la imposibilidad de que las personas residentes en viviendas precarias o sin hogar cumplieran las medidas contra la COVID-19 para criminalizarlas aún más. Por otra parte, la criminalización injusta ha creado barreras adicionales al acceso a las medidas de socorro de alojamiento temporal y la suspensión de los desalojos.

Los planteamientos punitivos a la falta de hogar interactúan con otras formas de criminalización injusta, estigmatización y exclusión social.²¹³ Por ejemplo, las personas LGBTI —y, en especial, las jóvenes— están representadas en exceso en contextos de falta de hogar y viviendas precarias en todo el mundo, debido, entre otros factores, al rechazo y los abusos de sus propias familias y comunidades.²¹⁴

Es más, muchas personas sin hogar también tienen necesidades de salud y sociales complejas y desatendidas, incluidos traumas y drogodependencia, que a menudo han empeorado en periodos de reclusión. Según una encuesta, en el mundo, al menos el 22% de las personas que se inyectaban drogas carecían de hogar o padecían inestabilidad en la vivienda en 2017, porcentaje que llegaba al 50% en Norteamérica.²¹⁵ Las personas sin hogar que consumen drogas en público han corrido durante la pandemia mayor riesgo de sufrir abusos policiales, detención y criminalización. Un estudio realizado en la ciudad de San Diego (Estados Unidos) reveló que casi el 40% de la población penitenciaria de la ciudad carecía de hogar cuando fue detenida (el 29%, por cargos de posesión de drogas).²¹⁶ Otro estudio de Estados

Unidos concluyó que las personas sin hogar tienen hasta 11 veces más posibilidades de acabar encarceladas que la población general.²¹⁷

Las personas sin hogar corren también mayor riesgo de sufrir diversas violaciones de derechos humanos, entre ellas abusos a manos de agentes de policía y violencia sexual. En una encuesta realizada por Front Line Defenders entre personas defensoras de los derechos humanos de las trabajadoras y los trabajadores sexuales y de la población LGBTIQ+, la carencia de hogar fue identificada como una de las prioridades principales que quienes defienden estos derechos tienen que abordar por fuerza porque “incrementa [directamente] la probabilidad y el impacto de todos los demás riesgos”.²¹⁸

PERSONAS QUE VIVEN EN LA CALLE Y EXPUESTAS A QUEDAR SIN HOGAR

La carencia de hogar es fruto de la inacción del Estado a la hora de proteger y hacer realidad el derecho de todas las personas a una vivienda adecuada y exige una respuesta de derechos humanos urgente e inmediata. La relatora especial de la ONU sobre el derecho a una vivienda adecuada ha aclarado que la carencia de hogar es una violación de derechos humanos incluso durante las crisis e independientemente de la nacionalidad o la condición jurídica de las personas. Los gobiernos no pueden suspender su obligación fundamental de proteger el derecho a una vivienda adecuada ni el derecho a la salud y la alimentación ni siquiera en un estado de excepción.²¹⁹

Para muchas personas sin hogar, la pandemia ha incrementado las dificultades que entrañan el estigma, la discriminación y la exclusión. Las organizaciones que participaron en la encuesta de Amnistía Internacional mencionaron que, en países como Camboya, Costa Rica, India, Indonesia y Polonia, muchas personas que vivían en la calle carecían de información sobre cómo prevenir la

211 FEANTSA, Homeless in Europe: Room in the Recovery, feantsa.org/public/user/Resources/magazine/2021/Winter/FEA_012-21_magazine_winter_v4.pdf.

212 Amnistía Internacional, *Covid-19 and the Right to Housing, a Submission to the UN Special Rapporteur on the right to adequate housing* (Índice: IOR 40/2626/2020), junio de 2020, [amnesty.org/en/documents/ior40/2626/2020/en/](https://www.amnesty.org/en/documents/ior40/2626/2020/en/).

213 Informe de la Relatora Especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado y sobre el derecho de no discriminación a este respecto, 2015, doc. ONU A/HRC/31/54, párr. 4. Véase Informe de la Relatora Especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado y sobre el derecho de no discriminación a este respecto, 2015, doc. ONU A/HRC/31/54, párr. 49.b, que señala: “Los Estados deben luchar contra la discriminación, el estigma y los estereotipos negativos de las personas sin hogar con carácter urgente y ofrecer protección jurídica contra la discriminación por razón de la situación social y económica, que comprende la falta de hogar”; Ndifuna Ukwazi, comunicado de prensa, *Eleven people who are homeless go to court to challenge Cape Town's discriminatory by-laws*, pettyoffences.org/homeless-challenge-by-laws/.

214 Libres e iguales, Naciones Unidas, <https://www.unfe.org/es/>; A. Abramovich et al., “Investigating the impacts of COVID-19 among LGBTQ2S youth experiencing homelessness”, *PLoS ONE* 16(9): e0257693, 2021, doi.org/10.1371/journal.pone.0257693.

215 Tetyana Vasylyeva, Pavlo Smyrnov, Steffanie Strathdee y Samuel R. Friedman, “Challenges posed by COVID-19 to people who inject drugs and lessons from other outbreaks”, *Journal of the International AIDS Society*, 19 de julio de 2020, doi.org/10.1002/jia2.25583.

216 Gary Warth, “Study: Number of homeless people among county's jail population growing”, *The San Diego Union Tribune*, 17 de octubre de 2019, [sandiegouniontribune.com/news/homelessness/story/2019-10-17/study-more-arrested-people-becoming-homeless](https://www.sandiegouniontribune.com/news/homelessness/story/2019-10-17/study-more-arrested-people-becoming-homeless).

217 National Law Center on Homelessness & Poverty, *Housing not Handcuffs: Ending the Criminalization of Homelessness in U.S. Cities*, homelesslaw.org/wp-content/uploads/2018/10/Housing-Not-Handcuffs.pdf, pág. 38.

218 Front Line Defenders, *LGBTIQ+ and Sex Worker Rights Defenders At Risk During Covid-19*, diciembre de 2020, frontlinedefenders.org/sites/default/files/front_line_defenders_covid-19.pdf, pág. 11.

219 *Nota orientativa sobre COVID-19: Proteger a las personas en situación de sinhogarismo*, Leilani Farha, relatora especial de la ONU sobre el derecho a una vivienda adecuada, actualizada el 28 de abril de 2020, https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Housing/SR_housing_COVID-19_guidance_homeless_sp.pdf.

COVID-19, dónde alojarse y cómo mantenerse a salvo,²²⁰ y los refugios y los servicios de ayuda estaban cerrados.²²¹ Muchas personas que viven en espacios públicos fueron multadas por incumplir el toque de queda, lo que exacerbó estas dificultades.²²² Y cuando los gobiernos tomaron medidas para proporcionar alojamientos, estas medidas perdieron a menudo parte de su efectividad por el carácter punitivo y criminalizador del planteamiento adoptado.

Por ejemplo, en Italia, entre el principio de la emergencia sanitaria el 31 de enero y mediados de junio de 2020, la ONG Avvocato di Strada —que facilita asistencia jurídica a personas necesitadas— documentó al menos 17 casos de personas sin hogar que habían sido multadas por incumplir las medidas de confinamiento y de restricción de la circulación.²²³ En España, Amnistía Internacional se mostró preocupada por el impacto desproporcionado en las personas sin hogar de la aplicación de las medidas de confinamiento.²²⁴ En Francia, los medios de comunicación reflejaron también que la policía había multado a decenas de personas sin hogar por no poder cumplir las medidas de confinamiento.²²⁵ En Reino Unido, se facultó a la policía para aplicar las directrices de “quedarse en casa” emitidas por el gobierno el 23 de marzo de 2020 y, aunque las personas sin hogar fueron eximidas del cumplimiento de la normativa sobre restricciones a la libertad de circulación, varias ONG denunciaron que la policía las había multado.²²⁶

Se tuvo noticia del empleo de hoteles como respuesta directa a la falta de hogar en ciertos países de renta alta como Australia,²²⁷ Bélgica,²²⁸ algunos estados de Estados Unidos²²⁹ y Reino Unido.²³⁰ En Estados Unidos, el gobierno federal distribuyó 1.000 millones de dólares entre los gobiernos locales para ayudar a personas sin hogar y a quienes corrían el peligro de perder su alojamiento.²³¹ Pese a su éxito, estas medidas se limitaron, en general, a responder a la pandemia y la mayoría de ellas cesaron o se redujeron una vez que se relajaron las restricciones. Las personas sin hogar consumidoras de drogas informaron de dificultades añadidas para acceder a este tipo de alojamiento de emergencia debido a una serie de limitaciones estrictas como la prohibición total del consumo de drogas en sus instalaciones.²³² Por ejemplo, la Alianza Canadiense para la Reforma de la Legislación sobre Trabajo Sexual comunicó que, aunque se abrieron en el país habitaciones de hotel para alojar a personas en riesgo de quedar sin hogar, también “se ha[b]ía expulsado a trabajadoras o trabajadores sexuales que consumían drogas o que habían salido a comprar tabaco y no se les había permitido volver”.²³³

Sin embargo, en numerosos contextos, los refugios temporales ofrecidos incumplían unos criterios mínimos, y los gobiernos no protegieron a la población de abusos contra los derechos humanos. En Sudáfrica, se encomendó a los gobiernos locales el establecimiento de albergues para personas sin hogar durante el

220 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

221 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

222 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

223 Entrevista telefónica de Amnistía Internacional con representantes de Avvocato di Strada, 14 de mayo de 2020, <https://www.avvocatodistrada.it/project/homeless-more-rights-2021/>.

224 Amnistía Internacional, *España: Amnistía Internacional denuncia casos de arbitrariedad policial en la imposición de multas durante el estado de alarma*, 8 de mayo de 2020, [es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/espana-amnistia-internacional-denuncia-casos-de-arbitrariedad-policial-en-la-imposicion-de-multas-du/](https://www.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/espana-amnistia-internacional-denuncia-casos-de-arbitrariedad-policial-en-la-imposicion-de-multas-du/).

225 Fabien Leboucq, “Est-ce que des SDF ont été verbalisés en France pour non-respect du confinement?”, *Liberation*, 24 de marzo de 2020, https://www.liberation.fr/checknews/2020/03/24/est-ce-que-des-sdf-ont-ete-verbalises-en-france-pour-non-respect-du-confinement_1782742/; y Justine Boch, “Lyon: des réfugiés sans abris verbalisés pendant le confinement”, *Lyon Capitale*, 28 de mayo de 2020, [lyoncapitale.fr/actualite/lyon-des-refugies-sans-abris-verbalises-pendant-le-confinement/](https://www.lyoncapitale.fr/actualite/lyon-des-refugies-sans-abris-verbalises-pendant-le-confinement/).

226 Fair Trials, *Beyond the emergency of the COVID-19 pandemic: Lessons for defence rights in Europe*, 2020, [fairtrials.org/sites/default/files/publication-pdf/Beyond%20the%20emergency%20of%20the%20COVID-19%20pandemic.pdf](https://www.fairtrials.org/sites/default/files/publication-pdf/Beyond%20the%20emergency%20of%20the%20COVID-19%20pandemic.pdf), pág. 34 y *Fair Trials submission to the Justice Committee, Covid-19 and the criminal law*, 9 de abril de 2020, donde se cita el análisis de la Fiscalía General de la Corona de Reino Unido de junio de 2020. Véanse también *Manchester Evening News*, “Charge of breaching coronavirus lockdown law against drunk man withdrawn after court told it doesn’t apply to the homeless”, abril de 2020; Amnistía Internacional, *Actuación policial durante la pandemia: Violaciones de derechos humanos en Europa durante la aplicación de medidas contra la COVID-19*, 2020.

227 Gobierno del estado de Victoria, *Amendment to homelessness services guidelines and conditions of funding*, [dhhs.vic.gov.au/housing-and-homelessness-coronavirus-covid-19](https://www.dhhs.vic.gov.au/housing-and-homelessness-coronavirus-covid-19).

228 Mauro Striano, “Hotels as Accommodation for Homeless People in Brussels: A Temporary Solution or a Herald of Longer-term Changes?” en FEANTSA, *Homeless in Europe: Room in the Recovery*, [feantsa.org/public/user/Resources/magazine/2021/Winter/FEA_012-21_magazine_winter_v4.pdf](https://www.feantsa.org/public/user/Resources/magazine/2021/Winter/FEA_012-21_magazine_winter_v4.pdf).

229 City of New York, *Isolation Hotel Program for Those with COVID-19*, 2021, www1.nyc.gov/site/helpnownyc/get-help/covid-19-hotel-program.page; Departamento de Salud de la Ciudad de Baltimore, *Lord Baltimore Hotel, Triage, Respite, and Isolation (TRI) Center*, www.icarol.info/ResultDetails.aspx?org=2046&agencynum=68805084.

230 Wendy Wilson y Hannah Cromarty, “Coronavirus: A ban on evictions and help for rough sleepers” *Briefing Paper 08867*, House of Commons Library, p. 1, 9 June 2020, <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-9057/>; CRISIS, “£105m announced to keep people sleeping rough safe and off the streets during pandemic – Crisis response”, <https://www.crisis.org.uk/about-us/media-centre/105m-announced-to-keep-people-sleeping-rough-safe-and-off-the-streets-during-pandemic-crisis-response/>, 24 de junio de 2020.

231 National Law Center on Homelessness & Poverty et al., *Addressing the Impact of Covid-19 on People experiencing Homelessness*, [homelesslaw.org/wp-content/uploads/2020/10/Addressing-the-Impact-of-COVID-19-on-People-Experiencing-Homelessness-Factsheet-UPDATED.pdf](https://www.homelesslaw.org/wp-content/uploads/2020/10/Addressing-the-Impact-of-COVID-19-on-People-Experiencing-Homelessness-Factsheet-UPDATED.pdf).

232 Scott Greenstone, “Renton City Council moves to shut down hotel housing homeless people, restrict future shelters”, *Seattle Times*, 24 de noviembre de 2020, [seattletimes.com/seattle-news/homeless/renton-city-council-moves-to-shut-down-hotel-housing-homeless-people-restrict-future-shelters/](https://www.seattletimes.com/seattle-news/homeless/renton-city-council-moves-to-shut-down-hotel-housing-homeless-people-restrict-future-shelters/); Jody Doherty-Cove, “Homeless in Brighton hotel told toasters will be seized”, *The Argus*, 23 de febrero de 2021, [theargus.co.uk/news/19110112/homeless-brighton-hotel-told-toasters-will-be-seized/](https://www.theargus.co.uk/news/19110112/homeless-brighton-hotel-told-toasters-will-be-seized/); Transform Drug Policy Foundation, “Reality Check: Policing of People Who Use Drugs during the Covid-19 Pandemic”, 31 de marzo de 2020, [transformdrugs.org/blog/reality-check-policing-of-people-who-use-drugs-during-the-covid-19-pandemic](https://www.transformdrugs.org/blog/reality-check-policing-of-people-who-use-drugs-during-the-covid-19-pandemic).

233 Amnistía Internacional Canadá, *The rights of sex workers are being ignored in the COVID-19 response: In conversation with Jenn Clamen of the Canadian Alliance for Sex Work Law Reform*, 23 de abril de 2020, [amnesty.ca/blog/womens-human-rights/rights-sex-workers-are-being-ignored-covid-19-response-conversation-jenn-clamen-canadian/](https://www.amnesty.ca/blog/womens-human-rights/rights-sex-workers-are-being-ignored-covid-19-response-conversation-jenn-clamen-canadian/).

confinamiento nacional, en marzo de 2020, y se les dieron facultades para “trasladar a la fuerza a personas” a esos lugares.²³⁴ Según informes, el empleo de la policía para aplicar esa medida aumentó el temor de las personas sin hogar a ser presionadas para ir al albergue.²³⁵ Además, las autoridades no consultaron a las comunidades locales²³⁶ ni a las personas a quienes iba dirigida la medida. Por otro lado, la combinación de circunstancias como la gestión y preparación deficientes de los lugares en cuestión; la falta de acondicionamiento para el invierno y de dotaciones básicas como atención médica, camas, aseos e instalaciones de saneamiento; y la ausencia de espacio para mantener la distancia física recomendada dieron lugar a un alto riesgo de contagio de la COVID-19 en los albergues, hasta el punto de que especialistas en salud advirtieron de que estos enfoques podrían crear “el caldo de cultivo perfecto para que florezca la pandemia”.²³⁷ En Estados Unidos se informó de motivos de preocupación similares.²³⁸

Los albergues temporales carecían también de servicios sociales y de reducción del daño para las personas que consumían drogas.²³⁹ Un estudio de caso sobre el albergue temporal colectivo establecido en el estadio Caledonian de la ciudad de Tshwane (Sudáfrica) resaltó cómo estas omisiones habían privado de servicios a cientos de personas que padecían síntomas de abstinencia²⁴⁰ que pueden provocar sufrimiento y dolor intensos si no son aliviados por el tratamiento médico adecuado y que, en ciertos casos, pueden ser constitutivos de tortura u otros malos tratos.²⁴¹ Por otro lado, el éxito de una intervención para facilitar terapia de sustitución de opioides en un campo temporal mostró la posibilidad y la necesidad de facilitar alojamiento y atención médica a las personas sin hogar y a quienes consumen drogas “en tiempos ‘normales’”.²⁴²

Según la información recibida, el empleo de albergues temporales del gobierno en la ciudad de Manila (Filipinas) dio también lugar a reclusiones arbitrarias y otros abusos contra los derechos humanos, y hubo personas a las que se impidió salir y que fueron golpeadas por los guardias de seguridad del albergue.²⁴³

Las organizaciones de base que trabajan con grupos en situación de riesgo cubrieron a menudo las lagunas de las respuestas gubernamentales a la pandemia facilitando albergues, comida y atención médica a las personas necesitadas.²⁴⁴ Sin embargo, el impacto económico negativo de la pandemia sobre numerosas ONG que facilitan apoyo a comunidades ha sido significativo.

Además, al tiempo que las normativas de prevención de la COVID-19 sobre distancia física limitaban el acceso de las personas sin hogar a albergues y alimentos, algunos Estados intensificaban aún más sus repercusiones negativas con planteamientos cada vez más punitivos hacia la falta de hogar. Por ejemplo, los medios de comunicación documentaron 15 casos en Miami (Estados Unidos) en los que agentes de policía destruyeron tiendas de campaña y detuvieron a más de 300 personas en total entre marzo y abril de 2020.²⁴⁵ Es más, el ayuntamiento de Miami aprobó una nueva ordenanza en 2020 por la que prohibía que una persona facilitara comida sin permiso a más de 25 personas sin hogar; quienes incumplieran esa normativa podían recibir multas de 250 dólares. Las autoridades alegaron que la medida tenía por objeto “contribuir a mantener las calles limpias de la basura y los residuos que normalmente dejan estos repartos de comida”.²⁴⁶ El Instituto de Justicia de Florida calificó el impacto de esta nueva normativa de “cruel e inhumano, puesto que su implementación se propuso en el peor momento de la

234 Tessa Marcus *et al.*, “Harm reduction in an emergency response to homelessness during South Africa’s COVID-19 lockdown”, *Harm Reduction Journal*, volumen 17, artículo 60 (2020), doi.org/10.1186/s12954-020-00404-0, donde se señala que las normas de la Ley de Gestión de Desastres “ordenan al Estado crear albergues temporales para las personas sin hogar y, simultáneamente, autorizan a agentes encargados de hacer cumplir la ley a evacuarlas forzadamente a estos lugares para preservar su vida y las de los demás”.

235 The Sex Workers Education and Advocacy Taskforce (SWEAT), Sisonke, National Movement of Sex Workers y Triangle Project (comunicado de prensa conjunto), *How did Robyn Montsumi die in the custody of Mowbray Police Station*, 29 de mayo de 2020, sweat.org.za/2020/05/29/press-statement-how-did-robyn-montsumi-die-in-the-custody-of-mowbray-police-station/.

236 Suné Payne, “Human Rights Commission report flays Cape Town’s Strandfontein relocation site”, *Daily Maverick*, 29 de abril de 2020, dailymaverick.co.za/article/2020-04-29-human-rights-commission-report-flays-cape-towns-strandfontein-relocation-site/.

237 Tessa Marcus *et al.*, “Harm reduction in an emergency response to homelessness during South Africa’s COVID-19 lockdown”, *Harm Reduction Journal*, volumen 17, artículo 60 (2020), doi.org/10.1186/s12954-020-00404-0.

238 Juliana Nnoko-Mewanu y Clive Baldwin, *Business As Usual Isn’t Good Enough for World’s Homeless*, Human Rights Watch, 7 de mayo de 2020, [hrw.org/news/2020/05/07/business-usual-isnt-good-enough-worlds-homeless#](https://www.hrw.org/news/2020/05/07/business-usual-isnt-good-enough-worlds-homeless#).

239 Tessa Marcus *et al.*, “Harm reduction in an emergency response to homelessness during South Africa’s COVID-19 lockdown”, *Harm Reduction Journal*, volumen 17, artículo 60 (2020).

240 Tessa Marcus *et al.*, “Harm reduction in an emergency response to homelessness during South Africa’s COVID-19 lockdown”, *Harm Reduction Journal*, volumen 17, artículo 60 (2020), donde se lee: “Como consecuencia [de la intervención], se está planeando un planteamiento integral combinado para ofrecer servicios a estos sectores de población que el ayuntamiento, la universidad y las organizaciones asociadas pertinentes implementarán a largo plazo”.

241 Consejo de Derechos Humanos, Informe del relator especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, enero de 2009, doc. ONU A/HRC/10/44, párr. 57.

242 Tessa Marcus *et al.*, “Harm reduction in an emergency response to homelessness during South Africa’s COVID-19 lockdown”, *Harm Reduction Journal*, volumen 17, artículo 60 (2020).

243 Alecs Ongcal, “‘We just need food’: Manila’s newly homeless tell stories of survival in lockdown”, *The Guardian* (reportaje fotográfico), 8 de octubre de 2021, [theguardian.com/global-development/2021/oct/08/we-just-need-food-manilas-newly-homeless-tell-stories-of-survival-in-lockdown-photo-essay](https://www.theguardian.com/global-development/2021/oct/08/we-just-need-food-manilas-newly-homeless-tell-stories-of-survival-in-lockdown-photo-essay).

244 Carlos Mesquita, “Cape Town homeless share their Covid-19 pandemic stories”, IOL, 2 de junio de 2021, [iol.co.za/capeargus/opinion/cape-town-homeless-share-their-covid-19-pandemic-stories-269ddeb-97cd-48eb-9db7-1ae20cf38c8d](https://www.iol.co.za/capeargus/opinion/cape-town-homeless-share-their-covid-19-pandemic-stories-269ddeb-97cd-48eb-9db7-1ae20cf38c8d).

245 Jerry Lannelli, “Despite Coronavirus Warnings, Miami Area Police Are Still Arresting Hundreds of Homeless People”, *The Appeal*, 7 de mayo de 2020, theappeal.org/miami-police-arrest-homeless/, citado en homelesslaw.org/wp-content/uploads/2020/10/Addressing-the-Impact-of-COVID-19-on-People-Experiencing-Homelessness-Factsheet-UPDATED.pdf.

246 Francisco Alvarado, “Miami Escalates Assault on Homeless People by Regulating Public Feedings”, *Miami New Times*, 13 de julio de 2020, miamiherald.com/news/miami-ordinance-limits-public-feeding-of-homeless-11665011.

pandemia de COVID-19” y en el contexto de una crisis económica.²⁴⁷

ASENTAMIENTOS INFORMALES

Las personas que viven en viviendas precarias y en situaciones de pobreza se han enfrentado a dificultades enormes para cumplir las normativas sociales y de salud relacionadas con la COVID-19 dada la falta de ayuda material y de otro tipo necesaria. En consecuencia, la actuación policial para aplicar las medidas relacionadas con la COVID-19 ha tenido un impacto desproporcionado sobre estas comunidades marginadas. Amnistía Internacional ha documentado varios casos en los que asentamientos informales y campos de migrantes han estado sometidos a una intensa actuación policial y en los que los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley han usado fuerza ilegítima contra la población residente.²⁴⁸

En algunos países, las autoridades han impuesto cuarentenas selectivas discriminatorias obligatorias a zonas enteras en las que residen ciertas comunidades marginadas.²⁴⁹

Por ejemplo, en Bulgaria, Chipre, Eslovaquia, Francia, Grecia, Hungría y Serbia, ése ha sido el caso en asentamientos informales, pueblos y zonas urbanas concretas donde residían romaníes, y en asentamientos en los que viven personas refugiadas, solicitantes de asilo y migrantes pese a la falta de pruebas de que estas comunidades representaban una amenaza para la salud pública.²⁵⁰

En Camboya, durante la tercera ola de COVID-19, en abril de 2021, el gobierno designó “zonas rojas” áreas de las ciudades con brotes graves de COVID-19 y prohibió a sus habitantes salir de sus casas ni siquiera para comprar comida u otros artículos de primera necesidad. Esto incluía a personas que vivían en la pobreza y en viviendas precarias, con lo que quedaban confinadas en una sola casa familias enteras, a menudo sin agua corriente ni electricidad.²⁵¹ Estas medidas draconianas llevaron al país al borde de una catástrofe humanitaria y dejaron a miles de personas desesperadas sin comida.²⁵² El hecho de que el gobierno no priorizara el acceso a artículos de primera necesidad se vio agravado por una dependencia excesiva de la aplicación punitiva de las normas relacionadas con la COVID-19 por la que cualquier persona que desobedeciera las medidas administrativas se enfrentaba a una serie de sanciones excesivas y desproporcionadas que incluían penas de hasta 20 años de prisión y multas de hasta 20 millones de ríeles (unos 5.000 dólares estadounidenses).²⁵³

Probablemente, cualquier medida dirigida deliberadamente a comunidades enteras, sin pruebas de que éstas representen un peligro para la salud pública durante la pandemia, será arbitraria y desproporcionada y, por tanto, podría constituir discriminación.

DESALOJOS FORZOSOS

Los desalojos forzosos constituyen una violación del derecho internacional de los derechos humanos y tienen un impacto desproporcionado en las comunidades marginadas. Los desalojos nunca deben llevarse a cabo sin ofrecer a las personas afectadas una vivienda alternativa adecuada. Esto es aún más trascendental durante una pandemia, cuando la gente que ha perdido su hogar se ve expuesta a un mayor riesgo de contagio.

247 Carta abierta, 25 de junio de 2020, *Florida Justice Institute and Other Stakeholders Oppose Proposed “Regulations for Street and Public Large Group Feedings” Ordinance*, floridajusticeinstitute.org/our-work/florida-justice-institute-and-other-stakeholders-oppose-proposed-regulations-for-street-and-public-large-group-feedings-ordinance/.

248 Amnistía Internacional, *Actuación policial durante la pandemia: Violaciones de derechos humanos en Europa durante la aplicación de medidas contra la COVID-19* (Índice: EUR 01/2511/2020), 24 de junio de 2020; Amnistía Internacional, *Represión y COVID-19: Abusos policiales y pandemia* (Índice: ACT 30/3443/2020), 17 de diciembre de 2020.

249 Amnistía Internacional, *Actuación policial durante la pandemia: Violaciones de derechos humanos en Europa durante la aplicación de medidas contra la COVID-19* (Índice: EUR 01/2511/2020), 24 de junio de 2020.

250 Amnistía Internacional, *Actuación policial durante la pandemia: Violaciones de derechos humanos en Europa durante la aplicación de medidas contra la COVID-19* (Índice: EUR 01/2511/2020), 24 de junio de 2020; Amnistía Internacional ha denunciado también que Bulgaria y Eslovaquia pusieron en cuarentena obligatoria varios asentamientos romaníes alegando que la medida era necesaria para la protección de la salud y la seguridad públicas. La organización se mostró preocupada por la implementación y aplicación de las medidas de cuarentena y, en concreto, porque las autoridades no habían tomado medidas para proporcionar a las familias romaníes de los asentamientos afectados los medios necesarios para protegerse ni les habían garantizado un acceso adecuado a agua, saneamiento, alimentación, productos de higiene y atención médica. Véase Amnistía Internacional, *Stigmatizing Quarantines of Roma Settlements in Slovakia and Bulgaria* (Índice: EUR 01/2156/2020), 17 de abril de 2020, [amnesty.org/es/documents/eur01/2156/2020/en/](https://www.amnesty.org/es/documents/eur01/2156/2020/en/).

251 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Camboya.

252 Amnistía Internacional, *Cambodia: Authorities must avert COVID-19 humanitarian crisis*, 30 de abril de 2021, [amnesty.org/en/latest/press-release/2021/04/cambodia-humanitarian-crisis-covid/](https://www.amnesty.org/en/latest/press-release/2021/04/cambodia-humanitarian-crisis-covid/).

253 La Ley sobre Medidas para Prevenir la Propagación de la COVID-19 y de Otras Enfermedades Graves, Peligrosas y Contagiosas (Ley COVID-19), promulgada el 11 de marzo de 2021, especifica en su artículo 10, por ejemplo, que desobedecer las medidas administrativas podrá ser castigado con hasta cinco años de prisión si se considera que afecta gravemente a la salud pública. Véase también Amnistía Internacional, *Cambodia: Authorities must avert COVID-19 humanitarian crisis*, 30 de abril de 2021, [amnesty.org/en/latest/press-release/2021/04/cambodia-humanitarian-crisis-covid/](https://www.amnesty.org/en/latest/press-release/2021/04/cambodia-humanitarian-crisis-covid/).

DERECHO Y NORMAS INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS: DESALOJOS FORZOSOS

El desalojo forzoso es una violación de derechos humanos. El derecho a no sufrir desalojos forzosos es un elemento del derecho a una vivienda adecuada.²⁵⁴ El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales define el desalojo forzoso como “el hecho de hacer salir a personas, familias y/o comunidades de los hogares y/o las tierras que ocupan, en forma permanente o provisional, sin ofrecerles medios apropiados de protección legal o de otra índole ni permitirles su acceso a ellos. Sin embargo, la prohibición de los desalojos forzosos no se aplica a los desalojos forzosos efectuados legalmente y de acuerdo con las disposiciones de los Pactos Internacionales de Derechos Humanos”.²⁵⁵

Se produce un desalojo forzoso cuando se hace salir a una o varias personas:

- contra su voluntad;
- de los hogares o tierras que ocupan, en forma permanente o provisional;
- sin ofrecerles una vivienda alternativa, indemnización y reasentamiento, o acceso a tierras productivas;
- tengan o no título de propiedad legal de la vivienda o la tierra (no se puede desalojar por la fuerza a colonos u ocupantes informales aunque hayan ocupado la tierra de manera ilegal); o
- sin ofrecerles medios apropiados de protección legal o de otra índole ni permitirles su acceso a ellos.

Con frecuencia quienes ejecutan los desalojos forzosos son funcionarios del Estado, aunque a veces lo hacen particulares o empresas con la cooperación o la inacción del Estado. En estos casos, el Estado es responsable directa o indirectamente.

En contravención del derecho y las normas internacionales de derechos humanos,²⁵⁶ los organismos encargados de hacer cumplir la ley han seguido ejecutando desalojos forzosos durante la pandemia. Amnistía Internacional ha informado de desalojos forzosos en Adís Abeba (Etiopía), Nairobi (Kenia), Accra (Ghana), Calais (Francia) y Roma y Turín (Italia).²⁵⁷

Aunque algunos Estados establecieron la suspensión temporal de los desalojos, el final de esta medida ha tenido consecuencias desastrosas en muchos lugares. En Reino Unido, los desalojos aumentaron bruscamente en los tres meses posteriores al final de su prohibición.²⁵⁸ En Estados Unidos, los desalojos provocaron miles de muertes evitables relacionadas con la COVID-19, ya que, cuando los estados eliminaron la prohibición de los desalojos en el verano de 2020, “sus casos de COVID-19 se duplicaron y sus muertes quintuplicaron las de sus homólogos”.²⁵⁹

EXCLUSIÓN DE LAS SALVAGUARDIAS QUE GARANTIZAN UNA VIVIENDA SEGURA

Amnistía Internacional ha observado que la criminalización injusta ha sido una barrera habitual que impedía que las personas marginadas accedieran a la protección que ofrece la suspensión de los desalojos.

Trabajadores y trabajadoras sexuales, y otras personas con trabajos precarios que carecían de contratos formales de alquiler denunciaron que corrían riesgo de desalojo.²⁶⁰ Muchas personas que ejercen el trabajo sexual residen en su lugar de trabajo, como hoteles, bares y otros locales que se vieron obligados a cerrar en aplicación de las normativas relacionadas con la COVID-19. Debido a la criminalización del trabajo sexual, un elevado número de trabajadoras y trabajadores sexuales fueron objeto de desalojos, redadas policiales y falta de vivienda, con lo que quedaron más expuestas aún al riesgo de sufrir violencia y sanciones por violar las restricciones de salud pública.²⁶¹

254 El artículo 11.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce “el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado [...], incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia”.

255 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 7, El derecho a una vivienda adecuada (párrafo 1 del artículo 11 del Pacto): los desalojos forzosos*, 1997, párr. 3.

256 Los desalojos forzosos son incompatibles *prima facie* con los requisitos del artículo 11.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconoce “el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado [...], incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia” y del artículo 17.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, que complementa el derecho a no sufrir desalojo forzoso sin la protección adecuada. Esta última disposición reconoce, entre otras cosas, el derecho de toda persona a ser protegida de “injercias arbitrarias o ilegales” en su domicilio. Véase *Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 7, El derecho a una vivienda adecuada (párrafo 1 del artículo 11 del Pacto): los desalojos forzosos*, 1997.

257 Amnistía Internacional, *Represión y COVID-19: Abusos policiales y pandemia* (Índice: ACT 30/3443/2020), 17 de diciembre de 2020, pág. 21.

258 Citizens Advice, *Housing issues surge as end of the eviction ban nears*, 21 de mayo de 2021 [citizensadvice.org.uk/cymraeg/amdanom-ni/about-us1/media/press-releases/housing-issues-surge-as-end-of-the-eviction-ban-nears/](https://www.citizensadvice.org.uk/cymraeg/amdanom-ni/about-us1/media/press-releases/housing-issues-surge-as-end-of-the-eviction-ban-nears/); Lucie Health, “Landlord possessions increase by 207% following end of eviction ban”, Inside Housing, 15 de noviembre de 2021 <https://www.insidehousing.co.uk/news/news/landlord-possessions-increase-by-207-following-end-of-eviction-ban-73348>.

259 Eviction Lab, *Covid-19 Housing Policy Scorecard*, 2020, evictionlab.org/covid-policy-scorecard/, y Courtney Lauren Anderson, “A Pandemic Meets a Housing Crisis”, capítulo 27 en *Covid-19 Policy Playbook IV: Legal Recommendations for a Safer, More Equitable Future*, marzo de 2021, <https://www.publichealthlawwatch.org/covid19-policy-playbook> páginas 173- 176, donde se cita “Expiring Eviction Moratoriums and COVID-19 Incidence and Mortality”, *American Journal of Epidemiology*, 2021, doi.org/10.1093/aje/kwab196.

260 Véase, por ejemplo, Comité Internacional por los Derechos de las/los Trabajadoras/es Sexuales en Europa, *Sex workers on the frontline: The role of sex worker rights groups in providing support during the COVID-19 crisis in Europe*, marzo de 2021.

261 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

Según informes, en países como Australia,²⁶² Ecuador²⁶³ y Nigeria²⁶⁴ se prohibieron los desalojos por impago del alquiler o la hipoteca, medida que incluyó a los trabajadores y trabajadoras sexuales. Sin embargo, en numerosos países, pese a la protección formal contra los desalojos, las organizaciones de trabajadoras y trabajadores sexuales denunciaron que éstos corrían el riesgo de quedar sin hogar.²⁶⁵ En Francia, un sindicato que representa a las personas que ejercen el trabajo sexual afirmó que “los propietarios o gerentes de hoteles habían expulsado de sus hogares a las trabajadoras y trabajadores sexuales”.²⁶⁶ En India, la NNSW denunció que, en medio de los confinamientos nacionales, se obligó a evacuar sus habitaciones a las trabajadoras y trabajadores sexuales que no podían pagar el alquiler.²⁶⁷

En la República Democrática del Congo, pese a la prohibición oficial de los desalojos, en la ciudad de Bukavu, en la frontera con Ruanda y Burundi, donde el 65% de quienes ejercen el trabajo sexual viven en su lugar de trabajo, estas personas quedaron expuestas al desalojo al desaparecer su fuente de ingresos.²⁶⁸ Según informes, hubo un caso de desalojo de 36 personas que ejercían el trabajo sexual en el que no se tuvo en cuenta cómo iban a sobrevivir sin hogar ni ingresos durante el confinamiento.²⁶⁹

La criminalización del trabajo sexual creó también dificultades para las trabajadoras y trabajadores sexuales que intentaron ayudarse mutuamente compartiendo alojamiento. La Red de Defensa de los Derechos de las Trabajadoras y los Trabajadores Sexuales (SWAN) denunció el aumento, durante la pandemia, de los riesgos de la criminalización mediante leyes que castigan a terceras personas que facilitan la venta de sexo.²⁷⁰ Por ejemplo, en Francia, Kazajistán y Macedonia del Norte, las personas que ejercen el trabajo sexual empezaron a vivir y trabajar en alojamientos compartidos y a ayudarse mutuamente con el alquiler y las facturas. Sin embargo, debido a las leyes que criminalizan ciertos aspectos del trabajo sexual —en concreto, el trabajo conjunto en un espacio privado—, tuvieron que hacerlo de manera clandestina, lo que, a su vez, obstaculizó aún más su acceso a servicios de salud y ayuda.²⁷¹

La INPUD concluyó, en una encuesta global realizada entre personas consumidoras de drogas, que el 23% de quienes participaron en ella había sido desalojado o conocía a otra persona consumidora de drogas que había sido desalojada durante la pandemia.²⁷² Quienes consumen drogas se han enfrentado también a dificultades concretas para pagar su alquiler, ya que su trabajo quedó paralizado durante la pandemia y tuvieron más problemas para generar ingresos realizando otras actividades en la economía formal o informal durante periodos de confinamiento y otras restricciones.²⁷³

En Estados Unidos, los desalojos provocaron miles de muertes evitables relacionadas con la COVID-19, ya que, en los estados que eliminaron la prohibición de los desalojos en el verano de 2020, “sus casos de COVID-19 se duplicaron y sus muertes quintuplicaron las de sus homólogos”.²⁵⁹

262 NSWP, COVID-19 *Encuesta de Impacto – Asia y el Pacífico*.

263 NSWP, COVID-19 *Encuesta de Impacto – Latinoamérica*.

264 NSWP, COVID-19 *Encuesta de Impacto – África*.

265 Sabrina Sanchez, Aproxex, OTRAS, España, citada en Comité Internacional por los Derechos de las/los Trabajadoras/es Sexuales en Europa, *Sex workers on the frontline: The role of sex worker rights groups in providing support during the COVID-19 crisis in Europe*, marzo de 2021.

266 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Francia.

267 NSWP, COVID-19 *Encuesta de Impacto – Asia y el Pacífico*.

268 HODSAS, UMANDE y ACODHU-TS, *Situation of Sex Workers in the Border Town of Bukavu/DRC after two weeks of total confinement due to Covid-19*, informe conjunto, 2 de abril de 2020.

269 HODSAS, UMANDE y ACODHU-TS, *Situation of Sex Workers in the Border Town of Bukavu/DRC after two weeks of total confinement due to Covid-19*, informe conjunto, 2 de abril de 2020.

270 SWAN e ICRSE, *COVID-19 crisis impact on access to health services for sex workers in Europe and Central Asia Assessment*, junio de 2020.

271 SWAN e ICRSE, *COVID-19 crisis impact on access to health services for sex workers in Europe and Central Asia Assessment*, junio de 2020.

272 INPUD, *Online Survey on Covid-19 & People who Use Drugs Data Report 1*, junio de 2020, pág. 17, drugsandalcohol.ie/32290/1/INPUD_COVID-19_Survey_DataReport1.pdf.

273 Tetyana Vasylyeva, Pavlo Smyrnov, Steffanie Strathdee y Samuel R Friedman, “Challenges posed by COVID-19 to people who inject drugs and lessons from other outbreaks”, *Journal of the International AIDS Society*, 19 de julio de 2020, doi.org/10.1002/jia2.25583.

7. OBSTÁCULOS PARA EL DERECHO A LA SALUD

“Las desigualdades sanitarias son una preocupación para todos y entrañan un costo evitable, prevenible e injusto para la sociedad, tanto dentro como fuera del sector de la salud”.

OMS, *Build Back Fairer*²⁷⁴

A medida que los países han centrado sus sistemas de salud en la respuesta a la COVID-19, la atención médica no relacionada con la COVID-19 ha quedado relegada, restringida o incluso ha desaparecido por completo.²⁷⁵ Aunque esto ha afectado a muchos sectores de la sociedad, el impacto ha sido particularmente intenso en los servicios comunitarios y en los proyectos dirigidos a personas marginadas.

Por ejemplo, en Canadá se cancelaron consultas médicas gestionadas en colaboración con las autoridades sanitarias que formaban parte de proyectos dirigidos a trabajadoras y trabajadores sexuales.²⁷⁶ De igual forma, Front Line Defenders se mostró preocupada por el cierre generalizado de consultas médicas comunitarias en países de África oriental en aplicación de directivas sobre distancia física, cuarentenas o suspensión de actividades no esenciales.²⁷⁷

Para las comunidades marginadas, también como consecuencia de la criminalización injusta, esto ha dificultado aún más su acceso a los servicios de salud y ha dado lugar a emergencias sanitarias. Más de dos tercios de las organizaciones que participaron en la encuesta de Amnistía Internacional informaron de que miembros de las comunidades con las que trabajaban habían tenido dificultades para acceder a servicios de salud debido, en concreto, a las medidas contra la COVID-19.²⁷⁸

Para los servicios de salud ya estigmatizados a causa de su vinculación con la criminalización injusta, las medidas contra la COVID-19 crearon dificultades de acceso

adicionales. Por ejemplo, en Sudáfrica, donde el sector público no ofrecía la opción de telemedicina²⁷⁹ para el aborto, los controles de entrada en los centros sanitarios crearon una barrera más al acceso al aborto seguro para las personas sobrevivientes de violencia sexual, y algunos informes indicaban que muchas de ellas preferían renunciar a la asistencia médica para no tener que explicar las razones por las que la necesitaban.²⁸⁰

La criminalización injusta contribuye a la mala salud y está vinculada a violaciones del derecho a la salud, entre otros. Además, engendra y perpetúa la marginación, el estigma y la discriminación, y puede obstaculizar el acceso a información, bienes y servicios de salud. Por ejemplo, puede afectar al acceso de una persona a atención médica al permitir —y, a veces, fomentar— que el personal sanitario la discrimine en la prestación de servicios.²⁸¹

De igual forma, la criminalización injusta obstaculiza el acceso a servicios, bienes e información de salud esenciales, sobre todo si éstos están regulados por leyes penales y limitaciones jurídicas que no se aplican a otros servicios de salud pública. Por ejemplo, el relator especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ha advertido de que “la aplicación de algunas leyes penales y otras restricciones jurídicas podría impedir el acceso a determinados bienes de salud sexual y reproductiva, como los métodos anticonceptivos, prohibir directamente un servicio determinado, como el aborto, o prohibir el suministro de información sexual y reproductiva

274 OMS, #BuildBackFairer, cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/who-multicountry-special-initiative-sdh-equity.pdf?sfvrsn=dac26a6d_22&download=true.

275 Sara Wallach et al. “Address Exacerbated Health Disparities and Risks to LGBTQ+ Individuals during COVID-19”, *Health and Human Rights Journal*, volumen 22/2, diciembre de 2020, [hhrjournal.org/2020/08/address-exacerbated-health-disparities-and-risks-to-lgbtq-individuals-during-covid-19/](https://www.hhrjournal.org/2020/08/address-exacerbated-health-disparities-and-risks-to-lgbtq-individuals-during-covid-19/), páginas 313-316.

276 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Canadá.

277 Front Line Defenders, *LGBTIQ+ and Sex Worker Rights: Defenders At Risk During Covid-19*, diciembre de 2020, frontlinedefenders.org/sites/default/files/front_line_defenders_covid-19.pdf, pág. 25.

278 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

279 La OMS utiliza indistintamente los términos “telemedicina” y “telesalud” para referirse a la “prestación de servicios de salud a distancia en la que se establece una comunicación entre unos proveedores de servicios de salud que piden orientación y ayuda clínicas a otros proveedores de servicios de salud (telemedicina de proveedor a proveedor) o entre personas usuarias que solicitan servicios de salud y proveedores de salud (telemedicina de cliente a proveedor)”: OMS, *Implementing telemedicine services during COVID-19: guiding principles and considerations for a stepwise approach 13 November 2020* [who.int/publications/i/item/WPR-DSE-2020-032](https://www.who.int/publications/i/item/WPR-DSE-2020-032) (traducción de Amnistía Internacional).

280 Unidad de Investigación sobre Género, Salud y Justicia de la Universidad de Ciudad del Cabo, información enviada a la doctora Tlaleng Mofokeng, relatora especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 10 de junio de 2021, [ohchr.org/Documents/Issues/Health/sexual-reproductive-health-covid/CSOs/ngo_ghjru.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Health/sexual-reproductive-health-covid/CSOs/ngo_ghjru.pdf).

281 Amnistía Internacional, *Políticas del cuerpo: Manual general sobre la criminalización de la sexualidad y la reproducción* (Índice: POL 40/7763/2018), 12 de marzo de 2018, <https://www.amnesty.org/es/documents/pol40/7763/2018/es/>, pág. 67.

DERECHO Y NORMAS INTERNACIONALES: EL DERECHO A LA SALUD

mediante programas educativos escolares”.²⁸² Asimismo, la criminalización del consumo y la posesión de drogas impide a las personas responsables de la formulación de políticas aplicar y mantener iniciativas efectivas que respeten el derecho a la salud de quienes consumen drogas y protejan mejor la salud pública.

Durante la pandemia, se han exacerbado las barreras a la información, los bienes y los servicios de salud relacionadas con la criminalización de actividades y decisiones concretas como el trabajo sexual, el consumo y la posesión de drogas o el aborto. En primer lugar, se han mantenido e intensificado las barreras debidas al estigma y la discriminación de personas injustamente criminalizadas al usar a los organismos encargados de hacer cumplir la ley de filtros al acceso a la atención sanitaria y para aplicar las medidas de la COVID-19.

En segundo lugar, con gran desatino, los Estados no catalogaron como esenciales ciertos tipos de atención médica para garantizar su disponibilidad durante la pandemia o tardaron en hacerlo. Resulta preocupante la relación entre esto y el hecho de que estos servicios de salud —como el aborto, la anticoncepción, los tratamientos de afirmación de género y los servicios de reducción del daño para personas que consumen drogas— se prestan y regulan de forma diferente porque tienen relación con decisiones o actividades que están criminalizadas.

En tercer lugar, en determinados contextos, los Estados han aprovechado la pandemia para introducir medidas retrógradas y discriminatorias que les permiten regular o criminalizar aún más una serie de servicios de salud.

Estos tres factores se han cobrado un alto precio al mismo tiempo que la pandemia de COVID-19 tiene un impacto negativo en la salud física y mental de millones de personas en todo el mundo. En total, 41 de las organizaciones que participaron en la encuesta de Amnistía Internacional se mostraron preocupadas por el deterioro de la salud mental —y 33, por el deterioro de la salud física— en las comunidades con las que trabajaban.²⁸³

Las expresiones “derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” y “derecho a la salud” se utilizan a menudo como versiones abreviadas de “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” previsto en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

El derecho a la salud ha de entenderse como derecho al disfrute de una serie de instalaciones, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud. Asimismo, el derecho a la salud incluye factores sociales subyacentes determinantes de salud como el acceso a agua potable y saneamiento, a una vivienda adecuada y a un suministro adecuado de alimentos, y la no discriminación, incluso mediante la eliminación de la criminalización injusta que socava el derecho a la salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales enumera también los “factores sociales determinantes de la buena salud”, como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género (Observación general n° 14).²⁸⁴

Asimismo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha aclarado que “los Estados Partes tienen la obligación de eliminar la discriminación contra las personas y grupos y de garantizar su igualdad por lo que respecta al derecho a la salud sexual y reproductiva. Ello requiere que los Estados deroguen o reformen las leyes y las políticas que anulen o menoscaben la capacidad de personas y grupos determinados para hacer efectivo su derecho a la salud sexual y reproductiva. Hay muchas leyes, políticas y prácticas que socavan la autonomía y el derecho a la igualdad y la no discriminación en el pleno disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva, por ejemplo la penalización del aborto o las leyes restrictivas al respecto. Los Estados Partes deben velar también por que todas las personas y los grupos tengan acceso en pie de igualdad a toda la información, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva, en particular mediante la eliminación de todos los obstáculos a los que determinados grupos puedan verse confrontados”.²⁸⁵

Si bien es verdad que no se puede responsabilizar a los Estados de la salud de cada persona, pues ésta depende de factores individuales, también lo es que los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y tomar medidas para la realización del derecho a la salud. En consecuencia, los gobiernos deben implantar planes de acción y políticas que mejoren la atención médica de toda la población sin discriminación y en el plazo más breve posible.

282 Relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, informe sobre la interacción entre las leyes penales y otras restricciones jurídicas relativas a la salud sexual y reproductiva y el derecho a la salud, 2011, doc. ONU A/66/254, párr. 14.

283 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

284 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general n° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, doc. ONU E/C.12/2000/4, párr. 16.

285 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general núm. 22 (2016) relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, 2016, doc. ONU E/C.12/GC/22, párr. 34.

DISCRIMINACIÓN Y ESTIGMA: BARRERAS AL DERECHO A LA SALUD

Quienes respondieron a la encuesta de Amnistía Internacional mencionaron temores adicionales entre las personas que habían tenido experiencias negativas debido al estigma y a la discriminación cuando habían solicitado atención médica antes de la pandemia. Otras organizaciones plantearon motivos de preocupación similares; por ejemplo, la NNSW denunció que las trabajadoras y trabajadores sexuales de India experimentaron un aumento de los insultos y del estigma por parte del personal sanitario al acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.²⁸⁶

También se informó del temor a la discriminación, el estigma y la falta de privacidad y confidencialidad como factores que habían “disuadido de manera significativa” a la población LGBTI de solicitar atención médica.²⁸⁷ En una encuesta internacional online realizada por la red social gay gratuita Hornet en abril y mayo de 2020, más de 4,000 participantes afirmaron que “les preocupaba sufrir discriminación o violencia a causa de su orientación sexual o identidad de género si accedían a recursos o servicios de salud públicos”.²⁸⁸

El temor a la falta de privacidad y de confidencialidad está relacionado también con el empleo de tecnología de control sanitario para rastrear los contactos de las personas con COVID-19. Por ejemplo, en mayo de 2020, cuando se produjo un brote de COVID-19 entre la clientela de un club de laewon (zona de ocio nocturno de la capital surcoreana, Seúl), los medios de comunicación insinuaron sin ningún fundamento que el contagio estaba relacionado con la orientación sexual. Además, algunos medios divulgaron datos personales como la edad, el domicilio, el lugar de trabajo, la ocupación y las pautas

de desplazamiento de las personas, violando su derecho a la intimidad. Según la información recibida, después de esto, muchas personas LGTBI evitaron someterse a pruebas de COVID-19 por temor a que se hiciese pública su orientación sexual. Tras una serie de llamamientos de la sociedad civil al gobierno para que ofreciera pruebas anónimas y las pusiera a disposición de todo el país, las autoridades revisaron su práctica de publicar datos personales a fin de impedir que terceras partes identificaran a personas utilizando información como el historial de ubicación.²⁸⁹

También se ha demostrado que las medidas relacionadas con la COVID-19 y el modo en que han exacerbado ciertas formas de estigma han tenido un enorme impacto en la salud mental. Quienes respondieron a la encuesta de Amnistía Internacional informaron de que, en Camboya, el aumento de la exposición al estigma, la discriminación y la violencia de género entre personas que ya estaban marginadas causó “problemas de salud mental y a sentimientos de soledad y desesperación”.²⁹⁰ La Alianza de Trabajadoras/es Sexuales de Zambia, organización de base comunitaria de ayuda a trabajadoras y trabajadores sexuales y a la población LGBTI del país, se mostró preocupada por los “problemas de salud mental y la pérdida de autoestima de personas LGBT que se habían visto obligadas a convivir con familiares poco comprensivos”, y mencionó incidentes de vergüenza, chantaje y hostigamiento.²⁹¹ En Indonesia, una organización de asistencia letrada gratuita destacó motivos de preocupación similares y observó que “muchas personas LGBTI sufrían un aumento de la violencia psicológica”.²⁹² En India, la NNSW denunció el incremento de casos de suicidio y depresión entre trabajadoras y trabajadores sexuales ligado al cierre de los centros gubernamentales de salud mental.²⁹³

286 NNSW, *Issues of Sex Workers in the Times of Covid in India*, 6 de agosto de 2020, nswindia.org/upload/NNSW-submission-NHRC.pdf.

287 Sara Wallach *et al.*, “Address Exacerbated Health Disparities and Risks to LGBTQ+ Individuals during COVID-19”, *Health and Human Rights Journal*, volumen 22/2, diciembre de 2020, hrjournal.org/2020/08/address-exacerbated-health-disparities-and-risks-to-lgbtq-individuals-during-covid-19/, páginas 313-316.

288 Véase también Glenn-Milo Santos *et al.*, “Economic, Mental Health, HIV Prevention and HIV Treatment Impacts of COVID-19 and the COVID-19 Response on a Global Sample of Cisgender Gay Men and Other Men Who Have Sex with Men”, *AIDS and Behavior*, 2021, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32654021/, sobre las conclusiones de una encuesta transversal internacional realizada por la red social gay gratuita Hornet entre el 16 de abril y el 4 de mayo de 2020, a la que respondieron más de 4.000 usuarios de más de 150 países.

289 Informe 2020/21 de Amnistía Internacional.

290 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Camboya.

291 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Zambia.

292 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Indonesia.

293 NNSW, “Issues of Sex Workers in the Times of Covid in India”, 6 de agosto de 2020, nswindia.org/upload/NNSW-submission-NHRC.pdf.

OBSTÁCULOS PARA ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD RESTRINGIDOS POR LA LEGISLACIÓN PENAL

“Las leyes punitivas no han ayudado a ninguna de nuestras comunidades”.

Hidden Pockets Collective, organización de salud sexual y reproductiva operativa en India.²⁹⁴

Las medidas contra la COVID-19 han tenido una repercusión negativa específica en la prestación de servicios de salud esenciales restringidos por la legislación penal. En el contexto de la COVID-19, esto ha contribuido a que los Estados no catalogaran esos servicios —incluidos el aborto, la reducción de daños y la terapia hormonal de afirmación del género— como servicios de salud esenciales ni garantizaran que siguieran estando disponibles.

En algunos países, como Indonesia, estos servicios no estaban disponibles antes de la pandemia,²⁹⁵ mientras que en otros, donde estaban disponibles sólo en ciertos supuestos restringidos legalmente, se hicieron cada vez más inaccesibles. Esta situación excepcional, en la que la atención médica está regulada por la legislación penal, ha contribuido a que los gobiernos no cataloguen estos servicios como esenciales desde el principio para garantizar la realización del derecho a la salud. Esta es una deficiencia en materia de derechos humanos que la pandemia no puede justificar.²⁹⁶

OBSTÁCULOS PARA ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En todo el mundo, la reorientación de los servicios de salud y las restricciones debidas a la COVID-19 como los confinamientos han llevado a personas expertas a advertir de “pérdidas catastróficas para la salud sexual y reproductiva”.²⁹⁷

294 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, India.

295 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Indonesia.

296 Unidad de Investigación sobre Género, Salud y Justicia de la Universidad de Ciudad del Cabo, información enviada a la doctora Tlaleng Mofokeng, relatora especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 10 de junio de 2021, [ohchr.org/Documents/Issues/Health/sexual-reproductive-health-covid/CSOs/ngo.ghjru.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Health/sexual-reproductive-health-covid/CSOs/ngo.ghjru.pdf).

297 Guttmacher Institute, *Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries*, 16 de abril de 2020, [guttmacher.org/journals/ipsrh/2020/04/estimates-potential-impact-covid-19-pandemic-sexual-and-reproductive-health](https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2020/04/estimates-potential-impact-covid-19-pandemic-sexual-and-reproductive-health).

298 OMS, *Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19* (Ginebra: OMS, 2020), pág. 29.

299 Amnistía Internacional, *Por qué el aborto y la contracepción son atención médica básica*, 22 de abril de 2020, <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2020/04/abortion-contraception-essential/>; *Statement by the UN expert on the right to health on the protection of people who use drugs during the COVID-19 pandemic*, 16 de abril de 2020, [ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25797&LangID=E#_edn1](https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25797&LangID=E#_edn1).

300 OMS, *Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19* (Ginebra: OMS, 2020), pág. 29.

301 OMS, Comité de Expertos en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales, *The selection and use of essential medicines* (Ginebra: OMS, 2019).

302 Procedimientos Especiales del Consejo de Derechos Humanos: Tlaleng Mofokeng, relatora especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; las integrantes del Grupo de Trabajo sobre la Discriminación contra las Mujeres y las Niñas —Elizabeth Broderick (presidenta), Melissa Upreti (vicepresidenta), Alda Facio, Ivana Radačić y Meskerem Geset Techane—; Dubravka Simonovic, relatora especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias; y Víctor Madrigal-Borloz, experto independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, *States must ensure access to contraceptives even during COVID-19 pandemic, UN experts say*, 26 de septiembre de 2020, [cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2469/2020/09/un-experts-contraception-abortion.pdf](https://www.cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2469/2020/09/un-experts-contraception-abortion.pdf).

Consciente del devastador impacto de emergencias de salud pública anteriores en el número de embarazos no deseados, mortalidad y morbilidad materna, y violencia sexual, la OMS enfatizó, desde el principio de la pandemia de COVID-19, que la atención sexual y reproductiva es un servicio de salud esencial que debe estar disponible para las poblaciones.²⁹⁸ El aborto y la contracepción son servicios de atención médica esenciales y, por tanto, los Estados tienen la obligación de garantizar su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad adecuada, sin discriminación ni coacción, en todo momento, haya o no pandemia.²⁹⁹

La OMS ha recomendado a los Estados que mantengan el acceso a los servicios e introduzca innovaciones en lo posible, por ejemplo, mediante la telemedicina y métodos de autogestión.³⁰⁰ La OMS incluye los medicamentos abortivos mifepristona y misoprostol en su lista de medicamentos esenciales.³⁰¹ De igual forma, expertos y expertas de la ONU se unieron para recordar a los Estados su deber de derechos humanos de garantizar el acceso a la contracepción.³⁰²

Amnistía Internacional ha concluido que numerosos Estados no han garantizado el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva ni los han catalogado como servicios esenciales, por lo que aquellas personas que los han necesitado —y, en ocasiones, el personal sanitario— no pueden sortear las restricciones del confinamiento para acceder a ellos o suministrarlos. Esto reforzó las barreras existentes al aborto seguro en muchos países donde el acceso ya estaba limitado por unas leyes de aborto restrictivas.

Numerosas fuentes informaron de las peligrosas consecuencias de las restricciones a la libertad de circulación, como confinamientos y toques de queda, para quienes necesitaban asistencia médica de emergencia o servicios relacionados con el embarazo regulados por plazos. En Zimbabue, entre marzo y junio de 2020, se registraron un total de 106 muertes maternas, relacionadas en su mayor parte con restricciones a los desplazamientos que impedían a muchas mujeres acceder a servicios de salud.³⁰³

En algunos casos, se señaló el estigma hacia personas de contextos marginados como obstáculo directo a los servicios de salud, sobre todo cuando se tenía la percepción de que entre determinados sectores laborales o comunidades los índices de COVID-19 eran elevados. Por ejemplo, una organización que participó en la encuesta de Amnistía Internacional informó de que, en Camboya, se discriminaba a la mano de obra de las fábricas y las trabajadoras embarazadas no podían acceder adecuadamente a atención médica porque los hospitales tanto públicos como privados se negaban a atenderlas por la percepción de que en las fábricas había índices elevados de COVID-19.³⁰⁴

En India, la organización Hidden Pockets Collective, que defiende los derechos sexuales y reproductivos, informó de que, al principio, el gobierno no reconoció formalmente el aborto como servicio de salud esencial y que, en consecuencia, “los proveedores de servicios decían a las mujeres que el aborto era ‘no esencial’, que no se debía abortar en pandemia”.³⁰⁵ Además, dado el estigma asociado al aborto, las mujeres no se atrevían a explicar a la policía por qué salían de su casa para recibir atención médica durante el confinamiento.³⁰⁶

“El enfoque punitivo a la pandemia y las nuevas leyes afectaron a las mujeres, aumentaron el estigma del aborto y restringieron el acceso”.

Hidden Pockets Collective, India³⁰⁷

Marie Stopes International (MSI) también informó de obstáculos catastróficos a los servicios de salud sexual y reproductiva en India, y calculaba que “sólo por la falta de acceso a los servicios de MSI en India había habido un millón más de abortos inseguros, 650.000 embarazos no deseados adicionales y 2.600 muertes maternas”.³⁰⁸

Durante la pandemia, organizaciones de todo el mundo han informado de un aumento del número de embarazos involuntarios, tanto de jóvenes sexualmente activas³⁰⁹ como derivados del incremento de la violencia sexual.³¹⁰ Por ejemplo, en Kenia las organizaciones de la sociedad civil señalaron un pronunciado aumento de los embarazos de adolescentes.³¹¹ Las rigurosas restricciones a la circulación debidas a la COVID-19, sumadas a las leyes que criminalizan el aborto y la sexualidad adolescente,³¹² contribuyeron a que los gobiernos no garantizaran el derecho a la salud de las mujeres y las niñas, pues éstas se vieron sin posibilidad de salir de casa ni de acceder a servicios e información de salud sexual y reproductiva por medio de la telemedicina.

303 Informe 2020/21 de Amnistía Internacional.

304 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Camboya.

305 Entrevista de Amnistía Internacional con Hidden Pockets Collective, India, 18 de agosto de 2021.

306 Entrevista de Amnistía Internacional con Hidden Pockets Collective, India, 18 de agosto de 2021.

307 Entrevista de Amnistía Internacional con Hidden Pockets Collective, India, 18 de agosto de 2021.

308 La organización señaló que “en India, el confinamiento fue particularmente estricto, por lo que se atendió a 1,3 millones de mujeres menos de las previstas, y la cifra de abortos seguros practicados y servicios de atención posaborto ofrecidos fue 920.000 menos”. MSI, *Resilience, adaptation and action: MSI's response to COVID-19* (2020).

309 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

310 Véase el informe de la relatora especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, *Derechos de salud sexual y reproductiva: retos y oportunidades durante la pandemia de COVID-19*, julio de 2021, doc. ONU A/76/172, que dice: “[E]n El Salvador, el Ministerio de Salud registró 258 embarazos de niñas de entre 10 y 14 años ; y 6.577 embarazos de niñas y jóvenes de 15 a 19 años, de enero a junio de 2020”.

311 Plan International, comunicado de prensa, *COVID-19: Lockdown linked to high number of unintended teen pregnancies in Kenya*, 25 de junio de 2020, reliefweb.int/report/kenya/covid-19-lockdown-linked-high-number-unintended-teen-pregnancies-kenya.

312 En Kenia, el aborto está criminalizado y “no se permite el aborto salvo que, en opinión de un profesional médico cualificado, se necesite un tratamiento de urgencia o la vida o la salud de la madre corran peligro, o que otra ley escrita lo permita”. Además, de conformidad con la Ley sobre Delitos Sexuales, las relaciones sexuales consentidas entre menores de 18 años constituyen delito. Véase Centro de Derechos Reproductivos, *Kenya's Abortion Provisions*, reproductiverights.org/maps/provision/kenyas-abortion-provisions/.

EL ACCESO A LA TELEMEDICINA: UN IMPERATIVO DE DERECHOS HUMANOS

Los defensores y defensoras de los derechos humanos han instado a los Estados a garantizar el acceso a servicios de aborto mediante telemedicina como “imperativo de derechos humanos”.³¹³

Varios países han implantado la telemedicina para ciertos servicios de aborto, entre ellos Brasil, Francia, Irlanda, Nepal, Reino Unido y Sudáfrica.³¹⁴ La OMS publicó unas directrices actualizadas en las que apoya la telemedicina como alternativa segura para el aborto durante las primeras fases del embarazo.³¹⁵ En Reino Unido, en respuesta a la pandemia de COVID-19, el gobierno implementó en marzo de 2020 nuevas directrices sobre el aborto médico que permitían tomar la medicación en casa a quienes deseaban interrumpir un embarazo temprano,³¹⁶ medida que el Parlamento hizo permanente en marzo de 2020.³¹⁷

El Real Colegio de Obstetricia y Ginecología de Reino Unido y otras instituciones expertas que participaron en la evaluación del impacto de las directrices concluyeron que la atención al aborto por telemedicina en Reino Unido era igual de segura, efectiva y aceptable para la intimidad de la persona paciente que el aborto médico practicado en persona en un centro de salud, y que tenía la ventaja fundamental del acceso temprano a la atención médica.³¹⁸ De igual forma, MSI informó de que la telemedicina era “bien acogida tanto por pacientes como por proveedores, y que el 98% de la clientela calificaba su experiencia de buena (14%) o muy buena (84%)”.³¹⁹

En Nepal, MSI atribuyó a las sólidas directrices resultantes de la respuesta coordinada del gobierno, las ONG y las organizaciones multilaterales que se garantizara que pacientes y personal sanitario pudieran obtener exenciones temporales de las restricciones de desplazamiento relacionadas con la COVID-19 y se permitiera prestar servicios de aborto a domicilio.³²⁰

Pese al potencial de la telemedicina para aumentar la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de aborto seguro, varios países han seguido creando barreras innecesarias. En Estados Unidos, 8 estados impusieron excepciones al aborto en sus políticas de telemedicina y 19 requieren la administración en persona de la medicación abortiva, con lo que prohíben indirectamente la atención a distancia.³²¹ En Sudáfrica, pese a los llamamientos de la sociedad civil, el gobierno no actualizó las directrices para prever la prestación de servicios de aborto por telemedicina en el sector público.³²²

En algunos países, se aprovechó la pandemia de COVID-19 para restringir más el acceso a servicios de salud esenciales como el aborto. Por ejemplo, en Colombia, algunas organizaciones defensoras de los derechos de las mujeres afirmaron que, desde el principio de la pandemia, habían aumentado las barreras de acceso a los servicios legales de aborto. En febrero de 2022, la Corte Constitucional despenalizó el aborto durante las 24 primeras semanas de embarazo en respuesta a una demanda interpuesta por 91 organizaciones de la sociedad civil y 134 activistas que subrayaron los elevados índices de aborto inseguro e ilegal existentes en Colombia y la desigualdad en el acceso al aborto legal debida a las sanciones penales impuestas a las mujeres embarazadas y al personal sanitario.³²³

En Estados Unidos, algunos estados, como Texas y Ohio, aprovecharon la normativa contra la COVID-19 para impedir el acceso a los servicios de aborto.³²⁴ En vista de las tendencias negativas presentes en la región de las Américas, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos expresó su preocupación por “la adopción de reformas e iniciativas de ley que restringen el acceso a la interrupción del embarazo, incluso en casos de violación o incesto, peligro a la vida de la mujer o persona gestante y emergencias obstétricas. Ello ha llevado a la criminalización y persecución de mujeres y personas con capacidad de gestación, así como de personas defensoras de los derechos sexuales y reproductivos, quienes abogan

313 Jaime Todd-Gher and Payal K. Shah, “Abortion in the context of COVID-19: a human rights imperative”, *Sexual and Reproductive Health Matters*, 2020, DOI:10.1080/26410397.2020.1758394.

314 Melusi Dhlamini, “Pills and phone calls: How COVID restrictions forced us to conduct abortions telephonically”, 29 de septiembre de 2020, *Bhekisisa Centre for Health Journalism*, bhekisisa.org/article/2020-09-29-pills-and-phone-calls-how-covid-restrictions-forced-us-to-conduct-abortions-telephonically/.

315 OMS, *Abortion Care Guideline*, 2022, apps.who.int/iris/handle/10665/349316.

316 Ilaria Bertini, “The first-year anniversary of the application of telemedicine to early medical abortions in UK”, 4 de abril de 2021, *Journal of Medical Ethics*, blogs.bmj.com/medical-ethics/2021/04/04/the-first-year-anniversary-of-the-application-of-telemedicine-to-early-medical-abortions-in-uk/.

317 Denis Campbell, “MPs vote to continue abortion ‘pills by post’ scheme in England”, *The Guardian*, 30 de marzo de 2022, [theguardian.com/world/2022/mar/30/mps-vote-to-continue-abortion-pills-by-post-scheme-in-england](https://www.theguardian.com/world/2022/mar/30/mps-vote-to-continue-abortion-pills-by-post-scheme-in-england).

318 Ara Aiken *et al.*, “Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study”, *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 18 de febrero de 2021.

319 MSI, *Resilience, adaptation and action: MSI's response to COVID-19*, 2020.

320 MSI, *Resilience, adaptation and action: MSI's response to COVID-19*, 2020.

321 Rachel Rebouché, “Assuring Access to Abortion”, capítulo 15, en *Covid-19 Policy Playbook III: Legal Recommendations for a Safer, More Equitable Future*, marzo de 2021, <https://www.publichealthlawwatch.org/covid19-policy-playbook> pág. 117.

322 Unidad de Investigación sobre Género, Salud y Justicia de la Universidad de Ciudad del Cabo, información enviada a la doctora Tlaleng Mofokeng, relatora especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 10 de junio de 2021, [ohchr.org/Documents/Issues/Health/sexual-reproductive-health-covid/CSOs/ngo.ghjru.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Health/sexual-reproductive-health-covid/CSOs/ngo.ghjru.pdf), párr. 24.

323 Después de las 24 semanas, el aborto seguirá siendo legal sólo en los casos de riesgo para la vida o la salud de la persona embarazada, la existencia de malformaciones fetales que pongan en peligro la vida o cuando el embarazo sea resultado de violación, incesto o inseminación artificial no consentida; Amnistía Internacional, *Colombia: Despenalización del aborto es un triunfo para los derechos humanos*, 21 de febrero de 2022, <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2022/02/colombia-decriminalization-abortion-triumph-human-rights/>.

324 Amy Braunschweiger, *Ohio, Texas Use COVID-19 to Stop Abortions: Abortion Access an Essential Component of Health Care*, Human Rights Watch, 24 de marzo de 2020, [hrw.org/news/2020/03/24/ohio-texas-use-covid-19-stop-abortions](https://www.hrw.org/news/2020/03/24/ohio-texas-use-covid-19-stop-abortions).

El Instituto Guttmacher, organización internacional de investigación y políticas sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, calcula que una mera reducción del

10% en el acceso

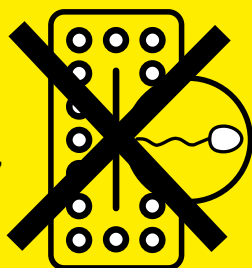
a métodos anticonceptivos en países de ingreso bajo y mediano “daría lugar a que hubiera

49 millones de mujeres

con una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos y con una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos y 15 millones de embarazos no planeados adicionales en el transcurso de un año” “ y que “se producirían

3,3 millones

de abortos inseguros adicionales” lo que “resultaría, a su vez, en



1.000 muertes maternas adicionales”³²⁵

por el acceso a servicios de atención en salud sexual y reproductiva”³²⁶

En Polonia, so pretexto de la crisis de COVID-19, el Tribunal Constitucional dictó una sentencia en octubre de 2020 que prácticamente prohibía el aborto legal.³²⁷ A ella se sumaron, en abril de 2020 y noviembre de 2021, sendos proyectos de ley draconianos que, presentados ante el Parlamento en forma de “iniciativas ciudadanas”, pretendían criminalizar la educación sexual —afirmando, falsamente, la existencia de una relación

325 Guttmacher Institute, *Estimaciones del impacto potencial de la pandemia COVID-19 en la salud sexual y reproductiva en países de ingreso bajo y mediano*, 16 de abril de 2020 <https://www.guttmacher.org/es/journals/ipsrh/2020/04/estimaciones-del-impacto-potencial-de-la-pandemia-covid-19-en-la-salud-sexual>.

326 Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *La CIDH expresa su preocupación por la adopción de medidas regresivas en materia de derechos sexuales y reproductivos en la región*, 11 de agosto de 2021, [oas.org/en/IACHR/jsForm/?File=es/cidh/prensa/comunicados/2021/208.asp](https://www.oas.org/en/IACHR/jsForm/?File=es/cidh/prensa/comunicados/2021/208.asp).

327 El 22 de octubre de 2020, el Tribunal Constitucional declaró inconstitucional el aborto en el supuesto de “defecto fetal grave e irreversible o enfermedad incurable que amenaza la vida del feto”. El gobierno llevó el caso al Tribunal cuando el Parlamento no aprobó una ley con el mismo efecto. La sentencia entró en vigor el 27 de enero de 2021. Amnistía Internacional, *El Tribunal Constitucional de Polonia restringe los derechos reproductivos*, 22 de octubre de 2022, <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2020/10/polands-constitutional-tribunal-rolls-back-reproductive-rights/>.

328 Amnistía Internacional, *Polonia: Debe rechazarse el intento de equiparar aborto con homicidio*, 30 de noviembre de 2021, <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2021/11/poland-attempt-to-equate-abortion-with-killing-must-be-rejected/>; Amnistía Internacional, *Polonia: No debe aprovecharse la COVID-19 para aprobar a toda prisa la prohibición del aborto y leyes sobre la educación sexual retrógradas*, 14 de abril de 2020, <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2020/04/poland/>.

329 Amnistía Internacional, *Slovakia: Attempt to rollback access to abortion must be rejected*, 10 de noviembre de 2021, [amnesty.org/en/latest/news/2021/11/slovakia-attempt-to-rollback-access-to-abortion-must-be-rejected/](https://www.amnesty.org/en/latest/news/2021/11/slovakia-attempt-to-rollback-access-to-abortion-must-be-rejected/); Amnistía Internacional, *Eslovaquia: Restricciones draconianas sobre el aborto pondrían en peligro la vida de mujeres y niñas*, 16 de septiembre de 2020, [amnesty.org/en/latest/news/2020/09/slovakia-draconian-restrictions-on-abortion-would-endanger-the-lives-of-women-and-girls/](https://www.amnesty.org/en/latest/news/2020/09/slovakia-draconian-restrictions-on-abortion-would-endanger-the-lives-of-women-and-girls/).

330 Informe 2020/21 de Amnistía Internacional.

331 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

332 Declaración del relator especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Pūras, sobre la protección de las personas que consumen drogas durante la pandemia de COVID-19, 16 de abril de 2020, [ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25797&LangID=E#_edn1](https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25797&LangID=E#_edn1).

entre homosexualidad y pedofilia— y prohibir el acceso al aborto equiparándolo al homicidio.³²⁸ El proyecto de ley sobre el aborto fue rechazado por el Parlamento en diciembre de 2021, mientras que el relativo a la restricción de la educación sexual fue remitido a una comisión parlamentaria en abril de 2020 y no ha sido sometido a más debate desde entonces. En Eslovaquia, en noviembre de 2021, se rechazó por un escaso margen un draconiano proyecto de ley que intentaba limitar de nuevo el acceso al aborto incrementando los plazos de espera y creando barreras a la atención.³²⁹

Estos marcos reguladores extremos han socavado el derecho a la salud de millones de personas en todo el mundo al negarles acceso a un aborto legal y seguro.

En algunos países, los gobiernos han utilizado la pandemia como pretexto para restringir el acceso a terapias hormonales y otros tratamientos médicos dirigidos a la población trans.³³⁰ Algunas organizaciones han resaltado cómo la retirada de la terapia hormonal ha agravado el estigma y la discriminación, y que el “aislamiento y la falta de acceso a servicios han redundado en el deterioro de la salud física y mental”.³³¹

OBSTÁCULOS AL ACCESO A SERVICIOS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO PARA LAS PERSONAS QUE CONSUMEN DROGAS

Los servicios de reducción del daño —como la terapia de sustitución de opioides, los programas de intercambio de agujas y jeringas, la distribución de naloxona para revertir efectivamente los efectos de una sobredosis de opioides y las salas de consumo supervisado de droga— son esenciales para proteger el derecho a la salud de quienes consumen drogas. Al principio de la pandemia, el relator especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental instó a los gobiernos a reconocer estos servicios de reducción del daño como servicios clave durante la pandemia que deberían seguir estando disponibles y siendo accesibles, aceptables y de calidad adecuada sin discriminación.³³²

Las medidas contra la COVID-19 tuvieron un gran impacto en la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de reducción del daño, ya que muchos Estados no garantizaron que fueran catalogados como esenciales y que continuaran estando disponibles durante la pandemia.³³³ Esto tuvo consecuencias devastadoras en la salud física y mental de las personas drogodependientes.³³⁴

Según cálculos de la ONU, en todo el mundo hay 36 millones de personas con drogodependencia que podrían necesitar tratamiento.³³⁵ La pandemia y las restricciones a la libertad de circulación introducidas para frenar su propagación —como el cierre de fronteras, la prohibición de viajar y otras restricciones de circulación— dieron lugar a la escasez de drogas ilícitas, aumentaron su adulteración y llevaron a cambios a sustancias más nocivas o a métodos de consumo más peligrosos, con lo que los servicios de reducción del daño eran más importantes que nunca.³³⁶ Sin embargo, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) informó de que en al menos 84 países se habían suspendido parcial o totalmente servicios de salud fundamentales para las personas que consumen drogas.³³⁷

Por ejemplo, una trabajadora social en una sala de consumo supervisado de Montreal (Canadá) dijo a Amnistía Internacional que las sobredosis se habían multiplicado notablemente desde la declaración del toque de queda por el gobierno,³³⁸ y explicó que, una vez que se cerraron las fronteras al principio de la pandemia, el precio de las drogas subió y se temió que escasearan. A su vez, esto llevó a que la mayoría de las drogas, incluidas la cocaína, la metanfetamina y el *speed*, se adulterasen con fentanilo.³³⁹ En Nigeria, la Red de Defensa de la Reducción de Daños de la Droga (DHRAN) informó de la duplicación del precio de algunas drogas y de un incremento considerable del uso compartido de agujas y jeringas.³⁴⁰

En Estados Unidos y Canadá, donde el número de muertes por sobredosis era ya alarmantemente elevado en el contexto de una crisis de opioides, se informó de nuevos repuntes

de estas muertes debido a los cambios en el suministro de drogas, a que había más personas que consumían en solitario, a las tentativas de suicidio y a las directivas facilitadas a los equipos de respuesta de emergencia en algunas jurisdicciones que limitaban su capacidad de responder a las llamadas por sobredosis.³⁴¹ En Estados Unidos, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades informaron de un incremento del 22,7% del número de muertes por sobredosis de drogas entre mayo de 2019 y mayo de 2020, que alcanzó la cifra sin precedentes de 97.516 muertes.³⁴² En diciembre de 2020, *Los Angeles Times* informó de que durante 2020, habían muerto una media de dos personas al día por sobredosis de drogas en San Francisco, lo que suponía un incremento de casi un 30% con respecto a las cifras de 2019.³⁴³

La dificultad de acceso a estos servicios clave se vio agravada por las normas punitivas e inflexibles que regulan tradicionalmente las terapias de sustitución de opioides, como los análisis de orina obligatorios o la ingestión diaria ante testigos que exigen la presencia física en las clínicas. Por ejemplo, en Indonesia, una organización que presta asistencia letrada gratuita a personas consumidoras de drogas expresó preocupación por la exigencia de los proveedores de servicios de una prueba negativa de COVID-19 para acceder a éstos, pues creaba nuevas barreras de acceso a servicios de reducción del daño.³⁴⁴

Los costes adicionales, la disponibilidad limitada de transporte y el temor a la vigilancia han tenido un impacto adicional en quienes consumen drogas. En concreto, la UNODC informó de que las dificultades que afrontan las mujeres y las niñas consumidoras de drogas al intentar acceder a servicios de salud y reducción del daño, como el elevado grado de estigmatización en la familia y la comunidad, se exacerbaban en las fases iniciales de la pandemia.³⁴⁵

Es preciso extraer lecciones de la respuesta a la COVID-19 para garantizar que la reducción del daño se considere un servicio de salud esencial³⁴⁶ y que se incorporen medidas

333 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

334 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

335 UNODC, *Informe Mundial sobre las Drogas 2021*, cuaderno 2, pág. 2.

336 Gary McKenna, "COVID-19 effects hit illegal drug supply, put addicts in danger", Tri-City News, 1 de abril de 2020, disponible en: <https://bit.ly/3bdudVK>; Emma Reynolds, "It's stockpiling, but not as you know it. Why coronavirus is making people hoard illegal drugs", CNN, 5 de abril de 2020, [cnn.it/2RBn2yY](https://www.cnn.it/2RBn2yY). Véase también Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), *Información actualizada del EMCDDA sobre las implicaciones del COVID-19 para los consumidores de drogas y proveedores de servicios para drogodependientes*, 25 de marzo de 2020, disponible en https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/12879/EMCDDA%20Covid-19%20update_1_23032020_ES.pdf.

337 UNODC, *Informe Mundial sobre Drogas 2021*, cuaderno 5: *Covid-19 and drugs*, pág. 12.

338 Entrevista de Amnistía Internacional con representante del centro de salud comunitaria Le DISPENSAIRE, 18 de agosto de 2021.

339 Christopher Curtis, "Intervention worker's overdose shows depths of tainted drug crisis", *Ricochet Public-interest Journalism*, 16 de julio de 2021, ricochet.media/en/3730/intervention-workers-overdose-shows-depths-of-tainted-drug-crisis.

340 Red de Defensa de la Reducción de Daños de la Droga Nigeria (DHRAN), *Key Population Community Consultation Report 2021*.

341 Judy Chang, Jake Agliata y Mauro Guarinieri, "COVID-19 Enacting a 'new normal' for people who use drugs", *International Journal of Drug Policy*, volumen 83, 2020, pág. 3.

342 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, Centro Nacional de Estadísticas de Salud, *Provisional Drug Overdose Death Counts*, [cdc.gov/nchs/nvss/vsr/drug-overdose-data.htm](https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsr/drug-overdose-data.htm).

343 Rachel Scheier, "San Francisco struggles to stem 'horrific' uptick in opioid overdoses, drug abuse", *Los Angeles Times*, 31 de diciembre de 2020, donde se informa de que "durante los 11 primeros meses de 2020, murieron por sobredosis 621 personas, frente a las 441 de 2019 y a las 259 de 2018", [latimes.com/california/story/2020-12-31/san-francisco-struggles-to-stem-horrific-uptick-in-opioid-overdoses-drug-abuse](https://www.latimes.com/california/story/2020-12-31/san-francisco-struggles-to-stem-horrific-uptick-in-opioid-overdoses-drug-abuse).

344 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Indonesia.

345 UNODC, "Covid-19 and drugs: Impact Outlook", en *World Drug Report 2021*, pág. 70.

346 Tessa Marcus *et al.*, "Harm reduction in an emergency response to homelessness during South Africa's COVID-19 lockdown", *Harm Reduction Journal* (2020) vol. 17, artículo número 60.

proactivas a la planificación relativa a las pandemias, que deben asegurar la continuidad del acceso a estos servicios clave que garantizan los derechos de quienes consumen drogas. También existe la oportunidad de adoptar cambios positivos de políticas a partir de respuestas innovadoras a la reducción del daño desencadenadas por la pandemia de COVID-19 para garantizar que el acceso a la reducción del daño sea más sencillo, efectivo y basado en los derechos humanos una vez superada la pandemia.

Tal como ha señalado la ONU, la pandemia de COVID-19 “ha desencadenado innovaciones en los servicios de prevención y tratamiento relacionados con las drogas”.³⁴⁷ Por ejemplo, Amnistía Internacional ha recibido informes sobre el incremento de la entrega de metadona para llevar o tomar en casa, y del empleo de citas de telemedicina para las terapias de sustitución de opioides.³⁴⁸ Estos cambios han mitigado la necesidad de desplazarse durante la pandemia, si bien hace tiempo que se demandan intervenciones para satisfacer las necesidades de quienes consumen drogas.³⁴⁹ Por ejemplo, en Australia algunas organizaciones de la sociedad civil informaron de que trabajaban con las autoridades estatales para garantizar que quienes estaban en cuarentena o tenían que aislarse pudieran recibir su terapia de sustitución de opioides.³⁵⁰

En Estados Unidos, algunos organismos federales aprobaron requisitos simplificados para la expedición de recetas y aumentaron la flexibilidad para quienes necesitan fármacos agonistas opioides³⁵¹ y dosis de metadona para llevar a casa.³⁵² Algunos estados implementaron otras prácticas innovadoras, como el empleo de máquinas expendedoras para dispensar fármacos agonistas opioides y de los servicios postales para distribuir agujas y jeringas

estériles.³⁵³ Las barreras de transporte para acceder a medicamentos se mitigaron también al facultar a centros externos temporales y al personal encargado de hacer cumplir la ley para suministrar metadona a pacientes existentes.³⁵⁴ Asimismo, se ha comprobado la idoneidad de la telemedicina para los servicios de reducción del daño. Ha habido otros cambios positivos, como las órdenes a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley de no efectuar detenciones por determinados cargos relacionados con las drogas en países como Sudáfrica y Estados Unidos.³⁵⁵

Lamentablemente, las innovaciones son aisladas y no se han vinculado a oportunidades para una reforma más amplia de las políticas. A principios de 2020, ONUSIDA llevó a cabo un estudio de 16 países en el que concluyó que ninguno había permitido llevar a casa dosis de opioides en respuesta a la pandemia de COVID-19, y que Sudáfrica era el único país incluido en el estudio que había autorizado la distribución secundaria o la distribución de grandes volúmenes en programas de intercambio de agujas y jeringas.³⁵⁶

Además, estaba previsto que muchos de estos cambios positivos terminarían una vez que se superase la crisis de COVID-19.³⁵⁷ Las investigaciones de Amnistía Internacional han concluido que la constante criminalización del uso y la posesión de drogas podría impedir a los responsables de la formulación de políticas implementar y mantener iniciativas efectivas que respeten el derecho a la salud de quienes consumen drogas y protejan mejor la salud pública.³⁵⁸ Es urgente que los Estados hagan permanentes estos cambios legislativos y normativos a fin de eliminar barreras a servicios de tratamiento y reducción del daño con base empírica.³⁵⁹

347 UNODC, *Covid-19 and drugs: Impact Outlook en World Drug Report 2021*, [unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_1.pdf](https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_1.pdf), pág. 12.

348 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional.

349 Corey S. Davis, Amy Judd Lieberman, “Access to Treatment for Individuals with Opioid Use Disorder”, capítulo 17, *Covid-19 Policy Playbook III: Legal Recommendations for a Safer, More Equitable Future*, marzo de 2021, <https://www.publichealthlawwatch.org/covid19-policy-playbook>, pág. 133.

350 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Australia.

351 Fármacos terapéuticos utilizados para tratar la dependencia de opioides; véase OMS, *Opioid agonist pharmacotherapy used for the treatment of opioid dependence (maintenance)*.

352 Véase también Corey Davis, Amy Judd Lieberman, “Access to Treatment for Individuals with Opioid Use Disorder”, en *Covid-19 Policy Playbook III: Legal Recommendations for a Safer, More Equitable Future*, marzo de 2021, donde se señala que, en Estados Unidos, “en respuesta a la epidemia de COVID-19, la Agencia de Control de Drogas y otros organismos federales han tomado medidas para eliminar temporalmente ciertas barreras legales y reguladoras a los medicamentos [efectivos para el trastorno por consumo de opioides]”. <https://www.publichealthlawwatch.org/covid19-policy-playbook> pág. 133.

353 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *World Drug Report 2021, Executive Summary*, [unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_1.pdf](https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_1.pdf), pág. 28.

354 Corey Davis, Amy Judd Lieberman, “Access to Treatment for Individuals with Opioid Use Disorder”, en *Covid-19 Policy Playbook III: Legal Recommendations for a Safer, More Equitable Future*, marzo de 2021, <https://www.publichealthlawwatch.org/covid19-policy-playbook>, pág. 134.

355 Brandon del Pozo y Leo Beletsky, “No ‘back to normal’ after COVID-19 for our failed drug policies”, *International Journal of Drug Policy*, volumen 83, septiembre de 2020, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395920302401>, donde se señala que, en Estados Unidos, “se dieron instrucciones al personal de primera línea de un número creciente de jurisdicciones para que limitara las detenciones por drogas y otros contactos con el público”.

356 ONU, *Derechos en pandemia — Cuarentenas, derechos y aprendizajes del VIH en la respuesta temprana a la COVID-19*, 2020, pág. 33. Los países incluidos en el estudio eran Argentina, Botsuana, Brasil, Camerún, Chile, Colombia, El Salvador, Etiopía, Jamaica, Kenia, Malawi, Nigeria, Perú, República Centroafricana, Sudáfrica y Uganda; véase la pág. 14.

357 Corey Davis, Amy Judd Lieberman, “Access to Treatment for Individuals with Opioid Use Disorder”, *Covid-19 Policy Playbook III: Legal Recommendations for a Safer, More Equitable Future*, marzo de 2021, <https://www.publichealthlawwatch.org/covid19-policy-playbook> pág. 135.

358 Brandon del Pozo y Leo Beletsky, “No ‘back to normal’ after COVID-19 for our failed drug policies”, *International Journal of Drug Policy*, volumen 83, septiembre de 2020, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395920302401>, donde se dice que “las respuestas jurídicas y políticas innovadoras no son parte de una iniciativa coordinada más amplia para abordar la crisis de sobredosis del país”.

359 Corey Davis, Amy Judd Lieberman, “Access to Treatment for Individuals with Opioid Use Disorder”, *Covid-19 Policy Playbook III: Legal Recommendations for a Safer, More Equitable Future*, marzo de 2021, <https://www.publichealthlawwatch.org/covid19-policy-playbook>, pág. 136. También se citan otros ejemplos de cambios positivos en los estados: “Nueva York ha implementado el reparto de metadona a pacientes de alto riesgo mayores de 50 años, a quienes se permite al menos siete días de dosis para llevar a casa, y Oregón ha publicado directrices para los programas de tratamiento de opioides que reflejan fielmente las de la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA). El programa de Medicaid de Virginia ha ofrecido pautas para los programas de tratamiento de opioides como la eliminación de sanciones por no someterse a análisis de orina para la detección de drogas, y Virginia Occidental ha suspendido los requisitos de asesoramiento para pacientes de estos programas durante la emergencia de COVID-19”.

8. VIOLENCIA DE GÉNERO: AUMENTA EL RIESGO MIENTRAS SE ELIMINAN PROTECCIONES

Los índices de violencia de género siguen siendo estremecedoramente altos en todo el mundo, pero las medidas para controlar la COVID-19 han agravado la situación. Las órdenes de confinamiento domiciliario de los gobiernos y las restricciones conexas de la libertad de circulación relacionadas con la COVID-19 han tenido un impacto devastador en la seguridad de las personas expuestas a la violencia de género. En el confinamiento, muchas mujeres y personas LGBTI se vieron obligadas a encerrarse con sus maltratadores.

Algunos gobiernos tomaron medidas de emergencia para ayudar a las personas sobrevivientes, pero muchos otros clasificaron como no esencial la ayuda dirigida a ellas — incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva y de asesoramiento—, lo que llevó a su reducción o suspensión durante los confinamientos. Esta inacción de los Estados para garantizar un acceso adecuado a servicios relacionados con la violencia de género, que no se catalogaron como “esenciales” durante las restricciones de la pandemia, ha tenido consecuencias concretas para las personas injustamente criminalizadas, para quienes buscar seguridad frente a la violencia podía desembocar en abusos u otros daños a manos de agentes encargados de hacer cumplir la ley. El riesgo de recibir sanciones por el incumplimiento de las restricciones relacionadas con la COVID-19 añadió otra capa de exclusión de la protección, de los servicios de apoyo o de la justicia.³⁶⁰

Esta inacción de los Estados ha tenido consecuencias catastróficas. La mayoría de las organizaciones que respondieron a la encuesta de Amnistía Internacional (el 60%) afirmaron que, durante el periodo de vigencia de las medidas contra la pandemia, la población con la que trabajaban había sufrido violencia de género.³⁶¹ Por ejemplo, en Sudáfrica, el Centro Jurídico de la Mujer informó de que

“las mujeres que necesitaban acceder a servicios jurídicos se vieron directamente afectadas, ya que la mayoría de las organizaciones cerraron su oficina y trasladaron su trabajo a plataformas online. Las mujeres que buscaban refugio frente a la violencia que sufrían en el hogar quedaron confinadas en sus casas con sus maltratadores sin poder pedir asesoramiento jurídico ni asistencia”.³⁶² De igual forma, Hidden Pockets Collective informó de que, en India, habían aumentado los índices de violencia de género en el ámbito familiar “[y las restricciones] a la interconexión y a la movilidad obligaron a las víctimas de violencia de género intrafamiliar a permanecer en casa con sus maltratadores”.³⁶³

Otras organizaciones informaron de que el cierre de albergues y servicios de ayuda para la población LGBTI en riesgo de violencia también había tenido un profundo efecto.³⁶⁴ Muchas personas LGBTI que estuvieron aisladas con familiares hostiles denunciaron experiencias de violencia, hostigamiento, intimidación y abusos.³⁶⁵ Esto era especialmente preocupante en países en los que se criminaliza la conducta homosexual o las expresiones de identidad de género, ya que el temor a ser objeto de persecución y criminalización dificulta a las personas sobrevivientes acceder a ayuda y a la justicia.³⁶⁶ Por ejemplo, una organización de Tanzania informó de que muchas personas LGBTI “sufrieron vergüenza, chantaje y hostigamiento tras conocerse o revelarse su orientación sexual por estar confinadas con sus familias”.³⁶⁷ En Kirguistán, una organización expresó su preocupación por la violencia psicológica y física que sufrieron muchas personas LGBTI confinadas con sus familias durante la pandemia.³⁶⁸

360 Amnistía Internacional, *Políticas del cuerpo. Manual general sobre la criminalización de la sexualidad y la reproducción* (Índice: POL 40/7763/2018), 12 de marzo de 2018.

361 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

362 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Sudáfrica.

363 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, India.

364 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

365 Outright Action International, *Domestic violence and COVID-19*, 31 de marzo de 2020, outrightinternational.org/content/domestic-violence-and-covid-19; Amnistía Internacional, *Pride is a timely reminder that LGBTI people must not be left out of COVID-19 response*, 26 de junio de 2020, www.amnesty.org/en/latest/news/2020/06/pride-lgbt-people-excluded-from-covid-19-response/; Amnistía Internacional, *Los gobiernos no han protegido a las personas trans del asesinato ni de la COVID-19*, 20 de noviembre de 2020, <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2020/11/governments-have-failed-to-protect-trans-people-from-murder-and-from-covid19/>; ONUSIDA, *Seis medidas concretas de ayuda para mujeres y niñas en toda su diversidad en el contexto de la pandemia de COVID-19, 2020*, https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/women-girls-covid19_es.pdf.

366 Amnistía Internacional, *Protecting the human rights of LGBTI people during the Covid-19 Pandemic* (Índice: POL 30/2340/2020), 19 de junio de 2020, [amnesty.be/IMG/pdf/2020_protecting_the_human_rights_of_lgbti_people_during_the_covid-19_pandemic.pdf](https://www.amnesty.be/IMG/pdf/2020_protecting_the_human_rights_of_lgbti_people_during_the_covid-19_pandemic.pdf).

367 Respuestas a la encuesta de Amnistía Internacional.

368 Respuesta a la encuesta de Amnistía Internacional, Kirguistán.

Las trabajadoras y trabajadores sexuales, que sufrían ya elevados índices de violencia y falta de protección y justicia antes de la pandemia de COVID-19,³⁶⁹ denunciaron el aumento del riesgo de violencia a manos de clientes, la policía y otras personas, que los culpaban de la propagación de la COVID-19.³⁷⁰ Se ha hallado que la criminalización y la vigilancia policial del trabajo sexual triplica las posibilidades de que quienes lo ejercen experimenten violencia sexual o física.³⁷¹ En India, la NNSW documentó también que las “personas que ejercen el trabajo sexual denuncian que sufren un grado mayor de abusos (insultos y maltrato físico) a manos de sus familias debido a su incapacidad de aportar dinero durante este periodo”.³⁷²

369 Amnistía Internacional, *Include Sex Workers in the Covid-19 Response: Public Statement* (Índice: POL 30/2788/2020), 28 de julio de 2020, [amnesty.org/en/documents/pol30/2788/2020/en/](https://www.amnesty.org/en/documents/pol30/2788/2020/en/).

370 Nita Bhalla, “Africa’s sex workers are being battered by lockdowns, clients and even the police”, *Business Day*, 4 de junio de 2020, [businesslive.co.za/bd/world/africa/2020-06-04-africas-sex-workers-are-being-battered-by-lockdowns-clients-and-even-the-police/](https://www.businesslive.co.za/bd/world/africa/2020-06-04-africas-sex-workers-are-being-battered-by-lockdowns-clients-and-even-the-police/).

371 Lucy Platt *et al.*, “Associations between sex work laws and sex workers’ health: A systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies”, *PLoS Med*, diciembre de 2018; 15(12), [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6289426/](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002626).

372 NNSW, *Issues of Sex Workers in the Times of Covid in India*, 6 de agosto de 2020, [nnswindia.org/upload/NNSW-submission-NHRC.pdf](https://www.nnswindia.org/upload/NNSW-submission-NHRC.pdf).

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En todo el mundo, muchos gobiernos han optado por planteamientos coercitivos en respuesta a la pandemia de COVID-19 en lugar de recurrir a medidas basadas en el respeto de los derechos humanos que incidan en el empoderamiento y en una colaboración significativa de la comunidad y que incluyan políticas de fomento de la confianza y la solidaridad. En general, se han basado en medidas punitivas, con sanciones como multas o penas de prisión, para hacer cumplir las restricciones relacionadas con la salud pública y detener la propagación de la COVID-19.

A menudo, estos planteamientos punitivos con respecto a la salud pública han obstaculizado más el acceso a servicios esenciales para proteger el derecho a la salud, especialmente para grupos que ya sufren discriminación, estigma y criminalización injusta. El impacto ha impulsado con frecuencia a las personas a recurrir a opciones más peligrosas para satisfacer necesidades esenciales y ha impedido prestar servicios de salud efectivos, lo que ha producido enfermedades y muertes evitables, así como muy diversos abusos contra los derechos humanos.

Este informe documenta cómo la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto lo que ya sabían quienes luchan por los derechos humanos: que las personas marginadas—entre otros factores, debido a la criminalización injusta— suelen enfrentarse a las mayores barreras para acceder a sus derechos.

Algunas facultades concedidas en virtud de las normativas relacionadas con la COVID-19 han violado el derecho y las normas internacionales de derechos humanos al no ceñirse a los principios de legalidad, necesidad, proporcionalidad y no discriminación. A veces, las normativas han otorgado facultades amplias e imprecisas que se han aplicado de forma discriminatoria contra grupos marginados.

La introducción y aplicación de medidas punitivas y coercitivas se ha dirigido a menudo contra comunidades desfavorecidas, restringiendo su acceso a derechos y a

servicios y bienes esenciales. De hecho, algunos Estados han aprovechado la pandemia para hacer retroceder derechos, lo que ha aumentado el estigma, el temor y la falta de confianza en las autoridades. Estas medidas de carácter punitivo y coercitivo han exacerbado aún más motivos de preocupación ya existentes en materia de derechos humanos y han puesto de manifiesto la desigualdad y la discriminación estructurales, y constantes recurrentes de abuso contra comunidades marginadas, y han resaltado la falta de rendición de cuentas por esos abusos.

La salud de muchas de las personas más afectadas por este planteamiento punitivo ya era peor debido a su marginación histórica en la asignación de recursos y a su discriminación en el acceso a atención médica, empleo y vivienda. El uso generalizado de planteamientos punitivos las perjudicó aún más debido a la imposición de medidas inviables o imposibles de cumplir para ellas.

Es más, como consecuencia de la forma en que se criminalizan injustamente ciertas identidades, actividades, condiciones sociales y decisiones, muchas personas han sufrido más violaciones y abusos contra sus derechos humanos durante la pandemia, incluidos actos de hostigamiento e intimidación, detenciones arbitrarias y homicidios a manos de agentes estatales y no estatales. Asimismo, las respuestas punitivas a la COVID-19 han fomentado y perpetuado el estigma y la discriminación de comunidades que corrían ya peligro de ser criminalizadas, y también han creado nuevas barreras al acceso a medidas de apoyo y socavado el derecho a la salud y a una vivienda adecuada.

Las respuestas a la pandemia deben garantizar que las personas más marginadas, incluidos los grupos afectados por la criminalización injusta, queden incluidas y protegidas en las respuestas de los Estados. Los Estados deben poner fin a la criminalización injusta que, entre otros efectos, se ha demostrado que socava el derecho a la salud y a la no discriminación, a fin de garantizar efectivamente su protección y promover objetivos de salud pública.

RECOMENDACIONES A LOS ESTADOS

1. ADOPTAR UN PLANTEAMIENTO CONFORME A LOS DERECHOS HUMANOS

Garantizar que todas las medidas jurídicas, políticas y normativas relativas a la pandemia que deriven en restricciones de los derechos humanos queden reflejadas en una ley formulada con suficiente precisión, y sean necesarias y proporcionadas al fin de proteger la salud pública u otros fines legítimos de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos. Las sanciones por incumplimiento de las restricciones destinadas a proteger la salud pública deben ser el último recurso y el instrumento menos intrusivo de entre aquéllos que podrían alcanzar el resultado deseado.

Revisar las consecuencias persistentes de las medidas adoptadas incluso después de su levantamiento y tomar medidas concretas para reparar el daño infligido a quienes hayan sufrido injusticias durante la aplicación de las medidas adoptadas en la crisis o a consecuencia de ellas.

Abstenerse de aprobar o implementar sanciones penales para hacer cumplir o alcanzar objetivos de salud pública.

Dar prioridad a las políticas que permitan y ayuden a la población a cumplir voluntariamente las medidas necesarias de salud pública.

Identificar el impacto que tienen las restricciones destinadas a proteger la salud pública en los medios de sustento de la población cuando se diseñen respuestas a emergencias de salud pública que puedan repercutir negativamente en diversos derechos humanos, como los relativos a la alimentación, la vivienda, el agua y el saneamiento, la salud y la educación. Tomar medidas adecuadas para atenuar en lo posible ese impacto, lo que incluye modificar cuando sea posible las medidas introducidas a fin de tener en cuenta circunstancias específicas de las personas.

Tomar medidas para garantizar que la aplicación de las medidas de salud pública no perjudique ni repercuta de manera específica o desproporcionada en personas ya objeto de discriminación, estigmatización o discriminación injusta.

Garantizar que las comunidades y las personas marginadas no sean castigadas ni objeto de sanciones únicamente por carecer de los recursos y condiciones necesarios para cumplir las medidas de salud pública.

2. GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD

Reconocer y definir como “atención médica esencial” la atención, los bienes y la información de salud sexual y reproductiva, y los tratamientos de afirmación de género; las terapias de sustitución de opioides y otros servicios de reducción del daño. Garantizar que todos estos servicios sigan disponiendo de recursos adecuados y permanezcan accesibles y disponibles durante la emergencia de salud pública.

Ampliar y mejorar el acceso a servicios de telemedicina, lo que incluye eliminar restricciones indebidas y mejorar el acceso de las comunidades de zonas remotas y de quienes viven en la pobreza.

Garantizar el acceso a atención médica con independencia de la condición migratoria, los requisitos de identificación y de otras barreras discriminatorias.

Garantizar el acceso a servicios de las sobrevivientes de la violencia de género.

3. GARANTIZAR EL DERECHO A ACCEDER A LA INFORMACIÓN

Facilitar a las personas afectadas por la marginación, incluidas las injustamente criminalizadas, acceso sin trabas y gratuito a información fiable, objetiva y contrastada sobre la situación de la salud pública y las medidas de salud pública implementadas en consecuencia, en idiomas pertinentes a las comunidades destinatarias y en formatos accesibles para garantizar que pueden cumplir las restricciones y participar de manera significativa en el diseño, la implementación, la supervisión y la evaluación de tales medidas.

4. GARANTIZAR LA PARTICIPACIÓN DE LOS GRUPOS MARGINADOS

Elaborar directrices claras para garantizar la participación plena, igualitaria, significativa y efectiva de las personas afectadas por las políticas de salud pública —y, sobre todo, de las injustamente criminalizadas—, a través de organizaciones de la sociedad civil y representantes comunitarios, en la toma de decisiones y en el desarrollo, supervisión e implementación de todos los planes relativos a respuestas a la pandemia a todos los niveles.

5. GARANTIZAR QUE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA NO TENGA UN IMPACTO DESPROPORCIONADO EN LOS GRUPOS MARGINADOS

Garantizar que los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley apliquen con moderación, en la medida de lo posible, las normativas de salud pública y sociales, incluidos los confinamientos, a las personas que corran especial riesgo de verse gravemente afectadas por ellas o no puedan cumplirlas.

Emitir directrices claras a los agentes encargados de hacer cumplir la ley para que se abstengan de usar la fuerza en la aplicación de restricciones de salud pública cuando se incumplan para satisfacer necesidades básicas para la supervivencia. En ningún caso deberán recurrir a la fuerza como castigo, ni siquiera por violar las normas de confinamiento.

Garantizar que las facultades de aplicación de la ley estén definidas con precisión, sean proporcionadas a un fin legítimo y necesarias para éste, y que los tribunales de justicia puedan revisar las órdenes, normas, políticas y prácticas de los organismos encargados de hacer cumplir la ley.

6. PONER FIN A LA CRIMINALIZACIÓN INJUSTA

Revocar las leyes existentes y abstenerse de aprobar nuevas leyes que criminalicen o penalicen, directamente o en la práctica, las diversas acciones y decisiones de las personas marginadas y que repercutan negativamente en sus derechos humanos y, en particular, en su derecho a la salud.

Eliminar el aborto de la legislación penal y garantizar que no se apliquen leyes, políticas ni prácticas penales o punitivas a quienes deseen abortar o aborten ni a los proveedores de servicios de aborto u otras personas sólo por haber practicado abortos, ayudado a practicarlos o facilitado medicación abortiva o servicios de aborto.

Retirar inmediatamente los cargos penales, eliminar los antecedentes penales derivados y poner en libertad a todas las personas encarceladas por someterse a un aborto, tener un aborto espontáneo u otras complicaciones relacionadas con el embarazo, o por haberse procurado fármacos abortivos.

Despenalizar las relaciones y los actos homosexuales, y revocar todas las leyes y eliminar todas las políticas que permitan castigar, detener o recluir a una persona por su orientación sexual o su identidad o expresión de género.

Retirar inmediatamente los cargos penales, eliminar los antecedentes penales derivados y poner en libertad a toda persona encarcelada por su orientación sexual, real o supuesta, o por su identidad o expresión de género.

Permitir que las personas cambien su nombre y su género legales —incluidos los indicadores de género existentes en sus documentos oficiales expedidos por el Estado— mediante un procedimiento rápido, accesible y transparente, de acuerdo con el sentido de la identidad de género de la persona, y garantizar la accesibilidad de servicios de salud para las personas trans sin discriminación.

Derogar las leyes existentes y abstenerse de introducir leyes nuevas que criminalicen o penalicen, directamente o en la práctica, el intercambio consentido de servicios sexuales entre personas adultas a cambio de remuneración.

Abolir las leyes, políticas y medidas que criminalicen a las personas sin hogar o en peligro de perder su hogar, o por actividades conexas como dormir o comer en espacios públicos. Prohibir la expulsión de las personas sin hogar de espacios públicos.

Despenalizar el consumo de drogas y su posesión para consumo personal, y ampliar los servicios de salud y otros servicios sociales —incluidos los de reducción del daño y tratamiento de toxicomanías— para abordar los riesgos relacionados con las drogas.

Incluir y priorizar la participación de comunidades afectadas por la criminalización injusta en la toma de decisiones relativas al desarrollo, implementación y revisión de respuestas de salud pública para garantizar que se tengan debidamente en cuenta las realidades de las personas más afectadas por estas leyes.

7. ELIMINAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

Condenar públicamente los actos y declaraciones discriminatorios, y garantizar que los funcionarios públicos rindan cuentas por declaraciones discriminatorias contra comunidades marginadas.

Tomar medidas para garantizar que las personas pertenecientes a comunidades marginadas o afectadas por la criminalización injusta —como las que ejercen el trabajo sexual, las que consumen drogas, la población LGBTI y quienes necesitan abortar— no sean blanco de delitos o discursos de odio por una presunta vinculación con la pandemia o la percepción de esa vinculación.

Garantizar que las víctimas de crímenes de odio tengan acceso a reparación y que ninguna autoridad pública haga declaraciones que inciten a la población a relacionar a un grupo concreto de personas con una pandemia u otra crisis de salud pública.

Garantizar que las medidas de salud pública no discriminen a ninguna comunidad o persona al dirigirse a ellas directamente de forma discriminatoria o tener un impacto adverso desproporcionado en ellas.

Garantizar que todas las medidas aprobadas para aplicar respuestas de salud pública incluyan salvaguardas contra la discriminación.

8. GARANTIZAR SUPERVISIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS POR VIOLACIONES DE DERECHOS HUMANOS

Acompañar la declaración del estado de emergencia para proteger la salud pública de sólidos mecanismos de supervisión y rendición de cuentas que garanticen el derecho a la reparación de las víctimas de violaciones de derechos humanos.

Garantizar que todos los presuntos casos de violaciones de derechos humanos perpetradas por organismos o funcionarios encargados de hacer cumplir sean investigados de forma exhaustiva, efectiva e independiente y, cuando proceda, los responsables comparezcan ante la justicia en juicios justos sin recurso a la pena de muerte. Implementar mecanismos efectivos para proporcionar reparaciones adecuadas a las víctimas de estas violaciones.

9. ESTABLECER GARANTÍAS BÁSICAS DE SEGURIDAD SOCIAL

Garantizar que toda persona reciba la ayuda y el empoderamiento necesarios para cumplir los requisitos de salud pública y seguridad, y modificar las prácticas discriminatorias que impiden a las personas afectadas por la criminalización injusta acceder a servicios sociales y refugio.

Proporcionar ayuda específica a las personas y grupos particularmente afectados por las medidas de salud pública; en particular, a quienes trabajan en el sector informal —como las trabajadoras y los trabajadores sexuales—, a quienes carecen de seguro médico o seguridad social y a quienes sufren discriminación.

Garantizar que los requisitos de identificación no obstaculicen el acceso a protección social.

10. GARANTIZAR EL DERECHO A UNA VIVIENDA ADECUADA

Garantizar que, una vez que la situación de emergencia mengüe, no vuelvan a quedar sin hogar aquellas personas que carecían de él a las que se facilitó alojamiento provisional durante la crisis de salud pública.

Garantizar que, de conformidad con el principio de no regresión, se mantengan todas las medidas positivas implementadas para realizar los derechos de la población marginada cuando mejore la situación de salud pública.

Proteger a la población frente al desalojo prohibiendo llevar a cabo desalojos por impago o pago atrasado del alquiler o la hipoteca, o por retraso en el pago de servicios durante la pandemia y durante un periodo razonable finalizada ésta.

RECOMENDACIONES A LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

Garantizar que, en el proceso de debate y desarrollo del tratado sobre pandemias o un instrumento similar, participe de manera significativa y en su totalidad el creciente espectro de personas expertas, investigadores e investigadoras, organizaciones de la sociedad civil, defensores y defensoras de los derechos humanos, y representantes de las comunidades marginadas y de las personas injustamente criminalizadas.

Índice: **POL 30/5477/2022 Spanish**

Publicación: **Mayo de 2022**

Idioma original: **Inglés**

© Amnesty International 2022

