



EXPUESTO, ACALLADO Y ATACADO

DEFICIENCIAS EN LA PROTECCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y QUE REALIZA LABORES ESENCIALES DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

**Amnistía Internacional es un movimiento global de más de ~
7 millones de personas que trabajan en favor del respeto y
la protección de los derechos humanos.**

**Nuestra visión es la de un mundo en el que todas las
personas disfrutan de todos los derechos humanos
proclamados en la Declaración Universal de Derechos
Humanos y en otras normas internacionales.**

**Somos independientes de todo gobierno, ideología política,
interés económico y credo religioso. Nuestro trabajo se
financia principalmente con las contribuciones de nuestra
membresía y con donativos.**

© Amnesty International 2020

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>

Para más información, visiten la página *Permisos* de nuestro sitio web:

<https://www.amnesty.org/es/about-us/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 2017

por Amnesty International Ltd.

Peter Benenson House, 1 Easton Street

London WC1X 0DW, Reino Unido

Índice: POL 40/2572/2020 Spanish

Idioma original: Inglés

amnesty.org



Foto de portada Titulares de publicaciones en inglés del periodo comprendido entre el 19 de marzo y el 23 de mayo de 2020.

© Amnesty International

**AMNISTÍA
INTERNACIONAL**



EXPUESTO, ACALLADO Y ATACADO

DEFICIENCIAS EN LA PROTECCIÓN DEL PERSONAL
SANITARIO Y QUE REALIZA LABORES ESENCIALES DURANTE
LA PANDEMIA DE COVID-19

ÍNDICE

1. RESUMEN EJECUTIVO	5
2. INTRODUCCIÓN	10
3. METODOLOGÍA	12
4. CONDICIONES LABORALES INJUSTAS Y PELIGROSAS	14
4.1 MUERTES E INFECCIONES CAUSADAS POR LA COVID-19	14
4.2 FALTA DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ADECUADOS	20
4.3 LA CARGA DE TRABAJO Y LA PREOCUPACIÓN POR LA SALUD MENTAL	24
4.4 REMUNERACIÓN E INDEMNIZACIÓN	27
5. DERECHOS A LA LIBERTAD DE EXPRESIÓN Y DE REUNIÓN PACÍFICA	31
6. ESTIGMA Y VIOLENCIA	38
7. PROBLEMAS ESTRUCTURALES GENERALES	43
8. DERECHO INTERNACIONAL Y NORMAS INTERNACIONALES	48
8.1 EL DERECHO A LA SALUD	50
8.2 EL DERECHO DE TODA PERSONA AL GOCE DE CONDICIONES DE TRABAJO EQUITATIVAS Y SATISFACTORIAS	50
8.3 PROTECCIÓN CONTRA EL ESTIGMA, LA DISCRIMINACIÓN Y LA VIOLENCIA	53
8.4 LIBERTAD DE EXPRESIÓN	53
8.5 COOPERACIÓN Y ASISTENCIA INTERNACIONALES	55
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56

1. RESUMEN EJECUTIVO

En marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró pandemia la propagación de la COVID-19. Cuando se redacta este informe, 11.125.245 personas han contraído la enfermedad y 528.204 han muerto como consecuencia de ella. La mayoría de los países ha impuesto algún tipo de restricción a la libertad de circulación y a otros derechos humanos para controlar la propagación del virus. Varios países no han llegado aún a lo peor de la pandemia. En este difícil momento, el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras que realizan labores esenciales desempeñan un papel extraordinario en la respuesta a la pandemia. En todos los países han arriesgado su salud y su bienestar, a menudo en circunstancias muy difíciles y con muy poca ayuda, para garantizar el acceso de la población a los servicios esenciales que necesita —como atención sanitaria, alimentos y otros suministros de nutrición— y a los servicios públicos de emergencia.

Pese a ello, en todo el mundo el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales afrontan enormes dificultades para hacer su trabajo y no cuentan con suficiente protección de los gobiernos. El análisis de Amnistía Internacional muestra que, durante la pandemia, más de 3.000 trabajadores y trabajadoras de la salud han perdido la vida a causa de la COVID-19 —cifra probablemente muy inferior a la real debido a la ausencia de informes— y muchos otros trabajan en entornos peligrosos debido a la escasez de equipos de protección individual (EPI). Además, por exponer problemas de seguridad han sufrido represalias de las autoridades y de sus entidades empleadoras, incluidos despidos y detenciones, y en algunos casos han sido incluso objeto de violencia y estigma por parte de la población.

Este informe expone estas dificultades y también llama la atención sobre algunos problemas estructurales más generales de los sistemas sanitarios y de asistencia social de diferentes partes del mundo que las han exacerbado y que deben abordarse con urgencia. El informe se basa en su mayor parte en información de las siguientes fuentes: (i) seguimiento por los equipos de investigación de Amnistía Internacional de los derechos del personal sanitario y de los trabajadores y trabajadoras esenciales en 63 países y territorios, incluidas entrevistas con personal sanitario y trabajadores y trabajadoras esenciales; (ii) revisión bibliográfica de información publicada en medios de comunicación, artículos académicos e informes de sindicatos y otros actores de la sociedad civil sobre las dificultades que afrontan el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales durante la pandemia; y (iii) recopilación de datos procedentes de múltiples fuentes, incluidos medios de comunicación y listas compiladas por asociaciones médicas nacionales, sobre el número de trabajadores y trabajadoras sanitarios y esenciales que han contraído la COVID-19 y han fallecido como consecuencia de la enfermedad. Aunque gran parte del análisis está dedicado al personal sanitario debido a que se dispone de más información, el análisis y la necesidad de protección se extiende a un abanico mucho más amplio de trabajadores y trabajadoras expuestos a la COVID-19 por su trabajo.

“Respecto a cómo está la situación en este momento, cada día es como correr en una cinta programada a gran velocidad y tratar de mantener el ritmo, sentimos cansancio y ansiedad”.

Enfermera, Reino Unido

Debido a su trabajo, el personal sanitario y muchos otros trabajadores y trabajadoras que realizan labores esenciales suelen estar más expuestos a la COVID-19 que la población general, y por tanto, corren mayor riesgo de sufrir la infección, enfermar de gravedad e incluso morir si no cuentan con la debida protección. Aunque en muchos países no se hace actualmente un seguimiento sistemático del número de trabajadores y trabajadoras de la salud y esenciales fallecidos tras contraer la COVID-19, sí existen algunas estimaciones. Según el Consejo Internacional de Enfermeras, “más de 230.000 trabajadores sanitarios han contraído la enfermedad, y más de 600 enfermeras han fallecido como consecuencia”. Sin embargo, Amnistía Internacional ha recopilado y analizado toda una serie de datos disponibles que muestran que han muerto al menos 3.000 trabajadores y trabajadoras de la salud tras haber contraído la COVID-19 en 79 países del mundo. En Reino Unido, los datos muestran “tasas elevadas [de mortalidad] en determinadas profesiones sanitarias” en comparación con la población activa en general, como enfermeros y enfermeras, auxiliares y asistentes de enfermería varones, trabajadores y trabajadoras sociales y trabajadores de la salud varones. Asimismo, las tasas de mortalidad de los varones eran más elevadas en profesiones como las de taxista y chófer, conductor de autobús y autocar, obrero fabril y guardia de seguridad.

Los datos y el análisis de algunos países incluidos en el informe están empezando a mostrar que ciertos grupos de trabajadores y trabajadoras de la salud y esenciales se han visto afectados desproporcionadamente por la pandemia y han experimentado niveles elevados de infección y mortalidad. Entre los ejemplos figuran el personal sanitario BAME (personal sanitario que se identifica como negro, asiático o de una etnia minoritaria, por sus siglas en inglés) en Reino Unido, los trabajadores y trabajadoras de saneamiento que suelen pertenecer también a la comunidad dalit en India, y la comunidad de habla somalí en Finlandia (algunos análisis indican que es más probable que sus miembros sean empleados como trabajadores y trabajadoras esenciales, lo que podría haber contribuido a esta tasa de incidencia).

Se denunció la escasez de EPI para el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales en casi la totalidad de los 63 países y territorios en los que Amnistía Internacional recabó información y, según una encuesta publicada en mayo de 2020 por Internacional de Servicios Públicos en 62 países, menos de una cuarta parte de los sindicatos informó de que contaban con equipos adecuados. En estas circunstancias, el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales han tenido que recurrir a diversos medios para protegerse, lo que ha puesto en peligro su salud y su seguridad. En algunos países, el personal sanitario denunció que no le habían proporcionado EPI, por lo que había tenido que adquirirlos y pagarlos de su bolsillo. En otros casos denunció haber tenido que improvisar y reconvertir artículos como bolsas de basura y chubasqueros para tratar de protegerse. Desde que comenzó la pandemia, varios países han cambiado sus normas sobre importación y exportación de productos esenciales, incluidos los EPI, lo que podría haber agravado la situación para algunos países con dificultades para adquirir estos equipos en el mercado internacional.

Por otra parte, al mismo tiempo que aumentaba el volumen de trabajo del personal sanitario y sus riesgos laborales, en algunos países estos trabajadores y trabajadoras dijeron también que no recibían un salario equitativo ni una indemnización en caso de enfermedad profesional o incluso de fallecimiento. El aumento del volumen de trabajo y el posible aumento de la ansiedad y el estrés relacionados con el trabajo, sobre todo en estas difíciles circunstancias, pueden tener consecuencias negativas para la salud mental del personal sanitario. Una encuesta realizada a personal sanitario en Portugal publicada en abril de 2020, tras el comienzo de la pandemia de COVID-19, indicaba que casi el 75% de las personas encuestadas consideraba que sus niveles de ansiedad eran “altos” o “muy altos”, y el 14,6% dijo que tenía niveles de depresión moderados o significativos. Un trabajador sanitario de Sudáfrica lo explicó así a Amnistía Internacional: “El gran problema para mí es el cansancio que tenemos de ir corriendo de un paciente a otro, lo que hace que muchos de nosotros nos toquemos sin querer la cara y nos exponamos al virus. También sudamos mucho y la pantalla de protección se llena de vaho. Estoy de baja por la COVID-19 y soy médico interino, lo que significa que sólo me pagan cuando trabajo, así que estoy aún más estresado que antes”.

Ante estas condiciones, trabajadores y trabajadoras han denunciado a menudo la situación y, en muchos casos, han sufrido represalias, como el despido e incluso la detención. Amnistía Internacional vio informes de al menos 31 países donde el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales habían protestado públicamente por sus condiciones de trabajo, habían hecho huelga o habían amenazado con ir a la huelga. La organización halló que, en algunos países, los gobiernos o determinadas entidades empleadoras habían impuesto restricciones o impartido instrucciones para impedir que el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales hablasen públicamente de sus motivos de preocupación. En otros, sin embargo, a pesar de que no se han impuesto restricciones oficiales al personal sanitario y a los trabajadores y trabajadoras esenciales, muchos actuaban en contextos en los que la represión suele ser la respuesta a las críticas a las autoridades, y corrían el riesgo de sufrir represalias.

Por ejemplo, en Rusia, las autoridades abrieron una investigación administrativa sobre la endocrinóloga Yulia Volkova, a la que acusan de difundir “a sabiendas información falsa” sobre la COVID-19 después de que el 25 de marzo publicase un vídeo en Twitter en el que pedía que se facilitaran EPI a los profesionales de la medicina. “¿A quién asusté con mi vídeo? No dice cuál es mi hospital, no se nombra al médico jefe. Sólo dije que exigimos que se nos faciliten equipos de protección modernos”, dijo Yulia Volkova a Amnistía Internacional.

En Malasia, la policía dispersó a un grupo de trabajadores y activistas que participaban en un piquete pacífico contra una empresa de servicios de limpieza para hospitales. Las quejas de estos trabajadores y trabajadoras giraban en torno a lo que calificaban de trato injusto a los miembros del sindicato por parte de la empresa, así como a la falta de suficientes EPI para el personal de limpieza. La policía arrestó, detuvo durante una noche y presentó cargos contra cinco activistas por “reunión no autorizada”, violando sus derechos a la libertad de asociación y reunión. Del mismo modo, en Egipto, las autoridades han detenido y encarcelado arbitrariamente a nueve trabajadores y trabajadoras sanitarios, principalmente por expresar sus motivos de preocupación en relación con la salud o por criticar la gestión de la pandemia por parte del gobierno.

“Me siento muy defraudado. El gobierno y las autoridades del gobierno local no están haciendo todo lo posible para proteger a los médicos [...] No tenemos ninguna esperanza y sólo podemos protestar. Después nos dijeron que ni siquiera podemos protestar. Nos están tapando la boca”.

Médico, Pakistán.

Además, si bien en muchos países se ha producido una oleada sin precedentes de apoyo y solidaridad hacia el personal sanitario, en algunos el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales también han sido estigmatizados —y, en algunos casos, incluso objeto de violencia— debido al trabajo que llevan a cabo en el contexto de la pandemia de COVID-19. También han llegado informes de personal sanitario al que se niega el acceso a servicios esenciales, como la vivienda, porque hay gente que tiene miedo de que se hayan contagiado de COVID-19 y propaguen la infección. En al menos diez países se han recibido informes de trabajadores y trabajadoras de la salud que han sido desalojados de su vivienda o han sufrido intentos de desalojo, han tenido dificultades para encontrar un lugar donde vivir o han sido estigmatizados en el lugar donde residen.

Amnistía Internacional ha registrado este tipo de casos en al menos 11 países, donde el personal sanitario y trabajadores y trabajadoras esenciales han sido incluso agredidos o han sido objeto de violencia cuando iban a trabajar, en su lugar de trabajo, así como a manos de su comunidad, en su barrio y en sus casas. Además, en mayo de 2020, 13 organizaciones médicas y humanitarias que representan a 30 millones de profesionales de la salud emitieron una declaración en la que condenaron “más de 200 incidentes de agresiones relacionadas con la COVID-19 [contra personal sanitario], tendencia que pone en peligro a estas personas, que realizan una labor vital al intervenir en primera línea, y a las comunidades a las que atienden”.

Por ejemplo, en México, a fecha 28 de abril, la Secretaría de Gobernación había documentado al menos 47 casos de agresiones contra personal sanitario, el 70% de ellas contra mujeres. Según informes, a una enfermera le arrojaron lejía cuando caminaba por la calle. El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) informó de que, entre el 19 de marzo y el 8 de mayo, había recibido 265 quejas sobre discriminación a personal sanitario debido a la COVID-19, 17 de personal médico, 8 de personal de enfermería y 31 de personal administrativo o de apoyo.

Los Estados tienen unas obligaciones claras en materia de derechos humanos en relación con la protección del personal sanitario y de los trabajadores y trabajadoras esenciales en el contexto de la COVID-19. Esto incluye sus derechos a la salud; a unas condiciones laborales justas y favorables; a la libertad de expresión y de reunión pacífica; a no ser objeto de discriminación ni violencia; y la obligación de todos los Estados de

proporcionar cooperación y asistencia internacionales para la realización de los derechos humanos. La protección de los derechos del personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales es fundamental para garantizar una respuesta a la pandemia más enérgica y respetuosa con los derechos. El personal sanitario es una valiosa fuente de información sobre la propagación y la magnitud de la pandemia de COVID-19 y las respuestas del gobierno a ella. Garantizar la protección del personal sanitario y de los trabajadores y trabajadoras esenciales es una medida significativa para garantizar la protección de toda la población.

“Cuando se provea al personal sanitario de equipos de protección individual adecuados, no tendremos miedo de atender a ningún paciente, con independencia de los síntomas que tenga, y se salvarán vidas”.

Profesional sanitario, Nigeria

Este informe se publica en un momento en el que la pandemia parece disminuir en algunos países e intensificarse en otros. Sin embargo, las lecciones y recomendaciones que contiene son universales. Los países que están experimentando lo peor de la pandemia ahora mismo deben implementar con urgencia sus recomendaciones para proteger los derechos del personal sanitario y de los trabajadores y trabajadoras esenciales. Los países que podrían experimentarla con intensidad en el futuro y que aún no están afectados de gravedad deben emplear el tiempo de que disponen en garantizar que los sistemas de salud están preparados y que, cuando llegue la pandemia, cuentan con la infraestructura necesaria para proteger plenamente los derechos del personal sanitario y de los trabajadores y trabajadoras esenciales. Y los países que acaban de vivir lo peor de la pandemia deben prepararse para posibles “segundas oleadas”, además de hacer un seguimiento de los motivos de preocupación expuestos por el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales a fin de garantizar la rendición de cuentas en las situaciones en las que no se han protegido plenamente sus derechos.

Amnistía Internacional formula un completo conjunto de recomendaciones dirigidas a gobiernos de todo el mundo para garantizar la protección adecuada del personal sanitario y de los trabajadores y trabajadoras esenciales durante la pandemia de COVID-19. Entre ellas figuran las siguientes:

- Los Estados deberán garantizar que las entidades empleadoras —sean públicas o privadas— proporcionan al personal sanitario y a los trabajadores y trabajadoras esenciales equipos de protección individual adecuados y suficientes para protegerse durante la pandemia de COVID-19, con arreglo a las normas internacionales.
- Los Estados deberán reconocer la COVID-19 como enfermedad profesional, y los trabajadores y trabajadoras que la contraigan como consecuencia de actividades relacionadas con su trabajo deberán tener derecho a una compensación en efectivo y a la atención médica y otros cuidados necesarios. Esto deberá incluir a la totalidad del personal sanitario y de los trabajadores y trabajadoras esenciales con independencia de la naturaleza de su contrato, y abarcar a quienes pertenezcan a grupos que sufran discriminación estructural.
- Los motivos de preocupación sobre la seguridad del personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales deberán ser atendidos y abordados de la forma adecuada. No deberá haber represalias contra quienes expongan motivos de preocupación o formulen quejas sobre salud y seguridad en el trabajo. Cuando personal sanitario y trabajadores y trabajadoras esenciales hayan sufrido represalias o medidas disciplinarias en su trabajo por exponer motivos de preocupación sobre salud y seguridad o hayan perdido su empleo como consecuencia de ello, las autoridades competentes deberán investigar debidamente la medida adoptada y, en su caso, conceder una reparación adecuada, incluida la posibilidad de readmisión.
- Las autoridades del Estado deberán investigar de inmediato y de un modo exhaustivo, independiente e imparcial cualquier ataque o acto de violencia contra personal sanitario y trabajadores y trabajadoras esenciales, cuyos perpetradores deberán rendir cuentas de sus actos. En consecuencia, los Estados deberán reconocer que parte del personal sanitario y de los

trabajadores y trabajadoras esenciales podría correr un riesgo adicional o específico debido a sus identidades múltiples e interseccionales, y tenerlo en cuenta en su respuesta.

- Deberán realizarse revisiones exhaustivas, efectivas e independientes sobre la preparación de los Estados y de otros agentes para la pandemia y sobre sus respuestas a ésta. Cuando haya motivos para creer que los organismos públicos no han protegido adecuadamente los derechos humanos —incluidos los del personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales— en el contexto de la pandemia, los Estados deberán ofrecer remedios efectivos y accesibles, incluidas unas investigaciones exhaustivas, creíbles, transparentes, independientes e imparciales sobre estas denuncias.
- Los Estados deberán recoger y publicar datos por actividad, incluidas las categorías de personal sanitario y otros trabajadores y trabajadoras esenciales que se hayan infectado de COVID-19 y cuántos han muerto como consecuencia de ello, a fin de garantizar una protección efectiva en el futuro. Estos datos deberán desglosarse según motivos de discriminación prohibidos —entre otros, género, casta, etnia y nacionalidad— siempre que sea posible, así como según lugar de trabajo.

Al final de este informe encontrarán la lista completa de recomendaciones.

2. INTRODUCCIÓN

“Estamos física y mentalmente agotados. Nuestras vidas personales han dado un vuelco total, y la fuente principal de nuestro estrés es la actitud del gobierno y la falta de concienciación que tiene la población sobre la enfermedad.”

Médico, Pakistán¹.



Médicos y personal sanitario de la Asociación de Profesionales Médicos Jóvenes protestan por la falta de equipos de protección individual y recursos y por las condiciones laborales en Pakistán, abril/mayo de 2020. © Young Doctors Association

En diciembre de 2019, empezaron a llegar informes sobre una nueva enfermedad que más tarde fue bautizada como COVID-19. En marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró pandemia la propagación de la COVID-19. Cuando se redacta este informe, 11.125.245 personas han contraído la enfermedad y 528.204 han muerto como consecuencia de ella.² La mayoría de los países ha impuesto algún tipo de restricción a la libertad de circulación y a otros derechos humanos para controlar la propagación del virus. Es probable que varios países no hayan llegado aún a lo peor de la pandemia. No hay duda de que la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto físico, social y económico sin precedentes en las personas en todo el mundo. La población ha enfermado, ha perdido a familiares y seres queridos, y sus

¹ Entrevista con médico, 22 de mayo de 2020, Lahore (Pakistán).

² WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard, <https://covid19.who.int/>

medios de vida se han visto afectados. La situación actual es incierta y el futuro, más; la gente padece ansiedad y está enormemente preocupada por lo que le depara el futuro.

En este difícil momento, el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales desempeñan un papel extraordinario en la respuesta a la pandemia. En todos los países, arriesgan su salud, su bienestar y su vida, trabajando a menudo en circunstancias muy difíciles y con muy poco apoyo para garantizar que la población tiene acceso a los servicios esenciales que necesita, como atención médica, alimentos y otros suministros básicos, y servicios públicos de emergencia. Pese a ello, en todo el mundo el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales afrontan enormes dificultades para hacer su trabajo y no cuentan con suficiente protección de los gobiernos. La escasez de equipos de protección individual en varios países ha hecho que el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales lleven a cabo su labor sin protección suficiente y en entornos peligrosos. En algunos casos, no han recibido una remuneración y compensación equitativas, y a menudo han experimentado grandes volúmenes de trabajo y, como consecuencia, ansiedad y estrés crecientes. Cuando han tratado de alzar la voz sobre estos motivos de preocupación, muchos han sido sometidos a represión y otras formas de represalia por el Estado y sus entidades empleadoras. En varios países, el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales también han sido objeto de agresiones físicas y de estigmatización debido a su trabajo, lo que les ha dificultado el acceso a servicios básicos como la vivienda.

Este informe analiza los motivos de preocupación que suscitan la seguridad e higiene en el trabajo, la represión y otras formas de represalias, y la violencia y la estigmatización de que son objeto el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales. Asimismo, llama la atención sobre algunos problemas estructurales más generales de los sistemas sanitarios y de asistencia social en el mundo que han exacerbado estas dificultades y que también deben ser abordados con urgencia.

3. METODOLOGÍA

Desde que comenzó la pandemia de COVID-19, las dificultades que afrontan el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales han destacado con nitidez y Amnistía Internacional ha subrayado la necesidad de proteger sus derechos en varios países y regiones.³ Este informe es continuación de esa labor y trata de ofrecer un panorama más amplio de las dificultades a las que se enfrentan estos trabajadores y trabajadoras en el desempeño de sus tareas durante la pandemia de COVID-19 en diferentes países del mundo. El informe se basa en información de las siguientes fuentes:

- Amnistía Internacional recogió información sobre los derechos del personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales en 63 países y territorios del mundo,⁴ 18 de Europa, 4 de la región de Oriente Medio y el Norte de África, 10 de Asia, 10 de las Américas y 21 de África.
- El informe abarca la seguridad e higiene en el trabajo; los actos de represalia y venganza por denunciar motivos de preocupación sobre la seguridad laboral y la respuesta a la pandemia en general; y la violencia y la estigmatización a manos de agentes estatales y no estatales. En algunos casos, la información procede de fuentes secundarias e informaciones publicadas en los medios de comunicación; en otros, Amnistía Internacional pudo entrevistarse con personal sanitario y trabajadores y trabajadoras esenciales y sus representantes.
- Amnistía Internacional llevó a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva de las informaciones de los medios de comunicación, artículos académicos e informes de sindicatos y otros actores de la sociedad civil sobre las dificultades que afrontan el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales durante la pandemia, para hacer así un seguimiento de los motivos de preocupación expuestos. Siempre que fue posible, la información obtenida mediante el seguimiento indicado se verificó y corroboró con esta investigación secundaria.
- Amnistía Internacional habló con organizaciones internacionales, personas expertas y organizaciones de la sociedad civil que trabajan en cuestiones similares para confirmar la información hallada en el seguimiento y la revisión bibliográfica; sus observaciones están reflejadas, en su caso, en los resultados y las conclusiones.
- Amnistía Internacional revisó y recopiló datos sobre fallecimientos de personal sanitario procedentes de múltiples fuentes, y creó un conjunto de datos de más de 1.500 nombres de trabajadores y trabajadoras de la salud que murieron de COVID-19 en 79 países. Las fuentes de estos datos fueron páginas conmemorativas dedicadas a profesionales médicos fallecidos por la COVID-19 o causas

³ Véanse, por ejemplo: Amnistía Internacional India, *Abandoned At The Frontline: India's Sanitation Workers Seek Immediate Help From The Government Amidst COVID-19*, <https://amnesty.org.in/abandoned-at-the-frontline-indias-sanitation-workers-seek-immediate-help-from-the-government-amidst-covid-19/>; Amnistía Internacional, *Nigeria: Authorities must protect health workers on the frontline of COVID-19 response*, Índice: AFR 44/2264/2020; Amnistía Internacional, *El costo de curar: Los derechos de las personas trabajadoras de la salud en las Américas durante la COVID-19 y más allá*, Índice: AMR 01/2311/2020; Amnistía Internacional, *COVID-19 and its human rights impact in Indonesia*, Índice: ASA 21/2238/2020.

⁴ Argentina, Austria, Bielorrusia, Brasil, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Chile, Costa de Marfil, Dinamarca, Egipto, El Salvador, Eritrea, Eslovenia, España, Estados Unidos, Etiopía, Filipinas, Finlandia, Francia, Ghana, Grecia, Guatemala, Guinea, Honduras, Hong Kong, India, Indonesia, Italia, Japón, Kuwait, Lesoto, Libia, Malasia, Malí, México, Moldavia, Mongolia, Namibia, Nepal, Nicaragua, Nigeria, Pakistán, Papúa Nueva Guinea, Paraguay, Polonia, Portugal, Reino Unido, República del Congo, República Democrática del Congo, Rusia, Sierra Leona, Somalia, Sudáfrica, Sudán, Sudán del Sur, Suecia, Tayikistán, Togo, Túnez, Turquía, Ucrania y Zimbabue.

relacionadas, como la recopilada por Medscape; listas compiladas por asociaciones médicas nacionales como el Consejo Federal de la Enfermería de Brasil y la Federación Nacional de Médicos Cirujanos y Odontólogos de Italia; y listas y obituarios publicados en medios de comunicación locales, regionales o nacionales de todo el mundo. Para compilar el conjunto de datos, trabajamos con una persona experta en datos que extrajo éstos de páginas HTML, informes en PDF y otros documentos; y los procesó y limpió cotejando múltiples fuentes y eliminando duplicados. Después, los datos se analizaron y contextualizaron con información adicional, como cifras globales de fallecimientos debidos a la COVID-19 y el número de pruebas que se hacían en cada país. Aquí podrán encontrar más información sobre la recogida de datos y la metodología de procesamiento; incluye la lista de fuentes y el conjunto de datos en su integridad. [enlace a la página de Github donde están publicados los datos + la documentación]

Teniendo en cuenta la rapidez con que evoluciona la situación sobre la pandemia de COVID-19 y las significativas dificultades para acceder y verificar información durante este periodo —como las restricciones para viajar—, hay algunas limitaciones que afectan a la información que se refleja en este informe, por lo que se impone cierta prudencia a la hora de interpretar los datos.

En primer lugar, no se abarcan todos los países ni se cubren uniformemente todos los países en cuanto a profundidad y amplitud de la información. El monitoreo dependió de la escala de la pandemia en el país en cuestión, de la cantidad de datos que se recogían y difundían, de la facilidad para acceder y la capacidad del personal de Amnistía Internacional en cada lugar, y de si el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales y las organizaciones que los representaban podían actuar con libertad y compartir información con Amnistía Internacional. Algunos países no recogen o difunden información sobre aspectos clave del bienestar del personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales (como infecciones y muertes relacionadas con la COVID-19), mientras que las circunstancias en otros países hacen peligroso que estos trabajadores protesten por las dificultades que afrontan o las denuncien. En varios países donde no se ha recogido información, el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales podrían ser objeto de amenazas y dificultades similares o incluso más graves. Como consecuencia, la información en forma de instantánea fotográfica que contiene este informe, pese a que en algunas partes sea anecdótica, es un poderoso recordatorio de los riesgos y dificultades comunes que afrontan el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales en su labor y pone de relieve la necesidad de contar con más datos e investigaciones.

En segundo lugar, la información contenida en este informe es pertinente para el periodo comprendido entre enero y junio de 2020, periodo en el que la pandemia ha afectado de forma diferente a cada país. Algunos países vivieron las fases más graves a principios de año, mientras que posiblemente otros no hayan llegado aún a lo peor. La gravedad de los motivos de preocupación del personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales está ligada a la intensidad de la pandemia, y el informe documenta a menudo su situación en las fases más severas. Por tanto, puede que ciertos países no destaquen porque todavía no han llegado a la peor fase, mientras que es posible que la situación haya mejorado en algunos de los países mencionados en el informe si la intensidad de la pandemia ha disminuido.

En tercer lugar, no hay una definición mundial o uniformemente convenida de quién es miembro del personal sanitario y del personal que realiza labores esenciales. A los efectos del presente informe, pertenece al “personal sanitario” toda persona que trabaje en el sector sanitario e intervenga en la prestación de atención para la salud sea cual sea su cometido, incluidos, entre otros, los y las profesionales de la medicina, los y las profesionales de la enfermería, las personas que realizan tareas de limpieza en los hospitales, los conductores y conductoras de ambulancias, el personal administrativo de los hospitales, y cualquier persona que preste asistencia sanitaria y social en la comunidad o en otros entornos. “Trabajador o trabajadora esencial” se refiere a cualquier persona que esté trabajando y preste servicios públicos esenciales durante la pandemia de COVID-19, incluidas las que trabajan en servicios públicos (como respuesta a emergencias, transporte público y recogida de basura), así como quienes trabajan en empresas que pueden permanecer abiertas durante la pandemia (como comercios de alimentación y personal de reparto a domicilio). En muchos países, los motivos de preocupación del personal sanitario han recibido más protagonismo y, en general, se dispone de más datos sobre el personal sanitario que sobre el que realiza labores esenciales; por este motivo, hay más menciones en este informe al personal sanitario. Sin embargo, Amnistía Internacional subraya que todas las personas que corren un nivel de riesgo equivalente —en el trabajo y en otras circunstancias— tienen derecho a los mismos niveles de protección. En concreto, el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales deben tener igual acceso a la protección y, por tanto, este informe hace referencia constantemente a ambas categorías de trabajadores y trabajadoras.

4. CONDICIONES LABORALES INJUSTAS Y PELIGROSAS

La obligación de proteger la salud y la seguridad del personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales emana del derecho a la salud y el derecho al disfrute de unas condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias. El derecho a la salud incluye “el derecho a la higiene del trabajo y del medio ambiente”, que entraña “la adopción de medidas preventivas en lo que respecta a los accidentes laborales y enfermedades profesionales”.⁵ La Observación general n.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (CESCR) señala que “[l]os Estados también tienen la obligación de adoptar medidas contra los peligros que para la salud representan la contaminación del medio ambiente y las enfermedades profesionales, así como también contra cualquier otra amenaza que se determine mediante datos epidemiológicos [...]. [L]os Estados Partes deben formular, aplicar y revisar periódicamente una política nacional coherente destinada a reducir al mínimo los riesgos de accidentes laborales y enfermedades profesionales, así como formular una política nacional coherente en materia de seguridad en el empleo y servicios de salud”.⁶ Esto se aplicaría a las condiciones laborales del personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales. Además, según el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), “[l]os Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al goce de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias que le aseguren en especial [...]: a) i) un salario equitativo e igual por trabajo de igual valor, sin distinciones de ninguna especie [...]; b) la seguridad y la higiene en el trabajo [...]; d) el descanso, el disfrute del tiempo libre, la limitación razonable de las horas de trabajo y las vacaciones periódicas pagadas”. En un apartado posterior de este informe se facilita más información sobre las implicaciones de estas disposiciones.

4.1 MUERTES E INFECCIONES CAUSADAS POR LA COVID-19

El personal sanitario y muchos otros trabajadores y trabajadoras esenciales suelen estar más expuestos a la COVID-19 como consecuencia de su profesión, por lo que podrían correr un mayor riesgo de infección, enfermedad grave e incluso muerte si no cuentan con la protección adecuada. Actualmente no se lleva a cabo ningún seguimiento sistemático del número de trabajadores y trabajadoras de la salud y esenciales fallecidos tras contraer la COVID-19, sí existen algunas estimaciones. Según el Consejo Internacional de Enfermeras, “más de 230.000 trabajadores sanitarios han contraído la enfermedad, y más de 600

⁵ CESCR, Observación general n.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, doc. ONU E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 15.

⁶ CESCR, Observación general n.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 36.

enfermeras han fallecido como consecuencia.⁷ Según los datos recopilados por Amnistía Internacional, actualizados a 5 de julio de 2020, más de 3.000 profesionales de la salud han fallecido de COVID-19 y otras causas relacionadas en 79 países y territorios de todo el mundo.



Profesionales de la enfermería rinden homenaje a enfermeros y enfermeras víctimas de la COVID-19 en Brasil, en medio de la pandemia de COVID-19, en el Museu da República de Brasília, 12 de mayo de 2020. © 2020 Getty Images

La falta de información completa hace difícil establecer conclusiones definitivas por ahora, pero los datos disponibles de algunos países generan la preocupación de que proteger la salud del personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales no ha sido siempre una prioridad para los gobiernos y las entidades empleadoras.

Algunos países han publicado datos sobre el número de casos confirmados de profesionales de la salud con COVID-19, lo que indica que un gran número de trabajadores y trabajadoras de este sector se han contagiado de esta enfermedad en muchos lugares. Por ejemplo:

- En **Reino Unido**, hasta el 26 de junio de 2020 se habían documentado en Inglaterra y Gales 268 fallecimientos relacionados con la COVID-19 entre profesionales de los servicios sociales, y 272 entre profesionales de la salud.⁸
- Los boletines semanales publicados en **España** señalaban que, hasta el 29 de mayo de 2020, el personal sanitario representaba el 24,1% de todos los casos confirmados de COVID-19, y al menos 63 habían fallecido.⁹

⁷ Consejo Internacional de Enfermeras, “Más de 600 enfermeras han fallecido por el COVID-19 en todo el mundo”, 3 de junio 2020, <https://www.icn.ch/es/noticias/mas-de-600-enfermeras-han-fallecido-por-el-covid-19-en-todo-el-mundo>

⁸ Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales: deaths registered between 9 March and 25 May 2020, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregisteredbetween9marchand25may2020#deaths-involving-covid-19-among-men-and-women-health-and-social-care-workers>

⁹ En una conferencia de prensa que tuvo lugar el 29 de mayo, el gobierno dijo que 63 profesionales de la salud habían fallecido tras contraer COVID-19. Sin embargo, un informe del gobierno hecho público ese mismo día redujo esa cifra a 52. El informe puede consultarse aquí: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx>

- En **Ucrania**, el Ministerio de Salud declaró el 9 de junio 2020 que aproximadamente el 18% de los casos de COVID-19 confirmados se habían producido entre profesionales de la salud.¹⁰
- El 22 de junio de 2020, el Ministerio de Salud de **Argentina** señaló que el personal médico y no médico de los centros de salud representaba el 14% de todos los casos de COVID-19 confirmados en el país.¹¹
- En **Dinamarca**, a principios de mayo se informó de que el 6% de todo el personal sanitario al que se había realizado la prueba —y el 8,4% del personal de enfermería de los hospitales— había pasado la COVID-19, frente al 3,8% de la población en general.¹²
- En junio, el Ministerio de Salud de Brasil informó de que se habían confirmado 83.118 casos de profesionales de la salud con COVID-19 y se seguía esperando el resultado de otros 189.788. ¹³ El 5 de julio se habían producido 238 fallecimientos relacionados con la COVID-19 entre personal de enfermería,¹⁴ y hasta el 21 de mayo habían fallecido 113 profesionales médicos.¹⁵
- El 13 de mayo, las autoridades sanitarias de **México** confirmaron 36.327 casos de COVID-19 y 3.573 fallecimientos por esta enfermedad en el país. De ellos, 8.544 casos y 111 fallecimientos correspondían a personal de la salud. El 41% de estos casos correspondían a personal de enfermería, el 37% a personal médico, el 19% a otros tipos de personal sanitario, el 2% a personal de laboratorio y el 1% a dentistas.¹⁶

De nuevo, las cifras generales no reflejan la historia completa. En **Reino Unido**, una encuesta llevada a cabo por la Oficina Nacional de Estadística encontró “tasas elevadas [de mortalidad] en determinadas profesiones sanitarias”, como enfermeros y enfermeras y auxiliares y asistentes de enfermería hombres.¹⁷ Asimismo, la encuesta determinó que el personal de servicios sociales (hombres y mujeres) y de la salud (sólo hombres) presentaba una elevada tasa de mortalidad relacionada con la COVID-19. Otras profesiones con elevadas tasas de mortalidad masculina eran la de taxista y chófer, conductor de autobús y autocar, obrero fabril y guardia de seguridad.¹⁸

Además, es probable que estas cifras sean inferiores a las reales, pues la infranotificación de casos es un rasgo común de varios países debido a la falta de realización de pruebas, de recuento o de transparencia. Por ejemplo:

¹⁰ A. Tokhmakhchi, “Дві тисячі медиків інфіковані коронавірусом. Чому медична система не може захистити своїх?”, Hromadske, 30 de abril de 2020, <https://hromadske.ua/posts/dvi-tisyachi-medikiv-infikovani-koronavirusom-chomu-medichna-sistema-ne-mozhe-zahistiti-svoyih>

¹¹ E. Vexler, “Coronavirus en Argentina: en medio de los reclamos del personal de salud, Ciudad y Provincia modifican la distribución de los equipos de protección personal”, *Clarín*, 17 de abril de 2020, https://www.clarin.com/sociedad/coronavirus-argentina-medio-reclamos-personal-salud-ciudad-provincia-modifican-distribucion-equipos-proteccion-personal_0_NljkulTD.html

¹² “COVID-19 og ansatte inden for social- og sundhedsvæsenet, 6 de mayo de 2020, <https://files.ssi.dk/COVID-19-ansatte-social-og-sundhedsvaesenet-uge19-as23>

¹³ “Número de casos do coronavírus em profissionais de saúde mais do que dobra em um mês”, *Folha de São Paulo*, 12 de junio de 2020, <https://www1.folha.uol.com.br/equilibriosaude/2020/06/numero-de-casos-do-coronavirus-em-profissionais-de-saude-mais-do-que-dobra-em-um-mes.shtml>

¹⁴ Consejo Federal de Enfermería (COFEN), observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br

¹⁵ PEBMED, “Covid-19: Brasil ultrapassa a marca de cem médicos mortos por conta do vírus”, 27 de mayo de 2020, <https://pebmed.com.br/covid-19-brasil-ultrapassa-a-marca-de-cem-medicos-mortos-por-conta-do-virus/>

¹⁶ Gobierno de México. Conferencia de Prensa #COVID19, (2020). Extraído de <https://www.youtube.com/watch?v=h4pceSA8Xbl>

¹⁷ Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales: deaths registered between 9 March and 25 May 2020, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregisteredbetween9marchand25may2020#deaths-involving-covid-19-among-men-and-women-health-and-social-care-workers>.

¹⁸ Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales: deaths registered between 9 March and 25 May 2020, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregisteredbetween9marchand25may2020#deaths-involving-covid-19-among-men-and-women-health-and-social-care-workers>.

- En **Estados Unidos**, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) han facilitado varias actualizaciones sobre el número de personas trabajadoras de la salud que han contraído COVID-19 y de las que han fallecido. Hasta el 5 de julio, según los CDC, 92.572 personas clasificadas como “personal de atención médica” habían contraído COVID-19 y 507 habían fallecido como consecuencia de ello.¹⁹ No obstante, los CDC han aclarado que la condición de “personal de atención médica” estaba señalada únicamente en el 21,5% de las encuestas realizadas y la “situación de fallecimiento” estaba señalada únicamente en el 65,6% de los casos de COVID-19 de este personal.²⁰ En otras palabras, era un recuento limitado porque no quedaba claro si todas las personas encuestadas eran o no “personal de atención médica” ni cuál era su “situación de fallecimiento”. Por lo tanto, es probable que las cifras reales sean más altas. Los datos de *The Guardian* y *Kaiser Health News* indicaban que en Estados Unidos han fallecido de COVID-19 aproximadamente 600 profesionales sanitarios de primera línea.²¹
- En **Rusia**, una asociación de profesionales sanitarios ha recopilado los nombres de las personas trabajadoras de la salud que han fallecido durante la pandemia de COVID-19,²² y un medio de comunicación que comprobó esos datos ha afirmado que 186 profesionales sanitarios habían muerto de COVID-19 en este país hasta el 18 de mayo.²³ El 18 de junio, la dirección del órgano de control del sistema de salud ruso (Roszdravnadzor) anunció que 489 profesionales médicos habían muerto por COVID-19.²⁴ Sin embargo, pocas horas después rectificaron su declaración y dijeron que “las cifras no eran oficiales, sino tomadas de Internet”.²⁵ Amnistía Internacional ha solicitado por escrito al gobierno que aclare estos números.
- **Francia** no empezó a informar de los fallecimientos del personal sanitario hasta finales de abril. Anteriormente, Jérôme Salomon, director general de Salud, había declarado que las peticiones de hacerlo le parecían “un poco macabras”.²⁶ La información disponible es por tanto incompleta, pero los datos del 35% de los hospitales estudiados informan de 30.000 casos y 16 fallecimientos en esos establecimientos.²⁷ Si se examinan otros centros hospitalarios, es probable que la cifra nacional sea muy superior. Además, una encuesta realizada por el Fondo Autónomo de Pensiones de los Médicos de Francia (CARMF) ha contabilizado el fallecimiento de 26 profesionales médicos independientes que habían trabajado durante la pandemia, y la organización SOS Médecins

¹⁹ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Casos en los EE. UU., <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/cases-in-us.html> [actualizado el 5 de julio de 2020]

²⁰ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Casos en los EE. UU., <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/cases-in-us.html>

²¹ “Exclusive: nearly 600 US health workers died of Covid-19 – and the toll is rising”, *The Guardian*, 6 de junio de 2020, <https://www.theguardian.com/us-news/2020/jun/06/us-health-workers-dying-coronavirus-stats-data>

²² Listado de homenaje, <https://sites.google.com/view/covid-memory/home>

²³ M. Litavrin *et al.*, “В России от коронавируса погибли не меньше 186 медиков — смертность среди них в 16 раз выше, чем в других странах. Исследование «Медиазоны»”, 19 de mayo de 2020, <https://zona.media/article/2020/05/19/martyrology>.

El 26 de mayo, el Ministerio de Salud de Rusia informó del número de trabajadores y trabajadoras de la salud que habían muerto a causa de la COVID-19 hasta el 22 de mayo, una lista que incluía 101 nombres. Véase “В списке умерших из-за коронавируса медиков, который ведет Минздрав, находится 101 человек”, ТАСС, 26 de mayo de 2020, <https://tass.ru/obschestvo/8567201>.

²⁴ “Russia revises sharply higher coronavirus death toll among medics”, *Reuters*, 18 de junio de 2020, <https://uk.reuters.com/article/uk-health-coronavirus-russia-medics/russia-revises-sharply-higher-coronavirus-death-toll-among-medics-idUKKBN23P1WU>

²⁵ Véase https://web.telegram.org/#/im?p=@roszdravnadzor_official, y “В Росздравнадзоре назвали неофициальными данные о почти 500 умерших от COVID-19 медиках”, Interfax, 18 de junio de 2020, <https://www.interfax.ru/russia/713731>

²⁶ L Guedj, “Les autorités commencent à recenser les professionnels de santé contaminés et décédés, en toute discrétion”, *France Inter* 19 de mayo de 2020, <https://www.franceinter.fr/societe/les-autorites-commencent-a-recenser-les-professionnels-de-sante-contamines-et-decedes-en-toute-discretion>

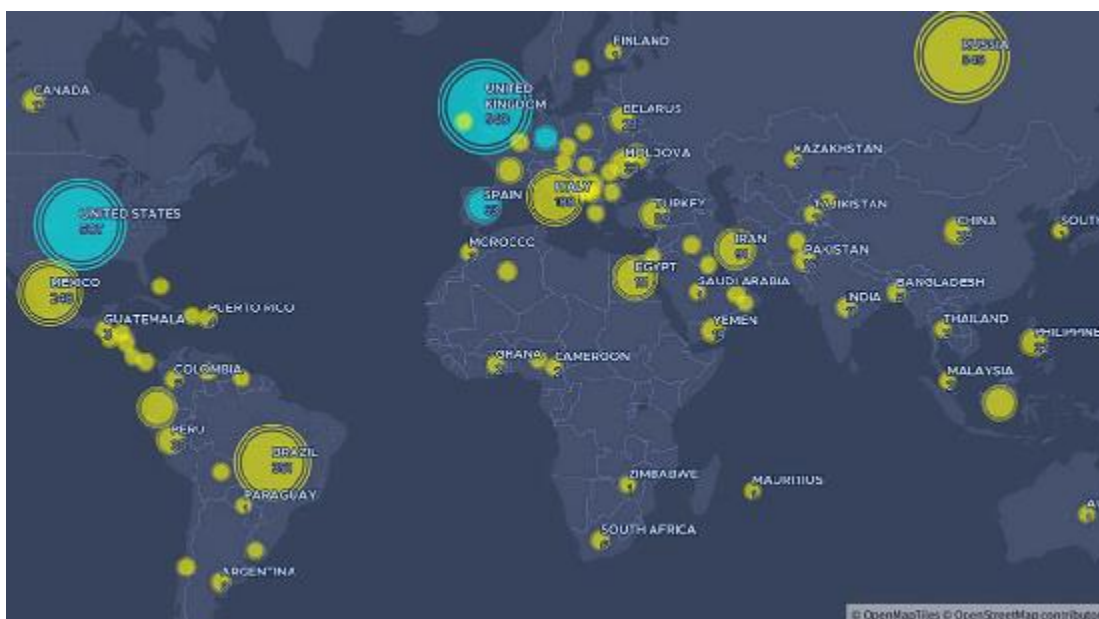
²⁷ “Coronavirus (COVID-19). Chiffres clés, interviews d'experts, questions-réponses, outils de prévention...tout savoir sur le coronavirus (SARS-CoV-2), COVID-19, son évolution en France et dans le Monde, et l'action de Santé publique France”, <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/infection-au-nouveau-coronavirus-sars-cov-2-covid-19-france-et-monde>

informó de que el 16% de su personal sanitario se había contagiado de la COVID-19.²⁸ El impacto de la COVID-19 en el personal de servicios sociales sigue sin aclararse.

Según el seguimiento efectuado por Amnistía Internacional, los países que presentan un número más elevado de fallecimientos documentados de personal sanitario hasta la fecha son Rusia (545), Estados Unidos (507), Reino Unido (540, incluidos 262 profesionales de los servicios sociales), Brasil (351), México (248), Italia (188), Egipto (111), Irán (91), Ecuador (84) y España (63). Estos datos se actualizan periódicamente, y las cifras más recientes pueden consultarse aquí:²⁹

<https://public.flourish.studio/visualisation/3015800/>

Cifras de personal sanitario fallecido como consecuencia de la COVID-19



²⁸ Véase L. Cherel *et al.*, “Endeuillés par le Covid-19, des médecins généralistes estiment avoir été trahis par l’État”, France Inter, 5 de junio de 2020, <https://www.franceinter.fr/endeuilles-par-le-covid-19-des-medecins-generalistes-estiment-avoir-ete-trahis-par-l-etat>; CARMF, “29 médecins libéraux décédés du Covid-19”, 4 de mayo de 2020, <http://carmf.fr/actualites/communiqués/2020/covid/cp-med-dcd-covid.pdf>

²⁹ Ante la falta de datos oficiales y completos sobre los fallecimientos relacionados con la COVID-19 de trabajadores y trabajadoras sanitarios de muchos países, este mapa se ha elaborado a partir de fuentes diferentes según el caso. Los datos que se presentan en este informe ofrecen una instantánea de la información disponible, pero deben interpretarse y compararse entre sí con cuidado. En primer lugar, el concepto “personal sanitario” no se entiende de manera homogénea en todos los países, y los trabajadores y trabajadoras esenciales no aparecen en absoluto en las estadísticas de muchos gobiernos. En segundo lugar, las fuentes de los datos no son comparables entre todos los países. Algunos gobiernos han establecido un sistema de seguimiento bastante exhaustivo del número de contagios y fallecimientos entre el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales. En tales casos, ésta es la información que aparece en el mapa. En otros países, Amnistía Internacional ha acudido a fuentes no gubernamentales, como el seguimiento efectuado por las organizaciones de la sociedad civil, debido a la inexistencia o insuficiencia de la información procedente del gobierno. Por último, incluso cuando existen datos creíbles resulta complicado establecer sin un análisis más detallado por qué las cifras son las que aparecen. Los datos dependen, por ejemplo, de si el personal sanitario tenía fácil acceso a las pruebas de detección y si los Estados documentaban las muertes del personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales relacionadas con la COVID-19. En algunos países, las cifras de contagios y fallecimientos por COVID-19 del personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales pueden ser elevadas debido a la enorme gravedad de la pandemia. En otros, este número puede ser alto porque no se disponía de EPI o porque las estadísticas sólo reflejen el hecho de que se efectuaban más pruebas de detección al personal sanitario que a la población en general. Es probable que la cifra global mostrada sea significativamente inferior a la real, al no comunicarse todos los casos, y además es difícil hacer comparaciones entre países por las diferencias en la forma de contabilizarlos. Por ejemplo, tal como se ha mencionado anteriormente, la cifra de Estados Unidos está calculada a partir de datos incompletos, y Francia ha recopilado información únicamente de algunos hospitales y centros de salud. Reino Unido es uno de los pocos países del mundo que contabiliza los fallecimientos de personal sanitario y de trabajadores y trabajadoras sociales. La lista de personal sanitario fallecido proporcionada una asociación sanitaria de Rusia está cuestionada por el gobierno.

Los datos y análisis de algunos países también empiezan a revelar que determinadas categorías de personal sanitario y trabajadores y trabajadoras esenciales pueden haberse visto más afectadas por la pandemia y haber sufrido tasas más elevadas de contagio y mortalidad.

- En términos generales, varios estudios han mostrado que la gran mayoría de la fuerza laboral en el sector sanitario son mujeres: un estudio de 2019 realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) concluyó que las mujeres representan el 70% del personal de salud y servicios sociales.³⁰ Más concretamente, en **España**, por ejemplo, el 76,5% de los casos totales de COVID-19 entre el personal sanitario son mujeres, y en el sistema de salud también trabajan más mujeres que hombres.³¹
- En **Reino Unido**, los primeros estudios realizados han señalado que parece haber una proporción significativamente mayor de personas trabajadoras de la salud que se identifican como negras, asiáticas o pertenecientes a minorías étnicas (black, asian and minority ethnic, BAME) en el total de fallecimientos de personal sanitario por causas relacionadas con la COVID-19, y algunos de esos informes indicaban que más del 60% de los trabajadores y trabajadoras de la salud que fallecieron se identificaban como BAME.³² Los estudios también señalan que, en general, la COVID-19 ha afectado de forma más grave a las personas que se identifican como negras, asiáticas o pertenecientes a minorías étnicas.³³ Esta pauta quedó confirmada en una investigación oficial que se llevó a cabo sobre la cuestión.³⁴
- En **India**, algunas labores esenciales están muy relacionadas con castas tradicionalmente discriminadas. Por ejemplo, quienes trabajan en el saneamiento (personas dedicadas a limpiar los espacios públicos, lo que incluye limpiar aseos y alcantarillas y recoger la basura) suelen pertenecer a la comunidad dalit. Los trabajadores y trabajadoras del saneamiento de India vienen propugnando mejores condiciones laborales y medidas de protección en el lugar de trabajo en el contexto de la pandemia de COVID-19 (más adelante se facilita más información sobre esta cuestión).³⁵ La falta de protección adecuada para quienes trabajan en el saneamiento en las circunstancias actuales afecta de forma desproporcionada a determinadas castas que han sido tradicionalmente marginadas y discriminadas.
- En **Finlandia**, los primeros datos del ayuntamiento de Helsinki señalaban que la COVID-19 afectaba desproporcionadamente a la comunidad de habla somalí, que, según informes, presentaba una tasa de incidencia del 2,4%, frente al 0,4% de la población en general. Algunos análisis han señalado que las

³⁰ *Delivered by Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health and Social Workforce*, Human Resources for Health Observer Series No. 24, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311322/9789241515467-eng.pdf>

³¹ Véase

https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFO_RMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20personal%20sanitario%2029%20de%20mayo%20de%202020.pdf

Según los datos del Ministerio de Sanidad actualizados hasta 2018, las mujeres son mayoría en el sector sanitario, especialmente entre el personal de enfermería de la atención primaria (78,7%), el personal de urgencias (71,23%), el personal de asistencia al parto (93,05%), el personal auxiliar de enfermería (94,43%), el personal de enfermería pediátrica (73,11%) y el personal administrativo de los centros de salud (82,44%). Las mujeres también son mayoría, aunque en menor medida, en la atención primaria (55,9%) y la medicina de urgencias (54,71%). Véase <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/Comun/ArbolNodos.aspx?idNodo=23641>

³² S. March *et al.*, “Six in 10 UK health workers killed by Covid-19 are BAME”, *The Guardian*, 25 de mayo de 2020, <https://www.theguardian.com/world/2020/may/25/six-in-10-uk-health-workers-killed-by-covid-19-are-bame>; y T. Cook *et al.*, “Exclusive: deaths of NHS staff from covid-19 analysed”, *HSJ*, 22 de abril de 2020, <https://www.hsj.co.uk/exclusive-deaths-of-nhs-staff-from-covid-19-analysed/7027471.article> Según los datos, el 79,2% del personal del sistema de salud británico se identifica como persona “blanca” y el 20,7% se identifica como persona “asiática”, “negra”, “china” “mixta” u “otras categorías”, “NHS Workforce: Ethnicity Facts and Figures”, 6 de enero de 2020, <https://www.ethnicity-facts-figures.service.gov.uk/workforce-and-business/workforce-diversity/nhs-workforce/latest#by-ethnicity>

³³ Autoridad de Salud Pública de Inglaterra, *Beyond the data: Understanding the impact of COVID-19 on BAME groups*, junio de 2020, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/892376/COVID_stakeholder_engagement_synthesis_beyond_the_data.pdf

³⁴ Autoridad de Salud Pública de Inglaterra, *Disparities in the risk and outcomes of COVID-19*, junio de 2020, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/892085/disparities_review.pdf

³⁵ Amnistía Internacional India, *Abandoned At The Frontline: India's Sanitation Workers Seek Immediate Help From The Government Amidst COVID-19*, 24 de abril de 2020, <https://amnesty.org.in/abandoned-at-the-frontline-indias-sanitation-workers-seek-immediate-help-from-the-government-amidst-covid-19/>

personas pertenecientes a esta comunidad tienen mayores probabilidades de ser contratadas para realizar labores esenciales, lo que puede haber contribuido a que tengan esta tasa de incidencia.³⁶

En algunos de los países mencionados *supra*, los datos suscitan claramente el temor de que la pandemia pueda haber afectado desproporcionadamente a los trabajadores y trabajadoras sanitarios y que realizan labores esenciales, lo que debe investigarse urgentemente. Sin embargo, la fiabilidad y comparabilidad de los datos en este ámbito es limitada debido a las diferentes formas en que los gobiernos recopilan y presentan la información, por lo que resulta difícil extraer conclusiones en esta etapa de la pandemia. La mayor prevalencia de contagio entre el personal sanitario podría deberse, por ejemplo, a que los índices de realización de pruebas son más elevados en este grupo de población que en otros. Además, los gobiernos tipifican al personal sanitario y los demás trabajadores y trabajadoras esenciales de manera diferente, y algunas profesiones esenciales pueden no estar incluidas en estos datos.

También surgen importantes problemas metodológicos al intentar calcular el número de trabajadores y trabajadoras esenciales y de la salud que han fallecido por COVID-19 en diferentes países, y más aún al intentar extraer conclusiones sobre las causas de estos fallecimientos. En algunos países, las cifras de contagios y fallecimientos relacionados con la COVID-19 del personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales pueden ser elevadas debido a la enorme gravedad de la pandemia. En otros países, la cifra puede ser elevada porque no hubo suficiente disponibilidad de equipos de protección individual. En otros, es posible que sencillamente no haya información porque no se llevan a cabo recuentos o los datos se ocultan.

Los datos sobre la magnitud del contagio y los fallecimientos relacionados con la COVID-19 del personal sanitario y trabajadores y trabajadoras esenciales son sumamente valiosos. Sirven de recordatorio fundamental del coste humano de esta pandemia, especialmente para quienes estuvieron en primera línea y sus familias. Son una importante herramienta para conocer los riesgos que corrieron los trabajadores de la salud y esenciales, para que los sistemas de salud y los países puedan prepararse mejor en el futuro. Esta información también puede dar lugar a nuevas investigaciones sobre los factores que causaron esos riesgos concretos y la manera de prevenirlos en el futuro. Desglosar estos datos por motivos de discriminación prohibidos, lugar de trabajo y profesión permite a los gobiernos evaluar mejor los efectos de la pandemia y las estrategias concretas que pueden ser necesarias para proteger a determinados colectivos en el futuro.

4.2 FALTA DE EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI) ADECUADOS

En prácticamente todos los 63 países y territorios de los que Amnistía Internacional recopiló información se denunció escasez de EPI para el personal sanitario y que realiza labores esenciales. Consecuentemente, los equipos de investigación de la organización documentaron huelgas, amenazas de huelga o protestas del personal sanitario y que realiza labores esenciales en al menos 31 de estos países y territorios.³⁷ A efectos de este informe, los EPI se componen de todo el equipo y materiales que se aconseja al personal sanitario y trabajadores y trabajadoras esenciales utilizar para protegerse frente a la COVID-19, incluidos guantes, mascarilla médica (quirúrgicas), gafas de protección, pantalla facial, bata, mascarilla autofiltrante y un delantal.³⁸ Muchos de los datos de este apartado se refieren a las condiciones laborales del personal

³⁶ Según un informe encargado por el ayuntamiento de Helsinki (*Getting integrated in the city – a comprehensive picture of residents with a foreign background in Helsinki in 2020*), en 2017 aproximadamente el 50% de las mujeres empleadas de origen somalí trabajaban en los servicios sociales y de salud, y casi el 40% de los hombres empleados de origen somalí trabajaban en el sector del transporte y la logística. No obstante, otros motivos que también explican la diferencia de los índices de impacto son la falta de información sobre la epidemia en idioma somalí y el hecho de que muchas personas de esta comunidad viven en alojamientos pequeños.

³⁷ Véase, por ejemplo, L. Togiba, “‘Papua New Guinea is not prepared’: 4,000 nurses to strike over Covid-19 readiness” *The Guardian*, 30 de marzo de 2020, <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/30/papua-new-guinea-is-not-prepared-4000-nurses-to-strike-over-covid-19-readiness>; y “Nurses in South Africa protest demanding PPE, income tax breaks and Danger Allowance”, *Peoples Dispatch*, 1 de mayo de 2020, <https://peoplesdispatch.org/2020/05/01/nurses-in-south-africa-protest-demanding-ppe-income-tax-breaks-and-danger-allowance/>

³⁸ Organización Mundial de la Salud, “Uso racional del equipo de protección personal frente a la COVID-19 y aspectos que considerar en situaciones de escasez graves”, *Orientaciones provisionales*, 6 de abril de 2020, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331810/WHO-2019-nCoV-IPC_PPE_use-2020.3-spa.pdf

sanitario, y no específicamente de los trabajadores y trabajadoras esenciales, pero ello obedece únicamente a que las preocupaciones del personal de la salud se han visibilizado más. La escasez de EPI probablemente afecta de igual modo al personal sanitario y a los trabajadores y trabajadoras esenciales. Amnistía Internacional desea recalcar desde el principio que las normas de protección deben ser las mismas para el personal sanitario y el que realiza labores esenciales que corren un nivel de riesgo equivalente.

“Todos los días vamos a preguntar a la gente si tienen síntomas, pero nuestra desprotección es total: no tenemos mascarilla, guantes, etc. Me cubro el rostro con un pañuelo únicamente para tranquilizarme. Realmente no me protege, lo sé.”

Trabajadora de salud comunitaria, India³⁹

La federación sindical de ámbito mundial Internacional de Servicios Públicos (ISP), que representa a 700 sindicatos y 30 millones de trabajadores y trabajadoras de todo el mundo, publicó el 11 de mayo de 2020 una encuesta realizada a sus miembros sobre los problemas que enfrentaban el personal sanitario y esencial durante la pandemia de COVID-19. Los resultados están basados en las respuestas recibidas de 62 países y territorios. Únicamente el 23,8% de los sindicatos que respondieron indicaron que las personas trabajadoras de la salud habían dispuesto de “EPI completos y se les habían repuesto” (el 57% dijo que no había sido así), y sólo el 14,1% de los sindicatos que respondieron indicaron que las personas trabajadoras que prestaban servicios públicos habían dispuesto de EPI adecuados (el 64,1% indicó que no había sido así).⁴⁰ Se encontraron variaciones sustanciales a nivel regional. Por ejemplo, en la región interamericana, el 69,7% de las entidades sindicales encuestadas afirmaron que las personas trabajadoras de la salud no tenían EPI adecuados, y el 76,1% afirmaron que las personas trabajadoras que prestaban servicios públicos y podían estar en contacto con personas contagiadas no tenían EPI adecuados.⁴¹ En Asia, las cifras equivalentes fueron respectivamente de 50% y 51,4%.⁴² La Confederación Sindical Internacional (CSI) realizó un estudio parecido entre sus miembros. Según el estudio, publicado el 28 de abril de 2020, “la



Enfermera de Urgencias (UCI) vestida con bolsas de basura y una mascarilla donada por una empresa privada en la entrada de Urgencias del hospital de San Jorge, 31 de marzo de 2020, Huesca (España). © 2020 Getty Images

³⁹ Entrevista con una trabajadora de salud comunitaria, India, abril-mayo de 2020

⁴⁰ Internacional de Servicios Públicos, *COVID-19 Union Response Survey, Global Narrative Summary*, 11 de mayo de 2020, https://pop-umbrella.s3.amazonaws.com/uploads/3abcd99c-219b-4b9e-af1e-fa3ac2c398b7_COVIDSurvey_GlobalSummaryIntro.pdf?key=

⁴¹ Internacional de Servicios Públicos, *COVID-19 Response – Union Survey Results [Inter-America summary]*, https://data.surveymzmo.com/r/310559_5eb95355d438c6.40111487

⁴² Internacional de Servicios Públicos, *COVID-19 Response – Union Survey Results [Asia-Pacific summary]*, https://data.surveymzmo.com/r/310559_5eb40d60a27e33.72816889

escasez de equipo de protección personal (EPP) para el personal sanitario y de cuidados es un problema grave en la mayoría de los países”. Aproximadamente el 51% de los países afirmaron que “los suministros de EPP resultan en ocasiones, rara vez o nunca adecuados”.⁴³

En estas circunstancias, el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales han tenido que recurrir a diversos medios para protegerse, lo que ha puesto en peligro su salud y su seguridad. En algunos países, el personal sanitario denunció que no le habían proporcionado EPI, por lo que había tenido que adquirirlos y pagarlos de su bolsillo. En otros casos denunció haber tenido que improvisar y reconvertir artículos como bolsas de basura y chubasqueros para tratar de protegerse. Una médica que trabajaba en Ciudad de **México** dijo a Amnistía Internacional: “[Los médicos y médicas] tuvimos que invertir aproximadamente el 12% de nuestro salario mensual para comprar los trajes, más la careta, los lentes, los goggles [gafas de protección]...”.⁴⁴

La Asociación Médica Británica (BMA) llevó a cabo en abril de 2020 una encuesta a más de 16.000 profesionales médicos de **Reino Unido** sobre la cuestión de los EPI adecuados. El 48% de las personas encuestadas entre el personal médico de atención primaria y de servicios sociales denunciaron tener que comprar EPI para ellas mismas o para su departamento, o utilizar EPI donados, debido a la falta de suministro en su lugar de trabajo. El 65% del personal médico afirmó sentirse “poco o nada protegido/a”.⁴⁵ En una encuesta realizada al personal sanitario de **Suecia** por el sindicato Kommunal, el 42% de las personas cuidadoras a domicilio afirmaron que había habido situaciones en las que habían tenido que trabajar sin EPI adecuados, el 84% se sentían preocupadas por la falta de EPI y el 48% denunció la escasez de estos equipos.⁴⁶ En **Estados Unidos**, el Sindicato Nacional de Enfermería (NNU) realizó una encuesta a casi 23.000 enfermeras y enfermeros y reveló que el 87% de las personas encuestadas tenían que reutilizar la mascarilla quirúrgica o autofiltrante desechable de un solo uso con pacientes de COVID-19, el 27% de las personas que prestaba servicios de enfermería a pacientes con COVID-19 confirmados denunciaron haber corrido riesgos sin EPI adecuados y tener que trabajar durante los 14 días posteriores, y el 84% de ellas afirmó que todavía no les habían efectuado pruebas de detección.⁴⁷

Un médico de **Nigeria** dijo a Amnistía Internacional: “En el hospital donde trabajo no hay suficientes mascarillas quirúrgicas. Las autoridades contrataron sastres para que cosieran mascarillas que no protegen con tejidos locales. Los médicos y las enfermeras tuvieron que manifestarse para que les proporcionaran mascarillas N95.⁴⁸ No hay suficiente disponibilidad de estas mascarillas. Tenemos que lavarlas y usarlas de nuevo. El personal sanitario corre peligro. Trabajamos en condiciones deplorables”.⁴⁹

Un trabajador de la salud de **Sudán del Sur**, que había registrado su primer caso de COVID-19 el 5 de abril, dijo a Amnistía Internacional: “El mes pasado, en mayo, había unos 4.000 [unidades de] EPI, pero quizás la mitad o las tres cuartas partes ya han sido utilizadas por el personal de primera línea y también por personas que rocían con aerosol las superficies y por los equipos de los entierros. Los 4.000 no son suficientes; necesitamos al menos 10.000, pero el gobierno tiene restricciones económicas y depende de las donaciones.”⁵⁰

⁴³ Confederación Sindical Internacional, *Encuesta mundial de la CSI sobre la COVID-19 - Principales conclusiones*, https://www.ituc-csi.org/IMG/pdf/200428_ituc_covid-19_globalsurveyreport_es.pdf

⁴⁴ Entrevista con una médica en Ciudad de México, México, 24 de abril de 2020.

⁴⁵ “BMA survey reveals almost half of doctors have relied upon donated or self-bought PPE and two thirds still don't feel fully protected”, 3 de mayo de 2020, <https://www.bma.org.uk/news-and-opinion/bma-survey-reveals-almost-half-of-doctors-have-relied-upon-donated-or-self-bought-ppe-and-two-thirds-still-don-t-feel-fully-protected>

⁴⁶ Kommunal, encuesta rápida sobre equipos de protección individual, semana 14: 1 y 2 de abril de 2020.

⁴⁷ Sindicato Nacional de Enfermería, “New survey of nurses provides frontline proof of widespread employer, government disregard for nurse and patient safety, mainly through lack of optimal PPE”, 20 de mayo de 2020, <https://www.nationalnursesunited.org/press/new-survey-results>

⁴⁸ En Nigeria ha habido varias protestas sobre esta cuestión. Véase, por ejemplo, “Nigerian doctors strike over lack of PPE, welfare concerns”, Al Yazira, 15 de junio 2020, <https://www.aljazeera.com/news/2020/06/nigerian-doctors-strike-lack-ppe-welfare-concerns-200615084342885.html>; y “Nigerian Doctors End Strike as Virus Cases Spike”, VOA, 21 de junio de 2020, <https://www.voanews.com/africa/nigerian-doctors-end-strike-virus-cases-spike>

⁴⁹ Entrevista telefónica con médica, 27 de abril de 2020.

⁵⁰ Entrevista con trabajador de la salud de Sudán del Sur, 11 de junio de 2020.

Las encuestas llevadas a cabo en **Finlandia**, como la de la Asociación Finlandesa de Enfermería, detectaron que el personal sanitario del país utilizaba a veces chubasqueros en lugar de batas desechables y debía a veces fabricarse mascarillas con tejido de papel.⁵¹

Los trabajadores y trabajadoras sanitarios y esenciales también han acudido a los tribunales o a otras instancias administrativas para resolver la falta de EPI adecuados. Amnistía Internacional tiene conocimiento de la existencia de recursos judiciales o procedimientos equivalentes ante órganos administrativos previstos, en curso o finalizados sobre esta cuestión al menos en **Reino Unido, Sudáfrica, Suecia, India, Zimbabue, Pakistán, España y Francia**. En algunos casos, los tribunales han fallado en su favor. Por ejemplo, a solicitud de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, el Tribunal Supremo de España requirió al Ministerio de Sanidad que “adopt[ara] todas las medidas a su alcance para conseguir la mejor distribución de los medios de protección al personal sanitario” y que informara quincenalmente ante la propia Sala de las medidas adoptadas.⁵²

Sin embargo, en **Pakistán** la sentencia del Tribunal Superior de Lahore sobre la petición para que ordenara judicialmente al gobierno que proporcionara “equipos de protección individual a todos los profesionales de la salud en el ejercicio de sus funciones para luchar contra la COVID-19” (entre otras cosas) fue contraria al personal sanitario, y sus demandas fueron rechazadas.⁵³ Además, el Tribunal criticó a la parte demandante y dijo que “la presentación inmediata de una petición de orden judicial parece a primera vista una actuación de mala fe y un intento de conseguir fácilmente repercusión en las redes sociales sin una base sólida [...]”. Por consiguiente, [la petición] se desestima con costas [...]. [S]e señala que si la autoridad ministerial considera que la acción de la parte demandante es contraria a las normas de la función pública o que la parte demandante ha violado la legislación pertinente o al presentar ese recurso ha tratado de perjudicar la reputación de la institución, dicha autoridad gozará de libertad para emprender acciones judiciales contra ella”.¹

Hay muchos motivos por los que el personal sanitario y esencial de todo el mundo ha venido teniendo dificultades para acceder a EPI, sin olvidar el hecho de que existe una escasez mundial real debido a un aumento masivo y simultáneo de la demanda. Sin embargo, las políticas de algunos países han hecho más difícil que estos colectivos profesionales accedan a la protección que se precisa. En **Nicaragua**, por ejemplo, al comienzo de la pandemia el gobierno trató de restar importancia al riesgo de COVID-19 existente en el país y prohibió al personal sanitario utilizar los EPI necesarios.⁵⁴

La falta de información de muchos países ha hecho difícil conocer la magnitud de la escasez de EPI, y aún no parece que haya ningún cálculo global de la cantidad necesaria para atender adecuadamente a todo el personal sanitario y esencial. Al principio de la pandemia, la OMS había avisado: “[L]a escasez de suministro (faltan guantes, mascarillas médicas, respiradores, gafas de seguridad, pantallas faciales, batas y delantales) hace que profesionales médicos, de enfermería y otros trabajadores de primera línea estén peligrosamente mal equipados para atender a los pacientes de COVID-19” y calculaba que la industria debía aumentar la producción en un 40% para satisfacer la creciente demanda.⁵⁵

Los cálculos de los países ofrecen un indicio de la magnitud de la escasez de EPI. En **Estados Unidos**, la plataforma de Internet GetUsPPE publicó datos en abril de 2020 basados en la experiencia de 632 centros de salud del país. Según sus datos, a la mayoría de las instituciones encuestadas les quedaban menos de dos semanas de suministros de EPI. En aquel momento, el 36% ya no tenía pantallas faciales, el 22% carecía de mascarillas autofiltrantes N95 y el 20% no tenía batas.⁵⁶ En mayo de 2020, el Centro Nacional de Mando y Operaciones de **Pakistán** dijo que se necesitaban 19.960 pares de guantes desechables, 1,6

⁵¹ Véase, por ejemplo, “Sairaanhoitajia ohjeistettu suojautumaan sadetakkiin ja talouspaperiin – Koronakysely paljastaa karun arjen”, 17 de abril de 2020, <https://sairaanhoitajat.fi/sairaanhoitajia-ohjeistettu-suojautumaan-sadetakkiin-ja-talouspaperiin-koronakysely-paljastaa-karun-arjen/>; y “Tehyn kysely: Pula suojarusteista jatkuu – nyt vähissä suojatakit”, 22 de abril de 2020, <https://www.tehy.fi/fi/mediatiedote/tehy-kysely-pula-suojarusteista-jatkuu-nyt-vahissa-suojatakit>

⁵² <http://www.poderjudicial.es/cgpi/es/Poder-Judicial/Tribunal-Supremo/Sala-de-prensa/Notas-de-prensa/El-Tribunal-Supremo-requiere-a-Sanidad--todas-las-medidas-a-su-alcance--para-distribuir-medios-de-proteccion-al-personal-sanitario>

⁵³ Resolución judicial en los archivos de Amnistía Internacional.

⁵⁴ Amnistía Internacional, *El costo de curar: Los derechos de las personas trabajadoras de la salud en las Américas durante la COVID-19 y más allá*, Índice: AMR 01/2311/2020.

⁵⁵ Organización Mundial de la Salud, “La escasez de equipos de protección personal pone en peligro al personal sanitario en todo el mundo”, 3 de marzo de 2020, <https://www.who.int/es/news-room/detail/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide>

⁵⁶ Para más información, véase <https://getusppe.org/>

millones de guantes de látex, 963.638 gafas de seguridad, 84.327 pantallas faciales, 166.633 gorros desechables, 178.323 pares de calzas, 13.501 pares de botas de goma y 5 millones de mascarillas quirúrgicas.⁵⁷ En **Rusia**, el periódico *Vedomosti* estimaba el 1 de mayo que sólo se disponía del 26% de las mascarillas, el 27% de las mascarillas autofiltrantes, el 17% de los guantes y el 30% de los trajes protectores necesarios.⁵⁸

Las restricciones comerciales parecen haber agravado la situación de algunos países que tienen dificultades para comprar EPI en el mercado internacional. Desde el comienzo de la pandemia, varios países han modificado su normativa de importación y exportación relativa a los productos básicos, entre ellos los EPI. La Organización Mundial del Comercio (OMC) ha llevado a cabo un seguimiento de las medidas comerciales que los Estados han establecido en el contexto de la COVID-19.⁵⁹ Según los datos, actualizados a 5 de junio de 2020, 56 países y dos bloques comerciales (la **Unión Europea** y la **Unión Económica Euroasiática**) habían adoptado medidas para restringir las exportaciones de todas o algunas formas de EPI o las materias primas para fabricarlos. Por ejemplo, **Colombia** y **Bangladesh** prohibieron temporalmente la exportación de algunos tipos de EPI. Varios países también habían liberalizado las normas de importación de esos mismos productos, reduciendo las tarifas y aumentando las cuotas de importación, por ejemplo. Los Estados pueden tener motivos válidos para adoptar estas medidas proteccionistas, entre otros la necesidad de garantizar que haya suficientes EPI dentro del territorio nacional para el personal sanitario y esencial. Sin embargo, es indudable que estas medidas podrían agravar la escasez en países que no producen EPI y no disponen actualmente de suficientes existencias de estos equipos y, por tanto, dependen de las importaciones. El CESCR también señaló que “[l]os Estados partes tienen obligaciones extraterritoriales relacionadas con los esfuerzos mundiales para combatir la COVID-19. En particular, los Estados desarrollados deben evitar adoptar decisiones —como la imposición de límites a las exportaciones de equipos médicos— que terminen por obstaculizar el acceso a equipos vitales para las víctimas más pobres de la pandemia”.⁶⁰

4.3 LA CARGA DE TRABAJO Y LA PREOCUPACIÓN POR LA SALUD MENTAL

“Respecto a cómo está la situación en este momento, cada día es como correr en una cinta programada a gran velocidad y tratar de mantener el ritmo, sentimos cansancio y ansiedad. El personal de enfermería de las unidades de cuidados intensivos hemos pasado de tener un paciente a tener entre tres y cinco. Tenemos colegas increíbles de otras partes del hospital que vienen a ayudarnos, pero estar en este entorno les produce ansiedad y necesitan mucho apoyo y orientación que no les podemos dar. Nos agota

⁵⁷ “Government predicts surge”, *Dawn*, 1 de mayo de 2020, https://epaper.dawn.com/print-textview.php?StoryImage=01_05_2020_001_009

⁵⁸ A. Sokolov, “Почему в России не хватает средств защиты от коронавируса”, *Vedomosti*, 1 de mayo de 2020, <https://www.vedomosti.ru/society/articles/2020/05/01/829484-ne-hvataet-sredstv-zaschiti>

⁵⁹ Organización Mundial del Comercio, “COVID-19: Medidas que afectan al comercio de mercancías”, https://www.wto.org/spanish/tratop_s/covid19_s/trade_related_goods_measure_s.htm

⁶⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Declaración sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y los derechos económicos, sociales y culturales*, 17 de abril de 2020, doc. ONU E/C.12/2020/1, párr. 20., <https://undocs.org/es/E/C.12/2020/1>

emocionalmente: he oído a un hijo despedirse de su madre por teléfono, he ingresado a una enfermera de una de las salas y le he sostenido la mano mientras la dormíamos para colocarle el respirador, y he consolado a una mujer que había perdido a su marido de 40 años y se había quedado sola con dos hijos pequeños. He llorado mucho.”

Enfermera de Reino Unido⁶¹

En varios países, los trabajadores y trabajadoras sanitarios y esenciales han visto aumentada su carga laboral, con frecuencia en contextos en los que ésta ya era elevada. Es importante reconocer que el aumento de las jornadas laborales y los cambios de las condiciones de contratación (como las fechas de las vacaciones anuales) afectan negativamente al cansancio, estrés y ansiedad que estos trabajadores y trabajadoras sufren en estos momentos difíciles. A veces esto ha ocurrido por la adopción de medidas legales que modifican la duración de la jornada y otras condiciones laborales, y otras ha sido sencillamente porque el ritmo de trabajo se ha acelerado mucho debido a la pandemia. Amnistía Internacional tomó nota de ejemplos de países en los que se han venido aprobando medidas formales para ampliar la jornada laboral o modificar las condiciones de trabajo del personal sanitario.⁶²

El personal sanitario afirma que su carga de trabajo ha aumentado considerablemente debido al mayor número de pacientes. En algunos contextos —como las unidades de cuidados intensivos— el trabajo también ha adquirido un carácter más agobiante. Un profesional sanitario de **Paraguay** dijo en este sentido a Amnistía Internacional: “Antes de la COVID-19, solíamos hacer descansos, pero con la pandemia no es posible descansar [en el trabajo].⁶³ Un profesional sanitario de **Sudáfrica** explicaba así todas las preocupaciones que tenían: “El gran problema en mi opinión es que todos estamos agotados de pasar rápidamente de un paciente al siguiente; esto hace que muchos nos toquemos sin querer la cara y nos exponemos al virus. También sudamos mucho y la visera se empaña. He estado de baja laboral por COVID-19 y soy médico suplente, lo que significa que solamente cobro cuando trabajo; me siento aún más

⁶¹ Entrevista telefónica con una trabajadora de la salud de Inglaterra, 14 de abril de 2020.

⁶² Por ejemplo, en **Finlandia**, la Ley de Poderes de Excepción permite al gobierno establecer la “obligación de trabajar en el sector sanitario”, y esto es lo que se ha hecho mediante un decreto. En virtud del decreto aprobado, “las personas sujetas a la obligación de trabajar en el sector sanitario y que hayan recibido una orden de servicio deben llevar a cabo la labor necesaria en el sector sanitario. Las órdenes de servicio pueden expedirse por un período máximo de dos semanas cada vez, y pueden prorrogarse una vez”. Sin embargo, durante el período de validez de este decreto, entre el 19 de marzo y el 13 de mayo de 2020, no se expidió ninguna orden. Otro decreto aprobado en virtud de la Ley de Poderes de Excepción permitía a las entidades empleadoras ampliar el período de aviso previo de las renunciaciones, posponer o congelar las vacaciones anuales y pedir que se trabajaran horas extras. Las entidades empleadoras han utilizado habitualmente este decreto para modificar las condiciones laborales. En **Turquía** también se promulgó un decreto en el que se limitaba la capacidad del personal sanitario para renunciar y se establecía que “durante los tres meses posteriores al decreto, el personal sanitario de los sectores público o privado destinados en alguna institución de atención a la salud no podrá abandonar su trabajo hasta que se haga un segundo comunicado en el ámbito de la pandemia. Esta decisión se toma para luchar de manera efectiva contra la pandemia y no alterar los servicios sanitarios” (copia en los archivos de Amnistía Internacional). Las condiciones laborales del personal sanitario pueden modificarse de manera oficial hasta cierto punto durante una pandemia. El artículo 2 del Convenio sobre el Trabajo Forzoso excluye “cualquier trabajo o servicio que se exija en casos de fuerza mayor, es decir, guerra, siniestros o amenaza de siniestros, tales como incendios, inundaciones, hambre, temblores de tierra, epidemias y epizootias violentas, invasiones de animales, de insectos o de parásitos vegetales dañinos, y en general, en todas las circunstancias que pongan en peligro o amenacen poner en peligro la vida o las condiciones normales de existencia de toda o parte de la población” de la definición de trabajo forzoso u obligatorio. El Protocolo de 2014 relativo al Convenio sobre el Trabajo Forzoso, de 1930, establece que “[l]as medidas adoptadas para aplicar las disposiciones del presente Protocolo y del Convenio deberán ser determinadas por la legislación nacional o por la autoridad competente, previa consulta con las organizaciones de empleadores y de trabajadores interesadas”. Amnistía Internacional no ha analizado las circunstancias concretas en las que los diferentes países modificaron oficialmente las condiciones laborales del personal sanitario, pero es esencial que estos cambios se hayan hecho previa consulta con las organizaciones de empleadores y de trabajadores interesadas.

⁶³ Entrevista telefónica con un trabajador de la salud de Paraguay, 29 de abril de 2020.

agobiado que antes”.⁶⁴ En **Egipto**, un representante del Sindicato Médico describió sus horas de trabajo a Amnistía Internacional como sigue: “Algunos profesionales médicos están haciendo turnos de hasta 14 horas usando sus equipos completos de protección individual y sin descansos, lo que les está causando fatiga aguda y falta de concentración y limitando su capacidad para autoprotegerse y usar debidamente estos equipos.”⁶⁵ En **Sudán del Sur**, que cuenta sólo con un laboratorio para realizar pruebas a toda su población (y otro laboratorio móvil en la frontera meridional),⁶⁶ los medios de comunicación denuncian que el personal técnico del laboratorio trabaja hasta 16 horas diarias para ocuparse de las 5.000 muestras acumuladas.⁶⁷ Esta situación también genera presiones en la vida personal de quienes ejercen profesiones sanitarias. Una trabajadora de salud comunitaria de India dijo a Amnistía Internacional: “Llevo un tiempo durmiendo al aire libre en la terraza. Tengo una hija de dos años y me aterra la idea de contagiarla.”⁶⁸ Además, el aumento de la carga laboral suele ir acompañado de una mayor carga de trabajo en casa como, por ejemplo, más responsabilidades relativas al cuidado —sobre todo porque las escuelas y los jardines de infancia cerraron durante ese periodo—, y el personal sanitario y esencial pueden no haber contado con el apoyo de otras personas (como ayuda para la limpieza y la cocina) que tenían antes.

El incremento de la carga laboral y el posible aumento de la ansiedad y el estrés relacionados con el trabajo pueden tener efectos negativos en la salud mental del personal sanitario. Dos encuestas realizadas al personal sanitario de **Portugal** publicadas en abril de 2020 tras el inicio de la pandemia de COVID-19 señalaron que casi el 75% de las personas trabajadoras de la salud encuestadas consideraban que su nivel de ansiedad era “alto” o “muy alto”, y el 14.6% afirmaban tener niveles moderados o importantes de depresión.⁶⁹ Otro estudio llevado a cabo en este país reveló que los profesionales de enfermería encuestados sentían que sus niveles de ansiedad habían aumentado un 40% en este periodo, lo que probablemente tenía que ver con el aumento de la jornada laboral.⁷⁰ El 57% del personal de enfermería entrevistado consideraba que dormía “mal” o “muy mal”, y el 48%, que su calidad de vida era “mala” o “muy mala” sólo el 1,4% había buscado apoyo de salud mental.⁷¹

En un artículo recientemente publicado en la revista *British Medical Journal* también se señalaba que “el personal sanitario de **China** manifestaba sufrir depresión (50,3% del total), ansiedad (44,6%), e insomnio (34,0%)”.⁷² Un estudio llevado a cabo sobre el personal sanitario de primera y segunda línea de **Italia** reveló “una proporción importante de problemas de salud mental, especialmente entre las mujeres jóvenes y el personal sanitario de primera línea”.⁷³ Los datos de otras pandemias y epidemias respaldan estos hallazgos.⁷⁴

Algunos países —no todos— han venido adoptando medidas activas para aumentar la dotación de personal para la respuesta a la pandemia, tales como contratar más personal sanitario y pedir personas voluntarias

⁶⁴ Entrevista telefónica con un trabajador de la salud de Cabo Occidental, Sudáfrica, 10 de junio de 2020.

⁶⁵ Entrevista telefónica con trabajador de la salud, Egipto, 10 de junio de 2020.

⁶⁶ Ministerio de Salud de la República de Sudán del Sur, informe de situación semanal relativo a la COVID, semana del 22 al 28 de junio de 2020. En los archivos de Amnistía Internacional.

⁶⁷ Maura Ajak y Cara Anna “Virus outbreak could spin ‘out of control’ in South Sudan”. Associated Press, 22 de junio de 2020, <https://apnews.com/265a7d7cbb6eb6ec29f4bcb1c69e739d>. Entrevista con trabajadores de la salud de Sudán del Sur, 11 de junio de 2020.

⁶⁸ Entrevista con una trabajadora de salud comunitaria de India, abril y mayo de 2020.

⁶⁹ Universidade Nova de Lisboa, “Resultados do Questionário 2: Os riscos para os Profissionais de Saúde vão muito para além do vírus”, <https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/resultados-do-questionario-2-os-riscos-para-os-profissionais-de-saude-vao-muito-para-alem-do-virus/>

⁷⁰ Cintesis, “Estudo CINTESIS revela: COVID-19 está a afetar a saúde mental dos enfermeiros”, <http://cintesis.eu/pt/estudo-cintesis-revela-covid-19-esta-a-afetar-a-saude-mental-dos-enfermeiros>

⁷¹ Cintesis, “Estudo CINTESIS revela: COVID-19 está a afetar a saúde mental dos enfermeiros”.

⁷² J. Gold, “Covid-19: adverse mental health outcomes for healthcare workers”, *British Medical Journal*, 369, 2020, <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1815>

⁷³ R. Rossi *et al.*, “Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy”, 3(5) *JAMA Network Open*, 2020 <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2766378> (

⁷⁴ S. Dutta, “Supporting mental health and resilience in frontline COVID-19 (coronavirus) health care workers”, *World Bank Blogs*, 28 de mayo de 2020, <https://blogs.worldbank.org/health/supporting-mental-health-and-resilience-frontline-covid-19-coronavirus-health-care-workers>

para trabajar en el sistema público de salud durante periodos cortos.⁷⁵ Sin embargo, para garantizar que el personal sanitario y esencial cuenta con el apoyo psicosocial preciso en el lugar de trabajo es fundamental aplicar un enfoque más amplio. La OMS ha publicado unas orientaciones que abordan consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19, entre las que figuran observaciones concretas sobre las necesidades del personal sanitario. Algunas de las recomendaciones dirigidas al personal directivo de los centros de salud son: asegurarse de mantener una comunicación de buena calidad y de brindar actualizaciones precisas de la información a todo el personal; hacer que el personal rote entre las funciones que crean un nivel alto de estrés y las que causan menos estrés; hacer que las personas sin experiencia trabajen de cerca con sus colegas de más experiencia; iniciar, promover y comprobar los descansos en el trabajo; establecer horarios flexibles para el personal directamente afectado o que tenga familiares afectados; identificar los medios adecuados para brindar servicios psicosociales y de apoyo para la salud mental, y asegurarse de que el personal sabe que estos servicios están a su disposición.⁷⁶

4.4 REMUNERACIÓN E INDEMNIZACIÓN

A medida que aumenta el volumen de trabajo del personal sanitario y sus riesgos laborales, en varios países se ha planteado la preocupación de que este personal no recibe un salario equitativo ni una indemnización en caso de enfermedad profesional o incluso de fallecimiento. En muchos contextos, esto se suma a cuestiones más amplias y de larga data sobre retribuciones injustas y condiciones laborales difíciles, sobre todo para determinados trabajadores y trabajadoras. Por ejemplo, según la OMS, en el sector sanitario el promedio de la brecha salarial de género es del 28%.⁷⁷

Al comienzo de la crisis, al menos un gobierno provincial de **Pakistán** redujo los salarios del personal sanitario (y los de otros colectivos profesionales del sector público) un 10% para apoyar un fondo para la COVID-19 dirigido por el gobierno.⁷⁸ Según informes, en **Indonesia**, la Secretaría del Organismo de Asistencia Jurídica de la Asociación Indonesia de Enfermería informó de que, a 25 de mayo de 2020, se habían denunciado 330 casos de profesionales de la enfermería de hospitales públicos y privados que habían sufrido recortes salariales y no habían recibido la paga de vacaciones. El 65% de estas personas tenían contratos temporales. En **Sudán del Sur**, el personal médico del sector público lleva sin cobrar salarios desde febrero y carece de cobertura médica y prestaciones sociales. El personal médico se declaró en huelga durante un día y el gobierno ofreció el equivalente a 40 dólares estadounidenses en moneda local como pago único para cubrir parte de los atrasos en el pago de los salarios. “Los médicos lo rechazaron diciendo que no era la cantidad que debían recibir. El mes pasado, el gobierno ofreció pagarles 10.000 libras sursudanesas. Luego, a principios de este mes [junio], algunos recibieron la amenaza de que si no aceptaban [el acuerdo] en ese mes, se les rescindiría el contrato”, dijo un médico a Amnistía Internacional.⁷⁹

En **Guatemala**, el gobierno estableció un hospital específico para los casos de COVID-19 y contrató temporalmente más personal sanitario para trabajar en esas instalaciones. Amnistía Internacional conversó a principios de mayo con un trabajador de este hospital.⁸⁰ En ese momento llevaban trabajando 40 días y no habían recibido ninguna remuneración por la labor que llevaban a cabo. Representantes de la Procuraduría

⁷⁵ Entre los ejemplos figuran Grecia y Reino Unido.

⁷⁶ Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, *Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19*, 18 de marzo de 2020, <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud-mental-durante-brote-covid-19>

⁷⁷ M Boniol et al, “Gender equity in the health workforce: Analysis of 104 countries”, WHO Health Workforce Working paper 1, marzo de 2019, p. 3 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311314/WHO-HIS-HWF-Gender-WP1-2019.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁷⁸ M. Bhatti, “Doctors feel wronged as govt deducts 10pc of their salaries for COVID-19 fund”, *The News*, 4 de abril de 2020, <https://www.thenews.com.pk/print/639038-doctors-feel-wronged-as-govt-deducts-10pc-of-their-salaries-for-covid-19-fund>

⁷⁹ Entrevista con trabajadores de la salud de Sudán del Sur, 11 de junio de 2020. Véase también P. Akol, “One health-care worker dies of COVID-19, first front-line fatality in S. Sudan”, *Eye Radio*, 29 de mayo de 2020, <https://eyeradio.org/one-health-care-worker-dies-of-covid-19-first-front-line-fatality-in-s-sudan/>; y M. Ajak and C. Anna “Virus outbreak could spin ‘out of control’ in South Sudan”, *Associated Press*, 22 de junio de 2020, <https://apnews.com/265a7d7cbb6eb6ec29f4bcb1c69e739d>

⁸⁰ Entrevista telefónica con un trabajador de la salud, entre el 12 y el 14 de mayo de 2020.

para los Derechos Humanos de Guatemala comprobaron esta información y afirmaron que la mitad de los médicos y médicas del centro hospitalario no tenía contrato formal y ninguno había recibido remuneración.⁸¹



Miembros del personal de conserjería y limpieza de un hospital de Guatemala, despedidos y sin salario⁸²

El 21 de marzo, el gobierno de Guatemala abrió un hospital temporal, con una capacidad inicial de 319 camas, en el Parque de la Industria de Ciudad de Guatemala para recibir y tratar a pacientes de COVID-19. A principios de mayo, el personal médico denunció públicamente la falta de contratos, el impago de salarios y las inseguras condiciones de trabajo en el hospital. Según la información publicada en la prensa, basada en datos de la Dirección de Contabilidad del Estado, este hospital había gastado menos del 2% del presupuesto público que le había asignado el Congreso debido a la falta de capacidad operativa y de personal para poder llevar a cabo sus funciones sanitarias.

El 5 de junio se despidió a 46 miembros del personal de conserjería y limpieza del hospital. El único motivo dado por el Ministerio de Salud Pública para el despido fue que los requisitos administrativos establecían que estas personas debían presentar una titulación de enseñanza secundaria o universitaria para mantener su empleo. Muchos de estos trabajadores y trabajadoras sólo tienen educación básica, y carecían de esa titulación. Además, no les habían pagado desde que habían empezado a trabajar el 24 de marzo (al igual que a varios otros miembros del personal sanitario del hospital). Tampoco les han concedido prestación por desempleo. Amnistía Internacional ha pedido al ministro de Salud Pública y Asistencia Social que proteja a los 46 miembros del personal despedidos el 5 de junio, pagándoles urgentemente los salarios pendientes y llevando a cabo una investigación independiente sobre las circunstancias de la rescisión de sus contratos.

Incluso cuando se les paga lo estipulado en sus contratos, los trabajadores y trabajadoras sanitarios y esenciales han expresado preocupación por la remuneración que reciben y señalan que ésta es baja o no refleja adecuadamente las tareas adicionales que llevan a cabo ahora o el peligro que corren en su puesto de trabajo durante una pandemia. Una trabajadora comunitaria de la salud de **India** dijo a Amnistía Internacional: “Los meses normales, además de las 3.000 rupias [aproximadamente 40 dólares estadounidenses] que cobramos, ganamos algo más realizando otros trabajos, como asistencia obstétrica y vacunación. Sin embargo, ahora nos dedicamos exclusivamente a [la respuesta a] la COVID-19, por lo que no podemos buscar esos trabajos y lo notamos mucho en nuestros ingresos, que ya eran bajos”⁸³ Una compañera suya agregó: “¿Qué ganamos con esto? Por la miserable cantidad de 3.000 rupias ponemos en peligro a toda la familia. Mi esposo me lo reprocha todos los días”.⁸⁴ Este importe es inferior al salario mínimo de muchos estados de India.

En **Egipto**, el Ministerio de Salud y Población prometió a los profesionales médicos una remuneración de 20.000 libras egipcias al mes (aproximadamente, 1.200 dólares estadounidenses) si trabajaban en casos de COVID-19 durante 14 días y se sometían a una cuarentena durante otros 14. Sin embargo, la mayoría de ellos recibieron aproximadamente una cuarta parte del salario prometido (cerca de 300 dólares al mes). Antes del inicio de la pandemia, muchos profesionales médicos completaban sus

⁸¹ Entrevista con una inspectora de la Procuraduría para los Derechos Humanos (PDH) de Guatemala, 13 de mayo de 2020.

⁸² Amnistía Internacional, *Guatemala: Despedidos, sin salario, miembros del personal de un hospital para COVID-19*, Índice: AMR 34/2465/2020.

⁸³ Entrevista con una trabajadora de salud comunitaria de India, abril y mayo de 2020.

⁸⁴ Entrevista con una trabajadora de salud comunitaria de India, abril y mayo de 2020. En India, las trabajadoras de salud comunitaria son mujeres “formadas para actuar de enlace entre la comunidad y el sistema público de salud” del país. En general, desempeñan una amplia gama de funciones relativas a la salud, que vienen indicadas aquí: <https://nhm.gov.in/index1.php?lang=1&level=1&sublinkid=150&lid=226>. Las trabajadoras de salud comunitaria son consideradas personal voluntario y no cobran un salario fijo. En lugar de ello, reciben “incentivos” en función de las tareas que desempeñan, además de un importe mínimo de entre 2.000 y 4.000 rupias indias mensuales según el estado en el que trabajan. Sus tareas se han ampliado con la pandemia, lo que les supone una remuneración extra de 1.000 rupias. El importe total es inferior al salario mínimo de muchos estados del país. Para más información, véase https://www.indiabudget.gov.in/budget2019-20/economicsurvey/doc/vol1chapter/echap11_Vol1.pdf

ingresos trabajando en clínicas y hospitales privados.⁸⁵ En una carta oficial a la que Amnistía Internacional tuvo acceso, el Ministerio de Salud les pedía que dejaran de trabajar en clínicas y hospitales privados para unirse a la "batalla contra la COVID-19", lo que podía afectar significativamente a sus ingresos y medios de subsistencia.

Muchos gobiernos han establecido prestaciones o medidas concretas de apoyo dirigidas al personal sanitario durante la pandemia de COVID-19 para complementar sus ingresos habituales. Amnistía Internacional ha observado informes de estas prácticas en al menos 29 países. Son iniciativas positivas, pero los trabajadores y trabajadoras han expresado su preocupación en algunos países porque no han recibido tales prestaciones o porque éstas no se aplican a algunas categorías de personal sanitario y esencial que corre igual o más peligro durante la pandemia de COVID-19.

En **Ghana**, por ejemplo, el gobierno estableció determinadas prestaciones, como un incremento salarial, transporte gratuito y la exención del pago de impuestos durante tres meses, para el "personal de primera línea".⁸⁶ Sin embargo, determinados trabajadores y trabajadoras involucrados en la respuesta a la pandemia, como quienes se encargan de la desinfección, el aislamiento y el entierro de las personas fallecidas a causa de la COVID-19, no estaban cubiertos por esas medidas.⁸⁷ En **India**, el gobierno estableció el "Pradhan Mantri Garib Kalyan Package" (Plan de Seguros para el Personal Sanitario que Lucha contra la COVID-19), que ofrece un seguro de vida relacionado con la pandemia de 5.000.000 de rupias indias (aproximadamente 66.150 dólares estadounidenses) durante 90 días a partir del 30 de marzo de 2020 al personal sanitario, incluido el personal de limpieza y recogida de residuos que trabaja en los hospitales.⁸⁸ Sin embargo, el plan no especifica si cubre al personal subcontratado de los hospitales. También se excluye de las prestaciones a quienes recogen los residuos sólidos de las zonas urbanas, incluidas las que están en cuarentena.⁸⁹ En **Reino Unido**, el personal celador, de limpieza y de asistencia social quedó inicialmente excluido de un plan conforme al cual las familias de los trabajadores y trabajadoras de la salud que fallecieron de COVID-19 recibirían gratuitamente un permiso indefinido para permanecer en el país (equivalente a la residencia). El plan se modificó posteriormente para incluir a esas categorías profesionales.⁹⁰

La COVID-19 es una enfermedad profesional

Una cuestión conexas tiene que ver con el acceso a indemnización si los trabajadores y trabajadoras sanitarios y esenciales enferman o fallecen tras haber contraído la COVID-19 en el lugar de trabajo. La Recomendación sobre las Prestaciones en caso de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, 1964, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) considera como enfermedades profesionales "las que se sabe provienen de la exposición a sustancias o condiciones peligrosas inherentes a ciertos procesos, oficios u ocupaciones". La Recomendación establece, además, que "[e]l origen profesional de estas enfermedades debería presumirse, salvo prueba en contrario, cuando el trabajador: (a) haya estado expuesto al riesgo por lo menos durante un período determinado; y (b) haya mostrado síntomas de la enfermedad dentro de un período determinado siguiente a la terminación del último empleo en que haya estado expuesto al riesgo". Si se reconoce que la COVID-19 es una enfermedad profesional, los trabajadores y trabajadoras sanitarios y esenciales que la hayan contraído en su trabajo tendrían acceso a una amplia

⁸⁵ Entrevista telefónica con trabajador de la salud, Egipto, 9 de junio de 2020.

⁸⁶ El gobierno de Ghana definió como "personal de primera línea" al personal médico, de enfermería y otros trabajadores y trabajadoras de la salud que tengan contacto directo con pacientes de COVID-19.

⁸⁷ K. Darko, "Environmental health workers unhappy with exclusion from Covid-19 stimulus package", Myjoy Online, 11 de mayo de 2020, <https://www.myjoyonline.com/news/national/environmental-health-workers-unhappy-with-exclusion-from-covid-19-stimulus-package/>

⁸⁸ *Pradhan Mantri Garib Kalyan Package: Insurance Scheme for Health Workers Fighting COVID-19, FAQs*, <https://www.mohfw.gov.in/pdf/FAQPradhanMantriGaribKalyanPackageInsuranceSchemeForHealthWorkersFightingCOVID19.pdf>

⁸⁹ Amnistía Internacional India, *Abandoned At The Frontline: India's Sanitation Workers Seek Immediate Help From The Government Amidst COVID-19*, 24 de abril de 2020, <https://amnesty.org.in/abandoned-at-the-frontline-indias-sanitation-workers-seek-immediate-help-from-the-government-amidst-covid-19/>

⁹⁰ A. Woodcock, "Coronavirus: Bereaved families of migrant NHS cleaners and porters locked out of leave-to-remain scheme", *The Independent*, 19 de mayo de 2020, <https://www.independent.co.uk/news/uk/politics/coronavirus-nhs-cleaners-leave-to-remain-scheme-home-office-a9523111.html#gsc.tab=0>; y "Coronavirus (COVID-19): bereavement scheme for family members of NHS and health and social care workers", 20 de mayo de 2020, <https://www.gov.uk/guidance/coronavirus-covid-19-bereavement-scheme-for-family-members-of-nhs-and-health-and-social-care-workers>

gama de prestaciones y derechos, entre ellos atención médica adecuada; prestaciones económicas e indemnización en la medida que estén incapacitados para trabajar; indemnización en caso de defunción; y una asignación o prestación funeraria.⁹¹

Algunos países han reconocido expresamente la COVID-19 como enfermedad profesional,⁹² pero otros no lo han hecho, por lo que ésta es una petición primordial de muchas organizaciones que representan a los trabajadores y trabajadoras sanitarios y esenciales.⁹³ Los datos de la OIT indican que al menos 13 países han clasificado la COVID-19 como enfermedad profesional para algunas ocupaciones, y otros 8 han dicho que la considerarían como tal si se demostrara que se había contraído en el trabajo (la vigilancia que lleva a cabo la OIT no es exhaustiva).⁹⁴ Según las orientaciones de la OMS, “[l]os derechos de los trabajadores y trabajadoras de la salud incluyen que las entidades empleadoras y el personal directivo de los centros de salud [...]; respeten el derecho a indemnización, [y proporcionen] servicios curativos y de rehabilitación si el personal se contagia de la COVID-19 debido a la exposición a riesgos en el lugar de trabajo. Esta situación se consideraría un riesgo laboral y la consiguiente enfermedad se consideraría enfermedad profesional”.⁹⁵ La OIT ha dicho además que “[s]i se contrae por exposición en el trabajo, la infección por COVID-19 podría considerarse como un accidente del trabajo o una enfermedad profesional”.⁹⁶

Relacionada con el reconocimiento de la COVID-19 como enfermedad profesional del personal sanitario y esencial está la cuestión de las pruebas de detección de esta enfermedad. Realizar las pruebas es fundamental para garantizar que se aplican las prestaciones y derechos que les corresponden al clasificarse la COVID-19 como enfermedad profesional. Por ejemplo, si no se les practicaron las pruebas de detección de la COVID-19, los trabajadores y trabajadoras sanitarios y esenciales no cumplirían los requisitos para reclamar la atención médica y el tratamiento a los que tendrían derecho si la COVID-19 se reconociera como enfermedad profesional, ni tampoco podrían reclamar la indemnización y otras prestaciones conexas.

En este momento, la realización de pruebas de detección de la COVID-19 a personal sanitario y trabajadores y trabajadoras esenciales depende de las estrategias particulares de realización de pruebas que emplee cada país. Varias organizaciones de trabajadores y trabajadoras sanitarios y esenciales han pedido que se les considere colectivos prioritarios para las pruebas porque están más expuestos a contraer la COVID-19 y por la alta probabilidad que existe de que se la transmitan a otras personas mientras llevan a cabo su trabajo. Los Estados deben considerar la COVID-19 como una enfermedad profesional y, por tanto, garantizar que los trabajadores y trabajadoras sanitarios y esenciales forman parte de los colectivos prioritarios para la realización de las pruebas de esta enfermedad en sus países.

⁹¹ Organización Internacional del Trabajo, *Las normas de la OIT y la COVID-19 (coronavirus)*, 29 de mayo de 2020, https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/publication/wcms_739939.pdf

⁹² Para más información sobre los países que lo han hecho, véase https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/--emp_ent/documents/publication/wcms_741360.pdf

⁹³ Véase, por ejemplo, *Declaración del Consejo de Global Unions sobre el reconocimiento de la COVID-19 como enfermedad profesional*, 28 de abril de 2020, https://www.ituc-csi.org/IMG/pdf/cgu_statement_iwmd2020_es.pdf

⁹⁴ Para más información sobre los países que lo han hecho, véase https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/--emp_ent/documents/publication/wcms_741360.pdf

⁹⁵ Organización Mundial de la Salud, *Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health, Interim Guidance*, 18 de marzo de 2020, https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0 (traducción de AI)

⁹⁶ Organización Internacional del Trabajo, *Las normas de la OIT y la COVID-19 (coronavirus)*, 29 de mayo de 2020, https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/publication/wcms_739939.pdf

5. DERECHOS A LA LIBERTAD DE EXPRESIÓN Y DE REUNIÓN PACÍFICA

Como consecuencia de las amenazas y presiones mencionadas anteriormente en relación con la COVID-19, en varios países el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales han protestado y denunciado la situación, en particular para exigir más EPI y mejores condiciones laborales. Amnistía Internacional ha observado informes en al menos 31 países en los que el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales habían protestado públicamente por sus condiciones laborales y/o habían hecho huelga o amenazado con ir a la huelga por estos motivos. En otros contextos, han expresado su preocupación en privado ante el personal directivo y sus entidades empleadoras por problemas similares. Amnistía Internacional halló que, en algunos países, había restricciones o instrucciones del gobierno que impedían que el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales denunciaran sus motivos de preocupación. En otros, sin embargo, a pesar de que no pesaban restricciones oficiales sobre ellos, como se verá *infra*, muchos trabajaban en entornos ya cerrados o que se estaban cerrando para la disidencia o el espacio de la sociedad civil, en los que las críticas a las autoridades suelen responderse con represión, por lo que a gran parte les preocupaban las represalias si hacían públicas sus inquietudes.

Según el artículo 19 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), todas las personas — incluidos el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales— tienen derecho a “la libertad de expresión; este derecho comprende la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole”.⁹⁷ Aunque este derecho puede estar sujeto a ciertas restricciones destinadas a la protección de la seguridad nacional, la salud pública o el orden público, o a la protección de los derechos de otras personas, dichas restricciones deberán estar previstas en la ley, ser necesarias y proporcionadas para proteger un fin legítimo pertinente y específico, y no ser discriminatorias.⁹⁸ En numerosos contextos, gran parte del personal sanitario y de los trabajadores y trabajadoras esenciales son actualmente personas que defienden los derechos humanos, pues sus actos promueven y defienden los derechos de las personas a la salud y a la información. La Declaración de la ONU sobre los Defensores y Defensoras de los Derechos Humanos expone las principales salvaguardias de las que deben gozar todas las personas cuando actúan para

⁹⁷ PIDCP, artículo 19.

⁹⁸ Principios de Siracusa sobre las Disposiciones de Limitación y Derogación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, doc. ONU E/CN.4/1984/4 (1984); el párr. 29 de la Observación general n.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que las limitaciones “deberán ser proporcionales, es decir, deberán corresponder a la solución menos restrictiva de entre los tipos de limitaciones previstos” y que “su duración deberá ser limitada y estar sujeta a revisión”. Véase también, Comité de Derechos Humanos, Observación general n.º 34, doc. ONU CCPR/C/GC/34, 12 de septiembre de 2011.

defender los derechos humanos.⁹⁹ Estas salvaguardias deben aplicarse también al personal sanitario y a los trabajadores y trabajadoras esenciales cuando sea pertinente. Por otra parte, en virtud del derecho a la libertad de expresión, los Estados tienen la obligación de proteger a las personas denunciadoras de irregularidades que podrían sufrir represalias por haber denunciado actuaciones indebidas, y de establecer los mecanismos necesarios para permitir que estas personas revelen la información pertinente sin riesgos y sin temor de represalias.¹⁰⁰ Además, estos derechos son también cruciales desde la perspectiva del derecho de las personas a acceder a información, pues el personal sanitario es una fuente valiosa de información sobre la propagación y la magnitud de la pandemia de COVID-19 y las respuestas del gobierno a ella.

Sin embargo, a pesar de ello, hay numerosos informes de gobiernos y entidades empleadoras que tratan de silenciar a estas personas y reprimir a quienes se atreven a denunciar. En ciertos países, se han prohibido las protestas o se han impedido mediante la fuerza o ejerciendo otras represalias. En algunos países, los gobiernos han establecido medidas para disuadir a los trabajadores y trabajadoras de hacer públicos sus motivos de inquietud. En otros, éstos han sufrido represalias en el trabajo a manos de las entidades empleadoras por exponer sus motivos de preocupación en relación con la salud y la seguridad.

Algunos gobiernos han advertido al personal sanitario de que no hablen públicamente sobre la “política del gobierno”, lo que podría incluir decisiones sobre los EPI y la forma en que se estaba gestionando la pandemia. En **Honduras**, se ha pedido al personal sanitario de varios hospitales —especialmente al que trabaja con contratos de corta duración y precarios— que firmen acuerdos de confidencialidad que les prohíben hablar públicamente de lo que ocurre en el trabajo, incluidos motivos de preocupación sobre la salud y la seguridad en el trabajo. Una trabajadora de la salud de Honduras dijo a Amnistía Internacional: “En más de un hospital, durante la pandemia, han obligado a médicos a firmar convenios de confidencialidad. Se les ha amenazado con que, si dan datos, les despedirían”.¹⁰¹ La presidenta y el vicepresidente del Colegio Médico de Honduras dijeron a Amnistía Internacional que algunos trabajadores y trabajadoras de la salud habían sido despedidos por denunciar motivos de preocupación sobre salud y seguridad en el trabajo.¹⁰² En **Polonia**, hay informes que indican que la viceministra de Sanidad notificó a algunos epidemiólogos y hospitales que no debían hablar de la pandemia de COVID-19 a la opinión pública.¹⁰³ En **Malasia**, el Ministerio de Sanidad envió al funcionariado, que incluye al personal sanitario contratado por el gobierno, un recordatorio de las normas disciplinarias existentes sobre críticas a la política gubernamental, en especial en las redes sociales:

⁹⁹ Declaración sobre el Derecho y el Deber de los Individuos, los Grupos y las Instituciones de Promover y Proteger los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales Universalmente Reconocidos, doc. ONU A/RES/53/144, 8 de marzo de 1999, https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Defenders/Declaration/declaration_sp.pdf.

¹⁰⁰ Informe del Relator Especial sobre la promoción y protección del derecho a la libertad de opinión y de expresión, doc. ONU A/70/361, 8 de septiembre de 2015, <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2015/10191.pdf>. Según el relator especial, “una persona que denuncia irregularidades es alguien que revela datos y que, en el momento de divulgarlos, tiene la creencia razonable de que son ciertos y que constituyen una amenaza o daño a un interés público concreto, como la violación del derecho nacional o internacional, abusos de autoridad, malgasto, fraude o daño al medio ambiente, la salud o la seguridad pública”.

¹⁰¹ Amnistía Internacional tuvo acceso a una copia de una carta de un hospital dirigida a todo el personal, fechada el 3 de abril, en la que se les pedía que se presentaran en la dirección para firmar un acuerdo de confidencialidad, pero no ha visto el acuerdo. Este dato fue confirmado por entrevistas de Amnistía Internacional con la presidenta y el vicepresidente del Colegio Médico de Honduras.

¹⁰² Entrevista con la presidenta y el vicepresidente, 20 de abril de 2020.

¹⁰³ K. Nowosielska, “Ministerstwo zakazuje lekarzom mówić o problemach”, 27 de marzo de 2020, <https://www.prawo.pl/zdrowie/zakaz-publicznego-wypowiedania-sie-lekarzy-na-temat-epidemi,499036.html> Según la viceministra de Sanidad, estas opiniones pueden ser expresadas únicamente por un asesor nacional previa consulta con el Ministerio de Sanidad o la Inspección de Salud.



Póster. © Amnesty International

Traducción: ¿Te gusta hacer declaraciones públicas o comentar la política del gobierno en las redes sociales? Ten cuidado. Se te podría abrir un procedimiento disciplinario en aplicación de las normas 19.1 y 19.2, PU(A) 395/1993 [Normativa del Funcionario Público (Conducta y Disciplina) 1993].

En otros países, el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales que han hablado de sus motivos de preocupación sobre la pandemia, han hecho huelga o han protestado públicamente han sufrido las consecuencias. Quizá el caso más destacado fue el de Li Wenliang en **China**, el médico denunciante de irregularidades que murió tras contraer la enfermedad del coronavirus.

Li Wenliang era oftalmólogo y trabajaba en Wuhan, China. A finales de diciembre de 2019, alertó a sus colegas médicos de Wuhan sobre la existencia de pacientes con síntomas parecidos a los del síndrome respiratorio agudo grave (SARS), del que hubo un brote en el sur de China en 2002. Las autoridades locales lo silenciaron de inmediato por “difundir rumores”.¹⁰⁴ También recibió una “carta de amonestación” de la policía.

Li Wenliang contrajo la COVID-19 a principios de 2020, mientras trabajaba en el Hospital Central de Wuhan y murió posteriormente a causa de la enfermedad, en febrero de 2020. La Comisión Nacional de Supervisión encargó una investigación sobre el trato que había recibido Li Wenliang después de dar la voz de alarma y hablar públicamente. El equipo de investigación concluyó que la carta de amonestación había sido “inadecuada y no había respetado los procedimientos pertinentes de aplicación de la ley”, y recomendó a la policía su anulación.¹⁰⁵



PERSONAL HOSPITALARIO ACUSADO POR UNA PROTESTA PACÍFICA EN MALASIA

El 2 de junio de 2020, la policía malasia dispersó a un grupo de trabajadores y activistas que participaban en un piquete pacífico contra una empresa de servicios de limpieza hospitalaria. Las quejas de estos trabajadores y trabajadoras giraban en torno a lo que calificaban de trato injusto a los miembros del sindicato por parte de la empresa, así como a la falta de suficientes EPI para el personal de limpieza. La policía arrestó, detuvo durante una noche y presentó cargos contra cinco activistas por “reunión no autorizada”, violando sus derechos a la libertad de asociación y reunión. Amnistía Internacional pide al ministro del Interior de Malasia que retire todos los cargos contra estas personas.¹⁰⁶

¹⁰⁴ Amnistía Internacional, *China: Muerte de médico revela deficiencias en derechos humanos en la gestión del brote del coronavirus*, 7 de febrero de 2020, <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2020/02/china-doctor-death-highlights-human-rights-failings-in-coronavirus-outbreak/>

¹⁰⁵ “China releases investigation report on issues concerning Dr. Li Wenliang”, 19 de marzo de 2020, http://www.xinhuanet.com/english/2020-03/19/c_138896212.htm

¹⁰⁶ Según el sindicato, desde el inicio de la pandemia el personal de limpieza no tiene acceso a EPI adecuados para limpiar los pabellones e instalaciones dedicados a enfermos de COVID-19, y el suministro de mascarillas y guantes por parte de la empresa UEM Edgenta ha sido inadecuado. El sindicato también ha acusado a UEM Edgenta de atacar especialmente al personal de limpieza que desarrolla actividad sindical. El 3 de junio, la empresa emitió una declaración negando las acusaciones del sindicato, cuyos representantes legales, sin embargo, insisten en mantenerlas. En una carta a Amnistía Internacional Malasia del 19 de junio, UEM Edgenta volvió a negar las acusaciones, y afirmó además que habían tomado muchas medidas desde el incidente, como formar un grupo de trabajo interno para estudiar las denuncias sindicales, realizar un programa itinerante por determinados hospitales del norte de Malasia peninsular que incluyó una auditoría de los EPI y sesiones de participación con personal de servicios de apoyo sanitario, y desarrollar PrihatinLine,

En **Pakistán**, el personal sanitario protestó por sus condiciones de trabajo y la falta de EPI en abril de 2020. Ese mismo mes, la Asociación de Médicos Jóvenes anunció también una huelga de hambre.¹⁰⁷ El 6 de abril, las fuerzas de seguridad usaron fuerza excesiva contra los profesionales médicos que protestaban en Quetta, los golpearon con porras y detuvieron a 53 trabajadores de la salud durante al menos 24 horas.¹⁰⁸ En **Hong Kong**, 9.000 profesionales médicos de la Alianza de Empleados y Empleadas de la Dirección de Hospitales votó hacer una huelga como protesta porque el gobierno no había cerrado la frontera con el continente para prevenir un brote de COVID-19 en la ciudad. Posteriormente, a pesar de que en Hong Kong la ley protege el derecho a la huelga, una legisladora sugirió que los profesionales médicos que hicieran huelga deberían ser castigados, incluso impidiéndoles obtener en el futuro titulación de especialistas en diferentes áreas de la medicina.¹⁰⁹ Aunque esto nunca se materializó en una ley, transmitió un mensaje paralizante a estos profesionales para que no se organizaran ni hicieran huelga por temor a las represalias. En **India**, la policía interrogó a un médico y se incautó de su teléfono después de que hiciera “varias publicaciones en Facebook sobre el equipo de protección supuestamente deficiente suministrado por el gobierno a los médicos que atienden a pacientes afectados por el virus de la COVID-19 en los hospitales”.¹¹⁰ El Tribunal Superior de Calcuta ordenó a las autoridades que le devolvieran el teléfono móvil y que “no se vuelva a interrogar al solicitante del mandamiento judicial [el médico] sin autorización de un tribunal competente”.

“Me siento muy defraudado. El gobierno y las autoridades del gobierno local no están haciendo todo lo posible para proteger a los médicos [...] No tenemos ninguna esperanza y sólo podemos protestar. Después nos dijeron que ni siquiera podemos protestar. Nos están tapando la boca”.

Médico, Pakistán.¹¹¹

Se han recibido informes de varios países sobre despidos o imposición de medidas disciplinarias al personal sanitario y trabajadores y trabajadoras esenciales, por denunciar sus motivos de preocupación sobre salud y seguridad en el trabajo y cómo están gestionando la pandemia sus gobiernos. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos expresó su preocupación respecto al personal sanitario despedido por alzar la voz en Nicaragua.¹¹² En **Brasil**, un representante de una asociación de personal sanitario dijo a Amnistía Internacional: “La represión adopta la forma de amenazas de despido”.¹¹³ En **Rusia**, las autoridades abrieron una investigación administrativa sobre la endocrinóloga Yulia Volkova, a la que acusan de difundir “a sabiendas información falsa” sobre la COVID-19 después de que, el 25 de marzo, publicase un vídeo en Twitter en el que pedía que se facilitaran equipos de protección individual a los profesionales de la medicina. “¿A quién asusté con mi vídeo? No dice cuál es mi hospital, no se nombra al médico jefe. Sólo

canal online para que este personal comparta sus impresiones y preocupaciones con la alta dirección y el nuevo grupo de trabajo.

¹⁰⁷ “Pakistan doctors on hunger strike”, *The Hindu*, 25 de abril de 2020, <https://www.thehindu.com/news/international/pakistan-doctors-on-hunger-strike/article31434755.ece>

¹⁰⁸ S. Khan “COVID-19 in Pakistan: Why the government and doctors are at odds”, *Deutsche Welle*, 16 de abril de 2020, <https://www.dw.com/en/covid-19-in-pakistan-why-the-government-and-doctors-are-at-odds/a-53149990>

¹⁰⁹ “Ban strike doctors from specialisations: Regina Ip”, RTHK, 8 de abril de 2020, <https://news.rthk.hk/rthk/en/component/k2/1519571-20200408.htm>.

¹¹⁰ Dr. Indranil Khan v State of West Bengal and others, WP 5326 (W) de 2020, https://www.scribd.com/document/454566448/Calcutta-HC-Indranil-Khan-writ-petition-order#fullscreen&from_embed

¹¹¹ Entrevista con médico, 22 de mayo de 2020, Lahore (Pakistán).

¹¹² Pueden ver la declaración de la CIDH aquí: <https://twitter.com/cidh/status/1255149895335292928?s=21>

¹¹³ Entrevista telefónica con médico, 20 de mayo de 2020.

dije que exigimos que se nos faciliten equipos de protección modernos”, dijo Volkova a Amnistía Internacional.¹¹⁴



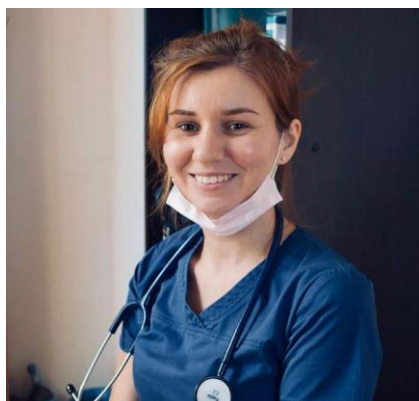
TATYANA REVA¹¹⁵

MÉDICA INTENSIVISTA SE ENFRENTA A REPRESALIAS EN RUSIA

La doctora Tatyana Revva, médica intensivista de Kalach del Don, se enfrenta a represalias y a un posible despido tras haberse quejado en reiteradas ocasiones a la dirección del hospital de la falta de EPI para el personal sanitario en el contexto de la pandemia de COVID-19, así como de otros problemas laborales.

A principios de marzo, informó de sus inquietudes al sindicato independiente Alianza Médica, y grabó un vídeo en el que explicaba los problemas del personal de su hospital. Posteriormente, su carta al sindicato y su vídeo se hicieron públicos. Tatyana dijo a Amnistía Internacional que, como consecuencia, en el plazo de un mes recibió dos amonestaciones formales y un apercibimiento por escrito de la dirección del hospital, y que en seis ocasiones tuvo que dar explicaciones por escrito sobre presuntas irregularidades cometidas en el ejercicio de su labor profesional.

El proceso disciplinario en curso contra Tatyana Revva se inició por haber quebrantado presuntamente la confidencialidad de la información médica de un paciente. El paciente en cuestión era su padre, que había sido admitido en la unidad de urgencias del hospital por un posible ataque cardíaco. Tatyana visitó a su padre en urgencias y recibió una amonestación por ello, en la que se alegaba que debería haber completado el registro del paciente, a pesar de que ella no era la médica de guardia ni era su especialidad. Tatyana Revva mencionó este incidente en una carta al sindicato y en una entrevista periodística, pero no reveló los datos personales de su padre ni su diagnóstico y, por tanto, no violó el derecho del paciente a la confidencialidad. Sin embargo, esto se ha convertido en la base del procedimiento disciplinario contra ella que podría dar lugar a su despido, procedimiento que parece tener como fin castigarla por haber expresado su preocupación por la falta de EPI.



La doctora Tatyana Revva en el hospital del distrito central de Kalach del Don, en la región de Volgogrado (Rusia), abril de 2020.
© Particular

En **Egipto**, Amnistía Internacional ha documentado cómo las autoridades egipcias utilizan los cargos imprecisos y excesivamente amplios de "difusión de noticias falsas" y "terrorismo" para detener y recluir arbitrariamente a personal sanitario que alza su voz, y cómo someten a estas personas a hostigamiento, amenazas y medidas administrativas punitivas.¹¹⁶ Entre los problemas denunciados por el personal sanitario figuran condiciones laborales inseguras, escasez de EPI, formación insuficiente en medidas de control de la infección, pruebas limitadas para el personal sanitario y falta de acceso a asistencia médica vital. Amnistía Internacional documentó los casos de nueve trabajadores y trabajadoras de la salud —siete profesionales

¹¹⁴ Véase *Amnesty International demands termination of fake news case against doctor Yulia Volkova*, 8 de mayo de 2020, <https://eurasia.amnesty.org/2020/05/08/amnesty-international-trebuat-prekrashheniya-dela-o-fake-news-v-otnoshenii-vracha-yulii-volkovoj/>.

¹¹⁵ Amnistía Internacional, *Federación Rusa: Temor a represalias contra una médica que denunció irregularidades: Tatyana Revva*, Índice: EUR 46/2301/2020.

¹¹⁶ Amnistía Internacional, *Egipto: Profesionales de la salud ante una disyuntiva imposible, obligados a elegir entre "muerte o prisión"*, 18 de junio de 2020, <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2020/06/egypt-health-care-workers-forced-to-make-impossible-choice-between-death-or-jail/>.

médicos y dos farmacéuticos— detenidos arbitrariamente de marzo a junio por la Agencia de Seguridad Nacional por expresar sus motivos de preocupación relacionados con la salud, entre ellos comentarios publicados en redes sociales. Amnistía Internacional habló también con siete profesionales médicos que presenciaron amenazas contra la seguridad y administrativas contra colegas suyos por exponer problemas similares. El 27 de junio, las fuerzas de seguridad egipcias prohibieron a los miembros del Sindicato Médico organizar una rueda de prensa para responder al primer ministro, quien, públicamente, había responsabilizado a los profesionales médicos del incremento de la tasa de mortalidad por COVID-19 en el país. Según un miembro de esta organización, presente durante el incidente, las fuerzas de seguridad rodearon el sindicato para obligar a los organizadores a posponer la cita con la prensa.¹¹⁷ Según el Sindicato Médico, dos profesionales fueron detenidos por haber criticado las declaraciones del primer ministro o promover el acto en redes sociales. Una fuente del Sindicato Médico confirmó que el personal médico está siendo objeto de amenazas e interrogatorios de la Agencia de Seguridad Nacional, interrogatorios administrativos y sanciones. Dijo: “Estamos recibiendo múltiples denuncias en ese sentido, mientras que otros muchos prefieren pagar de su bolsillo el equipo de protección individual para evitar este agotador tira y afloja. Están obligando al personal médico a elegir entre la muerte y la cárcel”.¹¹⁸

Aunque en **Estados Unidos** el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales pueden protestar por problemas relacionados con la COVID-19, varios informes indican que hubo entidades empleadoras que impidieron que su personal sanitario alzara la voz mediante una serie de represalias, como hostigamiento, procedimientos disciplinarios y despidos improcedentes. La Asociación Estadounidense de Enfermería —que representa los intereses de cuatro millones de profesionales de la enfermería titulados en Estados Unidos— emitió una declaración en la que dijo estar “preocupada por los informes de entidades empleadoras que han tomado represalias contra personal de enfermería y otro personal sanitario por exponer preocupaciones legítimas sobre su seguridad personal mientras atiende a pacientes con COVID-19. Los informes de intimidación, despidos, ostracismo, etc., son inaceptables”.¹¹⁹



TAINIKA SOMERVILLE¹²⁰

AUXILIAR EN UNA RESIDENCIA DE ESTADOS UNIDOS

El 2 de abril, Tainika Somerville fue despedida de su empleo como auxiliar de enfermería en el Bridgeview Healthcare Centre de Cook County, Illinois, después de que, dos días antes, hubiera filmado un vídeo en directo en Facebook en el que leía una petición suya y de otros miembros del personal del centro sobre la falta de EPI en la residencia.



¹¹⁷ Entrevista telefónica con trabajador de la salud, Egipto, 29 de junio de 2020.

¹¹⁸ Entrevista telefónica con trabajador de la salud, Egipto, 10 de junio de 2020.

¹¹⁹ “ANA Disturbed by Reports of Retaliation Against Nurses for Raising Concerns About COVID-19 Safety”, 9 de abril de 2020, <https://www.nursingworld.org/news/news-releases/2020/ana-disturbed-by-reports-of-retaliation-against-nurses-for-raising-concerns-about-covid-19-safety/>

¹²⁰ Amnistía Internacional, *El costo de curar: Los derechos de las personas trabajadoras de la salud en las Américas durante la COVID-19 y más allá*, Índice: AMR 01/2311/2020.

Tainika Somerville es auxiliar de enfermería desde hace más de 20 años y trabajaba en una residencia privada de personas mayores alimentando, bañando, tomando las constantes vitales y proporcionando apoyo emocional a las personas más ancianas del centro. Somerville dijo a Amnistía Internacional que estaba indignada por la forma en que la empresa había ocultado la presencia de la COVID-19 en la residencia. “La manera en que descubrimos [la existencia de casos de COVID-19 en nuestra residencia] [...] fue como una bofetada. Durante todo el tiempo nos decían que no estaba en el edificio, pero era mentira. Al final, lo descubrimos por un artículo de periódico”.

Tainika Somerville contó a Amnistía Internacional que la habían acusado en una carta de insultar y negarse a seguir instrucciones. Cree que fue despedida por haber denunciado la falta de EPI y las condiciones laborales en su lugar de trabajo. Amnistía Internacional envió una carta a Dynamic Health Care Consultants, Inc, la empresa matriz de la entidad empleadora de Somerville, pidiendo más información, pero no ha recibido respuesta. Tainika dijo a Amnistía Internacional que, ahora mismo, lo único que quiere es recuperar su empleo.

Tainika Somerville, auxiliar de enfermería de Illinois, Estados Unidos. © *Particular*

6. ESTIGMA Y VIOLENCIA

En muchos países se ha producido una oleada sin precedentes de apoyo y solidaridad hacia el personal sanitario, que ha recibido muestras públicas de gratitud y homenajes, al igual que los trabajadores y trabajadoras esenciales. Lamentablemente, en algunos países, ambos colectivos han experimentado estigma y violencia debido a las tareas que desempeñan en el contexto de la pandemia de COVID-19. Los Estados deben garantizar que el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales no son objeto de estigmatización ni de violencia, condenar dicha estigmatización y, en su caso, investigar y enjuiciar los incidentes de violencia que se cometan contra ellos. Todas las entidades empleadoras, incluidas las del sector privado, deben tomar todas las medidas necesarias para proteger a su personal del estigma y la violencia ligados a su puesto de trabajo, incluidas las que se exponen con detalle *infra*.

Varios tratados internacionales de derechos humanos garantizan el derecho a la igualdad y a no sufrir discriminación.¹²¹ Garantizar el derecho a no sufrir discriminación es una obligación inmediata y transversal y se aplica al ejercicio de todos y cada uno de los derechos humanos que reconoce el derecho internacional. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha afirmado que los Estados Partes deben “adoptar de forma inmediata las medidas necesarias para prevenir, reducir y eliminar las condiciones y actitudes que generan o perpetúan la discriminación sustantiva o *de facto*” por cualquiera de los motivos prohibidos.¹²² El Comité ha declarado, además, que los Estados Partes deben “aprobar medidas, incluidas leyes, para velar por que los individuos y entidades no apliquen los motivos prohibidos de discriminación en la esfera privada”.¹²³

El estigma ha hecho que el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales tengan más dificultades para acceder a servicios esenciales como el transporte y la vivienda o experimenten actitudes negativas por parte de la población. Rose [nombre supuesto], enfermera de uno de los mayores hospitales públicos de Manila, **Filipinas**, dijo a Amnistía Internacional:

“Yo he experimentado personalmente discriminación, cuando aún se permitía la circulación de autobuses. Como es natural, llevaba mi uniforme y es evidente que soy una trabajadora sanitaria. Muchas veces los autobuses no se detenían al verme. Si consigo subir a un autobús, el resto de los pasajeros me evita. A veces pienso en ir a trabajar sin el uniforme; no me importa si me castigan”.¹²⁴

¹²¹ Algunos de estos tratados son el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre los Derechos del Niño, y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

¹²² CESCR, Observación general n.º 20: La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, doc. ONU E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009, párr. 8.b.

¹²³ CESCR, Observación general n.º 20: La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, doc. ONU E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009, párr. 11.

¹²⁴ Entrevista con trabajadora de la salud, 27 de mayo de 2020.

Igualmente, una médica de **Nigeria** dijo a Amnistía Internacional que le habían impedido entrar en un supermercado porque llevaba el uniforme médico.¹²⁵

También han llegado informes de personal sanitario al que se niega el acceso a servicios esenciales, como la vivienda, porque hay gente que tiene miedo de que se hayan contagiado de COVID-19 y propaguen la infección. En al menos diez países¹²⁶ se han recibido informes de trabajadores y trabajadoras de la salud que han sido desalojados de su vivienda o han sufrido intentos de desalojo, han tenido dificultades para encontrar un lugar donde vivir o han sido estigmatizados en el lugar donde residen.

“En los últimos tres meses hay un sensible aumento del número de agresiones contra personal médico. El estrés, la ansiedad y el pánico entre la población en relación con la COVID-19 podrían ser factores significativos. Si hay escasez de respiradores, la culpa es del personal médico. Si existe la posibilidad de que un paciente tenga la COVID-19, la culpa es del personal médico. Las familias suelen atribuir cualquier error y escasez producto de la actuación del Ministerio de Salud directamente al personal médico, al que atacan física y verbalmente”.

Médica, Sudán.¹²⁷

Además, una tendencia muy preocupante durante la pandemia de COVID-19 es el aparente aumento del número de agresiones contra personal sanitario y trabajadores y trabajadoras esenciales, que son agredidos o víctimas de otros actos de violencia cuando se dirigen al trabajo, en sus lugares de trabajo y también en sus casas. En mayo de 2020, 13 organizaciones médicas y humanitarias que representaban a más de 30 millones de profesionales de la salud emitieron una declaración en la que condenaban el aumento de los incidentes de agresión contra personal sanitario. En la declaración indicaban que había habido “más de 200 incidentes de agresiones relacionadas con la COVID-19 [contra personal sanitario], tendencia que pone en peligro a estas personas, que realizan una labor vital al intervenir en primera línea, y a las comunidades a las que atienden”.¹²⁸ Los medios de comunicación locales e internacionales han cubierto ampliamente la violencia de que son objeto estos trabajadores y trabajadoras, y se ha informado de incidentes en un amplio abanico de países.¹²⁹

Por ejemplo, se han denunciado agresiones contra personal sanitario en **México**, como el caso de una enfermera a quien, según informes, arrojaron lejía cuando caminaba por la calle.¹³⁰ A fecha 28 de abril, la

¹²⁵ Entrevista telefónica con médica, 13 de mayo de 2020.

¹²⁶ Entre ellos Argentina, Chile, El Salvador, Etiopía, Honduras, India, Indonesia, Italia y Nepal.

¹²⁷ Entrevista por Whatsapp con médica, estado de Jartum, Sudán, 26 de mayo de 2020.

¹²⁸ Declaración de la comunidad de interés de “Asistencia de Salud en Peligro” Acerca de la Actual Situación de Violencia contra la Asistencia de Salud, <https://healthcareindanger.org/es/resource-centre-3/declaracion-de-la-comunidad-de-interes-de-asistencia-de-salud-en-peligro-acerca-de-la-actual-situacion-de-violencia-contra-la-asistencia-de-salud/>

¹²⁹ D. McKay *et al.*, “Attacks against health-care personnel must stop, especially as the world fights COVID-19”, 395 *The Lancet*, p. 1743, 2020 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31191-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31191-0/fulltext); “Health workers become unexpected targets during Covid-19”, *The Economist*, 11 de mayo de 2020, <https://www.economist.com/international/2020/05/11/health-workers-become-unexpected-targets-during-covid-19>

¹³⁰ K. Semple, “‘Afraid to Be a Nurse’: Health Workers Under Attack”, *New York Times*, 27 de abril de 2020, <https://www.nytimes.com/2020/04/27/world/americas/coronavirus-health-workers-attacked.html>.

Secretaría de Gobernación de México había documentado al menos 47 casos de agresiones contra personal sanitario en 22 estados del país, el 70% de ellas contra mujeres.¹³¹ El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) informó de que, entre el 19 de marzo y el 8 de mayo, había recibido 265 quejas sobre discriminación a personal sanitario debido a la COVID-19, 17 de ellas de personal médico, ocho de personal de enfermería y 31 de personal administrativo o de apoyo.¹³² En **Filipinas**, un trabajador de un hospital fue agredido en la calle y sus agresores le arrojaron lejía en la cara.¹³³ En la ciudad **India** de Indore, un grupo de personas lanzó piedras a personal sanitario que se había desplazado a sus localidades para hacer pruebas de COVID-19.¹³⁴ Según informes, en **Rusia**, una multitud atacó a unos trabajadores de ambulancia exigiendo que dijeran “dónde estaban las personas infectadas”.¹³⁵ En **Francia**, se ha informado de incidentes de robos y allanamientos de viviendas de personal sanitario en los que era frecuente el robo de EPI.¹³⁶ Amnistía Internacional también ha registrado varios casos de violencia contra personal sanitario en diversos lugares de **Pakistán** desde abril, con destrozos en hospitales, muchos médicos agredidos e incluso uno abatido a disparos por un miembro de la Fuerza Antiterrorista. La Asociación de Profesionales Médicos Jóvenes afirma que el personal sanitario es agredido un día sí y otro también, y que el número exacto de agresiones “es incontable”.¹³⁷

Amnistía Internacional ha recibido noticias e informes preocupantes sobre la violencia que han experimentado el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales en el curso de la redacción de este informe. Un representante de una asociación de personal sanitario de **Brasil** dijo a la organización que conocía casos recientes en los que familiares de personas que acudían a un hospital para recibir tratamiento habían agredido a personal sanitario dentro de los centros.¹³⁸ En **Sudán**, el Comité Central de Médicos de Sudán informó de que había registrado 28 ataques contra personal sanitario en el país entre marzo y mayo de 2020. Un médico dijo a Amnistía Internacional: “Fui testigo de un incidente [...] durante las medidas para la COVID-19. El personal del hospital ordenó al acompañante del paciente que no entrase en el hospital debido al virus. El acompañante, miembro de las fuerzas de seguridad, atacó al médico y lo hirió”.¹³⁹

Sea cual sea la razón o la motivación de estos ataques, no debe tolerarse la violencia contra personal sanitario y trabajadores y trabajadoras esenciales. Garantizar que estas personas pueden hacer su trabajo sin riesgos es esencial, no sólo para su seguridad, sino para la de todas las personas a las que cuidan.

En ciertos países, las fuerzas de seguridad y funcionarios encargados de hacer cumplir la ley han sido responsables de ataques contra personal sanitario y trabajadores y trabajadoras esenciales. Por ejemplo, en **Nigeria**, el presidente decretó que el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales estaban exentos de cumplir el confinamiento y el toque de queda imperantes. Sin embargo, estas personas siguen sufriendo restricciones a la libertad de circulación, hostigamiento e intimidación por parte de agentes de

¹³¹ Secretaría de Gobernación, “Observaciones sobre violaciones a derechos humanos durante la contingencia sanitaria por COVID-19”, 28 de abril de 2020, consultado el 12 de mayo de 2020 en: <https://www.gob.mx/segob/documentos/observaciones-sobre-violaciones-a-derechos-humanos-durante-la-contingencia-sanitaria-por-covid-19>

¹³² J Xantomitola, “Trabajadores de la salud, el tercer grupo que más quejas presenta ante el Conapred”, consultado en: <https://www.jornada.com.mx/2020/05/11/politica/005n2pol>

¹³³ K. Semple, “‘Afraid to Be a Nurse’: Health Workers Under Attack”, *New York Times*, 27 de abril de 2020, <https://www.nytimes.com/2020/04/27/world/americas/coronavirus-health-workers-attacked.html>.

¹³⁴ “Covid-19: Health workers attacked in cities, 7 held in Indore for pelting stones” *Hindustan Times*, 3 de abril de 2020, <https://www.hindustantimes.com/india-news/covid-19-health-workers-attacked-in-cities-7-held-in-indore-for-pelting-stones/story-ZIbAlxXRhH7aFQyLZb8wmN.html>.

¹³⁵ “В Костроме напали на бригаду врачей из-за анализов на коронавирус”, *K1News*, 16 de abril de 2020, <https://k1news.ru/news/koronavirus/v-kostrome-napali-na-brigadu-vrachey-iz-za-analizov-na-koronavirus/>. Véase también “Россияне избили приехавшего взять анализ на коронавирус медика и попали на видео”, *Lenta*, 18 de abril de 2020, <https://lenta.ru/news/2020/04/18/skoraya/>.

¹³⁶ R. Noel *et al.*, “Coronavirus: masques volés, soignant agressé, quand la pénurie renforce les incivilités”, *France Bleu*, 22 de marzo de 2020, <https://www.francebleu.fr/infos/faits-divers-justice/coronavirus-masques-voles-soignants-agresses-quand-la-penurie-renforce-les-incivilites-1584893642>

¹³⁷ Para más información, véase Amnistía Internacional, *Open Letter: Protection of health workers in Pakistan*, TGA ASA 33.2020.005, 1 de julio de 2020, <https://www.amnesty.org/download/Documents/ASA3326332020ENGLISH.pdf>

¹³⁸ Entrevista telefónica con médico, 20 de mayo de 2020.

¹³⁹ Entrevista por Whatsapp con médica, estado de Jartum, Sudán, 27 de mayo de 2020.

seguridad.¹⁴⁰ El 20 de mayo de 2020, la sección del estado de Lagos de la Asociación Médica Nigeriana recomendó a sus miembros que se quedaran en casa tras el hostigamiento de que era objeto el personal sanitario en Lagos por parte de agentes de seguridad. En abril, médicos del Centro Médico Federal de Asaba, estado de Delta, hicieron una huelga para protestar por el hostigamiento del personal sanitario por parte de agentes de seguridad.¹⁴¹ Una trabajadora de la salud de Nigeria dijo a Amnistía Internacional: “Soy una de las personas que trabajan en primera línea en uno de los centros de aislamiento de la COVID-19 [...] Sobre la cuestión de la seguridad, estamos muy decepcionados porque en todo el país las personas miembros de nuestro colectivo sufren mucho hostigamiento por parte de agentes de seguridad a pesar de mostrar sus tarjetas de identidad, a veces incluso cuando llevan el uniforme. Se les impide circular, se las avergüenza y se las agrede”.¹⁴² En **Nepal**, hubo dos incidentes en los que la policía recurrió al uso excesivo de la fuerza contra personal sanitario, supuestamente por “violación del confinamiento”. La policía ofreció disculpas y dijo que se habían tomado medidas disciplinarias contra los agentes responsables.¹⁴³

“La OMS pide a los gobiernos, entidades empleadoras y organizaciones de trabajadores y trabajadoras que instituyan medidas de tolerancia cero a la violencia contra el personal sanitario en el centro de trabajo y cuando se dirige a este o regresa a su domicilio, e intensifiquen el apoyo social y el respeto al personal sanitario y a sus familias”.

Declaración de la OMS¹⁴⁴

Los gobiernos de algunos de los países donde se están perpetrando estos ataques están tomando medidas para responder a ellos. En algunos casos en los que se ha atacado a personal sanitario, las autoridades han detenido a los responsables; por otro lado, los gobiernos de algunos países han emitido declaraciones oficiales aclarando el papel del personal sanitario y dejando claro que no debía tolerarse y no se iba a tolerar la violencia contra estas personas. En **México**, por ejemplo, el gobierno hizo declaraciones públicas de apoyo al personal sanitario y a los trabajadores y trabajadoras esenciales, y tomó medidas para aumentar su seguridad.¹⁴⁵ En algunos países —como **Italia**,¹⁴⁶ **Filipinas** y **Argentina**—¹⁴⁷ se ha propuesto e incluso

¹⁴⁰ “Curfew: Lagos NMA Directs Doctors, Health Workers To Stay At Home From 6pm Today”, Channels Television, 20 de mayo de 2020, <https://www.channelstv.com/2020/05/20/curfew-lagos-nma-directs-doctors-health-workers-to-stay-at-home-from-6pm-today/>.

¹⁴¹ “Lockdown: Doctors in Delta embark on indefinite strike over police brutality”, MSN News, 10 de abril de 2020, <https://www.msn.com/en-za/news/other/lockdown-doctors-in-delta-embark-on-indefinite-strike-over-police-brutality/ar-BB12qXpA>.

¹⁴² Entrevista telefónica con enfermera, Nigeria, 29 de mayo de 2020.

¹⁴³ “Police Take Action Against DSP Lamsal For ‘Beating’ Doctors”, *Rising Nepal*, 16 de abril de 2020, <https://risingnepaldaily.com/mustread/police-take-action-against-dsp-lamsal-for-beating-doctors>

¹⁴⁴ OMS, “WHO calls for healthy, safe and decent working conditions for all health workers, amidst COVID-19 pandemic”, 28 de abril de 2020, <https://www.who.int/news-room/detail/28-04-2020-who-calls-for-healthy-safe-and-decent-working-conditions-for-all-health-workers-amidst-covid-19-pandemic> (traducción de AI).

¹⁴⁵ Gobierno de México (20 de abril de 2020). “Jefa de enfermería del IMSS llama a cesar agresiones contra el personal de salud”. Consultado el 12 de mayo de 2020 en: <https://www.gob.mx/imss/prensa/jefa-de-enfermeria-del-imss-llama-a-cesar-agresiones-contra-el-personal-de-salud?idiom=es>.

¹⁴⁶ Legislatura 18.ª, Proyecto de ley 867-B, disponible aquí: [http://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/18/DDLPRES/0/1152754/index.html?part=ddlpres_ddlpres1-articolato_articolato1; S. di Santo, “Ok della Camera al disegno di legge contro le aggressioni”, *Nurse24*, 21 de mayo de 2020, <https://www.nurse24.it/infermiere/leggi-normative/ddl-contro-aggressioni-sanitari-ok-camera.html>.](http://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/18/DDLPRES/0/1152754/index.html?part=ddlpres_ddlpres1-articolato_articolato1;S.di.Santo,“OkdellaCameraaldisegno dileggecontro leaggressioni”, Nurse24, 21 de mayo de 2020, https://www.nurse24.it/infermiere/leggi-normative/ddl-contro-aggressioni-sanitari-ok-camera.html)

¹⁴⁷ En Argentina, fue una ley local aprobada por la legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, no una ley nacional. Más detalles: <https://www.telam.com.ar/notas/202005/469413-legislatura-portena-multas-discriminar-personal-salud.html>.

aprobado legislación que prevé penas por hostigar o discriminar a personal sanitario y/o trabajadores y trabajadoras esenciales.

Hay varias medidas que la dirección de los centros sanitarios y los gobiernos deben tomar para proteger mejor al personal sanitario de los actos de violencia. Por ejemplo, el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) ha elaborado una lista de verificación para servicios de atención sanitaria que contiene recomendaciones clave para responder a la violencia contra personal sanitario durante la respuesta a la COVID-19. Esta lista incluye orientación específica sobre cómo apoyar al personal sanitario con exposición elevada al estrés y a la violencia, cómo evaluar los riesgos e implementar medidas de preparación, cómo promover los derechos y responsabilidades del personal, la importancia de la comunicación con el público, garantizar la coordinación con las fuerzas de seguridad, y la necesidad de documentar los actos de violencia contra personal sanitario.¹⁴⁸ Garantizar que las personas cuentan con información creíble y basada en datos sobre la pandemia es clave para abordar el estigma que afrontan el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales. Los profesionales y las asociaciones profesionales han formulado recomendaciones adicionales, como proporcionar transporte exclusivo al personal sanitario para reducir el riesgo de sufrir violencia y estigmatización al dirigirse al trabajo y regresar a su domicilio,¹⁴⁹ garantizar EPI adecuados para disminuir los temores de que el personal sanitario propague la COVID-19,¹⁵⁰ y garantizar la rendición de cuentas por los actos de violencia contra personal sanitario.¹⁵¹

¹⁴⁸ CICR, *COVID-19 and Violence Against Health Care, Safer COVID-19 Response: Checklist for Health-Care Services*, https://healthcareindanger.org/wp-content/uploads/2020/05/4469_002_Safer_COVID-19_Response-Checklist_for_Health-care_Services-Lr_1.pdf.

¹⁴⁹ P. Forgione, “New patterns of violence against healthcare in the covid-19 pandemic”, 15 de mayo de 2020, The BMJ Opinion, <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/05/15/new-patterns-of-violence-against-healthcare-in-the-covid-19-pandemic/>.

¹⁵⁰ P. Forgione, “New patterns of violence against healthcare in the covid-19 pandemic”, 15 de mayo de 2020, The BMJ Opinion, <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/05/15/new-patterns-of-violence-against-healthcare-in-the-covid-19-pandemic/>.

¹⁵¹ D. McKay *et al.*, “Attacks against health-care personnel must stop, especially as the world fights COVID-19”, 395 *The Lancet*, p. 1743, 2020 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31191-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31191-0/fulltext).

7. PROBLEMAS ESTRUCTURALES GENERALES

Varios retos que afrontan actualmente el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales — muchos de los cuales se han detallado en este informe— son síntomas de problemas estructurales más generales de los sistemas sanitarios y de asistencia social que han quedado de manifiesto como consecuencia de la pandemia. Aunque el presente informe no puede explorar adecuadamente todos estos problemas subyacentes, este capítulo pone de relieve cuatro cuestiones principales que aparecieron una y otra vez durante la investigación para el informe.



Miembros del Sindicato Nacional de Personal de Servicios de Apoyo a Hospitales y Otros Servicios Afines (NUWHSAS) tras su puesta en libertad después de una noche de detención. Lugar: Ipoh, Perak, 3 de junio de 2020.

© Particular

INFRAINVERSIÓN HISTÓRICA, INSTITUCIONES PÚBLICAS RUINOSAS Y BAJA PRIORIDAD DE LOS SISTEMAS SANITARIOS Y DE ASISTENCIA SOCIAL

En muchas partes del mundo, hay una infrainversión significativa en los sistemas sanitarios y de asistencia social, a los que se da poca prioridad, debido a lo cual estos sistemas fueron más vulnerables cuando se produjo un evento inesperado como la pandemia de COVID-19. Esto se manifestó de diferentes formas en cada contexto, como infraestructuras deficientes, equipos insuficientes y falta de personal. Según un estudio del *British Medical Journal* que investigó las tendencias de la financiación de la sanidad en el mundo, “los costos anuales de un ‘paquete esencial’ de 218 intervenciones para alcanzar la cobertura sanitaria universal serían de 100 dólares estadounidenses (78 libras esterlinas; 90 euros) por cabeza, mientras que un paquete más básico de 108 ‘intervenciones de máxima prioridad’ costaría 50 dólares por cabeza”. Basándose en datos de 2016 (los últimos disponibles en ese momento), 24 de 49 “países de ingresos medianos bajos” no podían cubrir ninguno de los dos paquetes mencionados y ningún “país de bajos ingresos” podía hacerlo. En última instancia, el estudio concluyó que “aumentan los niveles absolutos de gasto en sanidad, pero en muchos países siguen siendo demasiado bajos para financiar la cobertura sanitaria universal, y la salud sigue sin recibir suficiente prioridad por parte de los gobiernos”.¹⁵²

Por esta razón, los servicios de salud de algunos países tenían carencias estructurales que hicieron que el personal sanitario fuera más vulnerable durante la pandemia y pusieron en mayor riesgo su salud y su bienestar. Por ejemplo, un enfermero de **Paraguay** dijo a Amnistía Internacional: “Estuvimos como 15 días con problemas de agua y no abastecía el tanque de agua. La infraestructura del hospital simplemente no funciona adecuadamente”.¹⁵³ Igualmente, en **Nigeria**, una enfermera contó a Amnistía Internacional: “En el hospital estatal donde trabajo, no hay agua corriente para que el personal sanitario se lave las manos. El personal médico y de enfermería tiene que traer agua en un cuenco, lo que no es higiénico”.¹⁵⁴ En **Venezuela**, una encuesta reciente a profesionales de la medicina sobre la capacidad del sistema de salud para hacer frente a la COVID-19 mostró que, entre el 27 de febrero y el 1 de marzo, el 31,8% del personal hospitalario dijo que no tenía acceso a agua potable y el 64,2% afirmó tener un acceso intermitente. El 16 de mayo, otra encuesta nacional sobre el impacto de la COVID-19 mostró la escasez de guantes en el 57,14% del sector sanitario, de mascarillas en el 61,9%, de jabón en el 76,19% y de alcohol desinfectante en el 90,48%.¹⁵⁵

En otros países, la infrainversión en el sector de la sanidad pública fue consecuencia de políticas gubernamentales concretas, como las medidas de austeridad, que causaron reducciones significativas en los gastos en sanidad pública y afectaron al acceso de la población a la atención para la salud.¹⁵⁶ Por ejemplo, las medidas de austeridad erosionaron la accesibilidad y asequibilidad de la atención sanitaria en **Grecia**, donde muchas personas tienen dificultades para costearse la atención médica y acceder al sistema público de salud cuando lo necesitan y donde ha aumentado también la carga del personal sanitario.¹⁵⁷ Un trabajador de la salud en Grecia dijo a Amnistía Internacional: “Durante la crisis financiera, cuando hubo recortes en el sector sanitario, esto hizo que la mayoría de los hospitales funcionaran con la mitad del personal necesario y [...] es casi imposible afrontarlo [...] no estamos protegidos en absoluto en lo que se refiere a la prestación de atención sanitaria y la seguridad del personal. [En nuestro hospital] trabajamos con la mitad del personal necesario y si aumentan los casos [de COVID-19], va a ser imposible”.¹⁵⁸ Igualmente, un trabajador de la salud en **España** dijo: “Tenemos personal insuficiente, muy por debajo de lo que se

¹⁵² M. Schäferhoff *et al.*, “Trends in global health financing”, *BMJ* 2019; 365: l2185, <https://www.bmj.com/content/365/bmj.l2185>.

¹⁵³ Entrevista telefónica con médico, 29 de mayo de 2020.

¹⁵⁴ Entrevista telefónica con enfermera, 27 de mayo de 2020.

¹⁵⁵ Human Rights Watch, *Venezuela necesita ayuda humanitaria urgente para combatir la Covid-19*, <https://www.hrw.org/es/news/2020/05/26/venezuela-necesita-ayuda-humanitaria-urgente-para-combatir-la-covid-19>; véase también <https://sfo2.digitaloceanspaces.com/estaticos/var/www/html/wp-content/uploads/2020/03/ENCUESTA-MUV-COVID-19.pdf>

¹⁵⁶ Véase Amnistía Internacional, *Resuscitation Required: The Greek Health System after a decade of austerity*, Índice: EUR 25/2176/2020); Amnistía Internacional, *La receta equivocada: El impacto de las medidas de austeridad en el derecho a la salud en España*, Índice: EUR 41/8136/2018.

¹⁵⁷ Amnistía Internacional, *Resuscitation Required: The Greek Health System after a decade of austerity*, Índice: EUR 41/8136/2018.

¹⁵⁸ Entrevista telefónica con trabajador de la salud, Grecia, 1 de abril de 2020.

espera de un país como España, medios insuficientes y un presupuesto menguante. Éste es el contexto en el que aparece la pandemia”.¹⁵⁹

En palabras del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: “Los sistemas sanitarios y los programas sociales han quedado debilitados tras decenios de inversión insuficiente en los servicios de salud pública y otros programas sociales, una tendencia que aceleró la crisis financiera mundial de 2007-2008. Por consiguiente, no están debidamente dotados para responder con eficacia y rapidez a la intensidad de la actual pandemia”.¹⁶⁰ Es crucial que los planes de recuperación de la pandemia de COVID-19 no se basen de nuevo en medidas de austeridad aplicadas sin las salvaguardias necesarias ni la debida consideración a los derechos humanos.

Además, en muchos contextos, el sector sanitario privado tiene un papel cada vez mayor en la asistencia médica. Según el relator especial de la ONU sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, la privatización generalizada de bienes públicos en muchas sociedades ha eliminado sistemáticamente las protecciones de los derechos humanos y marginado aún más a quienes viven en la pobreza.¹⁶¹ Los Estados deben actuar con arreglo a sus obligaciones en materia de derechos humanos al diseñar cualquier colaboración con el sector privado, lo que incluye establecer un marco regulatorio que garantice que la atención sanitaria es accesible y asequible para toda la población, tener en cuenta las necesidades de los grupos marginados, y establecer normas para los agentes públicos y privados implicados en la privatización para garantizar que se recaban y publican los datos sobre el impacto en los derechos humanos.¹⁶²

PREPARACIÓN INSUFICIENTE PARA LA PANDEMIA

Diversas personas —entre ellas varios trabajadores y trabajadoras de la salud— también han expresado preocupación porque algunos países no estaban suficientemente preparados para la aparición de la pandemia. Por ejemplo, en una entrevista con Amnistía Internacional, una médica de **Sudán** dijo que pensaba que el personal sanitario no estaba adecuadamente formado en prevención y control de infecciones antes de la pandemia, lo que, en su opinión, iba a afectar a su capacidad para protegerse durante ésta, además de causar otros problemas. “Hay pocos cursos de prevención y control de infecciones organizados por el Ministerio de Sanidad y para un número limitado de personal sanitario [...] Además, la mayoría de los hospitales sufre una escasez grave de personal médico”, dijo.¹⁶³ “¿Por qué terminamos trabajando por las noches con pacientes con COVID-19 en hospitales de triaje? ¿Por qué no nos ha facilitado el gobierno formación adecuada en más de tres meses desde el inicio de la pandemia en Egipto?”, dijo otro médico en Egipto.¹⁶⁴

Amnistía Internacional habló con una médica en **Argentina** que trabajaba en un centro hospitalario en el que aún no había habido ningún caso de COVID-19. Cuando se hizo la entrevista, había 47 casos confirmados en la provincia donde está este hospital. Aunque pensaba que el personal estaba adecuadamente formado para responder a la crisis de COVID-19, le preocupaba el hecho de que no tuvieran suficientes EPI. Dijo a Amnistía Internacional que la mayoría del personal médico había comprado su propio EPI por miedo a infectarse. En las primeras semanas, las autoridades les habían dado “retazos de tela para hacer sus propios barbijos”.¹⁶⁵ En la encuesta de Internacional de Servicios Públicos (ISP)

¹⁵⁹ Entrevista con trabajador de la salud, Madrid, 14 de abril de 2020.

¹⁶⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Declaración sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y los derechos económicos, sociales y culturales*, E/C.12/2020/1, 17 de abril de 2020, <https://undocs.org/es/E/C.12/2020/1>

¹⁶¹ Informe del relator especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, A/73/396, 26 de septiembre de 2018, <https://undocs.org/es/A/73/396>.

¹⁶² Informe del relator especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, A/73/396, 26 de septiembre de 2018, <https://undocs.org/es/A/73/396>.

¹⁶³ Entrevista por Whatsapp con médica, estado de Jartum, Sudán, 27 de mayo de 2020.

¹⁶⁴ Entrevista telefónica con trabajador de la salud, Egipto, 9 de junio de 2020.

¹⁶⁵ Entrevista con médica, provincia de Tucumán, Argentina, 22 de mayo de 2020. Posteriormente, ha habido inquietudes más generales sobre la escasez de EPI en Argentina. Véase “Coronavirus: ‘Si nos contagiamos, ¿quién cuidará a los pacientes?’, el reclamo de los médicos por la falta de insumos”, *La Nación*, 23 de abril de 2020, <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/coronavirus-miedo-contagiarse-enfermeros-medicos-denuncian-falta-nid2355345>; “Coronavirus in Argentina: en dos videos, los médicos alertan sobre la precariedad de los kits de protección”, *Infobae*, 24 de abril de 2020, <https://www.infobae.com/coronavirus/2020/04/24/coronavirus-en-argentina-dos-videos-alertan-sobre-la-precariadad-de-los-kits-de-proteccion-para-los-medicos/>.

mencionada en capítulos anteriores, el 32,2% de las personas encuestadas dijo que el personal pertinente no había recibido formación en seguridad e higiene en el trabajo.¹⁶⁶

En abril de 2020, una enfermera de **Reino Unido** dijo a Amnistía Internacional: “El problema del suministro de EPI es lo que predomina aquí la mayoría de los días, pues no hay garantías de un suministro continuo. En la actualidad, tiene prioridad la UCI, pero sabemos que otras áreas de nuestro hospital no tienen material adecuado. Mi impresión es que nuestra Fundación no estaba preparada: esta crisis empezó en enero y sólo multiplicamos los pedidos en marzo”.¹⁶⁷

Estas inquietudes se reflejaron también en la documentación secundaria sobre esta cuestión.¹⁶⁸ Aunque Amnistía Internacional no ha llevado a cabo un análisis del grado de preparación de los países antes de la pandemia ni lo ha comparado con las directrices y las buenas prácticas, los Estados deben establecer sistemas para evaluar en qué medida están preparados sus sistemas sanitario y de asistencia social para un evento de este tipo y qué hace falta mejorar o cambiar. Evaluar la preparación de los países para esta pandemia es una forma importante de garantizar que están en mejores condiciones para responder a un evento como este en el futuro.

TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS

Los principios de transparencia y rendición de cuentas son de suma importancia. El personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales deben tener acceso a información sobre la pandemia y la toma de decisiones y poder compartir libremente la información pertinente. Además, cualquier víctima de una violación del derecho a la salud debe tener acceso a recursos efectivos judiciales o de otro tipo.¹⁶⁹ Los motivos de preocupación expuestos en el capítulo anterior en torno a las represalias y la represión contra personal sanitario y trabajadores y trabajadoras esenciales que denuncian sus condiciones laborales refuerzan la necesidad de garantizar que los sistemas de salud incorporan los principios de participación, transparencia y rendición de cuentas en su diseño. La rendición de cuentas deberá incluir también la necesidad de investigar de forma independiente e imparcial todas las denuncias de actuaciones indebidas del Estado en el contexto de la pandemia, sobre diversas cuestiones.

COOPERACIÓN Y ASISTENCIA INTERNACIONALES

La pandemia de COVID-19 también ha puesto de relieve la necesidad de que todos los Estados trabajen unidos y apoyen la plena realización de los derechos humanos en todo el mundo mediante el cumplimiento de sus obligaciones relativas a proporcionar cooperación y asistencia internacionales. El mundo tiene un problema global que necesita una solución global, y son varios los países que no tienen los recursos o la capacidad para responder sin ayuda a las consecuencias sanitarias y sociales de la pandemia. Aunque hay varios Estados que trabajan para suministrar, en la medida de lo posible, materiales y recursos a otros, ciertos hechos inquietantes indican que quizá no sea esta la norma. Por ejemplo, cuando un Estado retira su apoyo a un organismo multilateral que está respondiendo a la crisis (como ha hecho Estados Unidos con la OMS), corre el riesgo de debilitar la respuesta internacional a la pandemia. Del mismo modo, el proteccionismo comercial en torno a los EPI (como se ha expuesto en el capítulo anterior) menoscaba la capacidad de algunos Estados de garantizar la protección del personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales. La obligación de participar en la cooperación y asistencia internacionales exige también que los Estados que tengan los recursos proporcionen asistencia económica a los que la necesiten para proteger los derechos y la salud de las personas durante la pandemia de COVID-19.¹⁷⁰ Es urgente que los Estados traten la pandemia de COVID-19 como la emergencia global que es y colaboren y cooperen entre sí para proporcionar asistencia económica cuando sea necesaria; compartir información sobre buenas prácticas en la respuesta al virus, información científica sobre éste e información técnica sobre la

¹⁶⁶ Internacional de Servicios Públicos, COVID-19 Union Response Survey, Global Narrative Summary, 11 de mayo de 2020, https://pop-umbrella.s3.amazonaws.com/uploads/3abcc99c-219b-4b9e-af1e-fa3ac2c398b7_COVIDSurvey_GlobalSummaryIntro.pdf?key=

¹⁶⁷ Entrevista telefónica con enfermera, Reino Unido, 13 de abril de 2020.

¹⁶⁸ Véase, por ejemplo, P. Chetterje, “Gaps in India’s preparedness for COVID-19 control”, *The Lancet*, 20 (5), 2020, [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS1473-3099\(20\)30300-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS1473-3099(20)30300-5/fulltext); M. Gilbert *et al.*, “Preparedness and vulnerability of African countries against importations of COVID-19: a modelling study”, *The Lancet*, 395 (10227), 2020, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30411-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30411-6/fulltext)

¹⁶⁹ CESCR, Observación general n.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, doc. ONU E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000.

¹⁷⁰ CESCR, Observación general n.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, doc. ONU E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 40.

producción de equipos médicos y EPI en el ámbito nacional, y, desde luego, garantizar que todas las personas del mundo tienen igual acceso a una vacuna cuando se disponga de ella.

8. DERECHO INTERNACIONAL Y NORMAS INTERNACIONALES

“Ningún trabajador es prescindible. Todo trabajador es esencial, sin importar la categoría que los países y las empresas les aplique. Todo trabajador tiene el derecho a ser protegido de la exposición a riesgos en el lugar de trabajo, incluido el coronavirus [...] Nuestro mensaje de hoy es sencillo, pero decisivo: todo trabajador debe ser protegido, en cualquier circunstancia.”

Declaración de relatores y relatoras especiales.¹⁷¹

¹⁷¹ ACNUDH, *Todo trabajador es esencial y debe ser protegido ante la COVID-19, en cualquier circunstancia*, según expertos de la ONU en derechos humanos, 18 de mayo de 2020, <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25892&LangID=S>



Personal sanitario controla a visitantes de un hospital público de Harare después de que Zimbabue anunciara su primer caso de COVID-19 en uno de los puntos turísticos más visitados de África. La pandemia amenaza actualmente un sistema nacional de salud casi colapsado en medio de una crisis económica, 21 de marzo de 2020.

© Tsvangirayi Mukwazhi/AP/ Shutterstock

Varios órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos han emitido recientemente declaraciones sobre motivos de preocupación en materia de estos derechos en el contexto de la pandemia de COVID-19. Entre estos motivos de preocupación se incluyen los relativos a los derechos del personal sanitario y de los trabajadores y trabajadoras esenciales. Por ejemplo, el relator especial sobre las obligaciones de derechos humanos relacionadas con la gestión y eliminación ecológicamente racionales de las sustancias y los desechos peligrosos declaró: “Los valientes médicos, enfermeros, equipos de respuesta a emergencia y demás profesionales médicos que trabajan en primera línea de la lucha global contra la pandemia del coronavirus son unos héroes. Su incansable trabajo y su sacrificio personal muestran lo mejor del ser humano. Es nuestro deber protegerlos [...] No obstante, la intolerable escasez de equipos de protección básicos sigue suponiendo una grave preocupación en casi todos los países que luchan contra el coronavirus.”¹⁷²

Por su parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) dijo: “Muchos profesionales sanitarios, que están realizando una labor heroica en primera línea para frenar la pandemia, se están infectando como resultado de las deficiencias en la indumentaria y los equipos de protección personal o de la escasez de estos [...] Puesto que constituyen la primera línea de respuesta a esta crisis, se ha de facilitar a todos los profesionales sanitarios la indumentaria y los equipos de protección adecuados para evitar el contagio. Asimismo, es esencial que los responsables de la toma de decisiones los consulten y presten la debida consideración a sus recomendaciones. Los profesionales sanitarios desempeñan un papel fundamental para la alerta temprana de la propagación de enfermedades como la COVID-19 y la recomendación de medidas eficaces de prevención y tratamiento”.¹⁷³ Del mismo modo, el Comité Europeo de Derechos Sociales declaró: “Deben adoptarse todas las medidas posibles para garantizar que hay un número suficiente de profesionales de la salud y que sus condiciones de trabajo son saludables y seguras (véase también el artículo 3 de la Carta). Esto incluye la provisión del equipo de protección individual necesario”.¹⁷⁴ El Grupo de Trabajo sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos pidió a los Estados Partes que “garanticen que todo el personal médico de primera línea está protegido de la infección y que recibe una remuneración adecuada y a tiempo por sus servicios”.¹⁷⁵ De modo similar, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y su Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales señaló que los Estados “deben tomar como prioridad la integridad y bienestar de las personas profesionales de la salud frente a la

¹⁷² ACNUDH, COVID-19: COVID-19: Los héroes de la asistencia sanitaria necesitan protección – experto de las Naciones Unidas, 27 de marzo de 2020, <https://www.ohchr.org/sp/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25754&LangID=s>.

¹⁷³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Declaración sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y los derechos económicos, sociales y culturales*, E/C.12/2020/1, 17 de abril de 2020, <https://undocs.org/es/E/C.12/2020/1>.

¹⁷⁴ Comité Europeo de Derechos Sociales, *Statement of interpretation on the right to protection of health in times of pandemic*, 21 de abril de 2020, <https://rm.coe.int/statement-of-interpretation-on-the-right-to-protection-of-health-in-ti/16809e3640> (traducción de AI).

¹⁷⁵ Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, *Press release on the impact of the COVID-19 pandemic on economic, social and cultural rights in Africa*, 4 de junio de 2020, <https://www.achpr.org/pressrelease/detail?id=510> (traducción de AI).

pandemia, considerando asimismo fundamental que los Estados tomen medidas específicas para la protección y reconocimiento de las personas que asumen socialmente tareas de cuidado, formal o informalmente” y subrayó la importancia de unas “medidas especiales para la protección y entrenamiento de las personas sanitarias, lo que incluye que dispongan de equipos de protección personal y para la desinfección de ambientes, así como la debida garantía de sus derechos laborales y de seguridad social”.¹⁷⁶

Este capítulo está dedicado a detallar las obligaciones de los Estados en relación con la protección de los derechos humanos del personal sanitario y de los trabajadores y trabajadoras esenciales en el contexto de la COVID-19, que incluyen su derecho a la salud; a unas condiciones laborales justas y favorables; a la libertad de expresión y de reunión pacífica; a no ser objeto de discriminación ni violencia; y la obligación de todos los Estados de proporcionar cooperación y asistencia internacionales para la realización de los derechos humanos.

8.1 EL DERECHO A LA SALUD

Varios tratados internacionales de derechos humanos protegen el derecho a la salud.¹⁷⁷ De conformidad con el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC): “1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para [...] c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas”. Los elementos de este derecho se desarrollan en la Observación general n.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Con arreglo a dicha Observación general, el artículo 12 protege “[e]l derecho a la higiene del trabajo y del medio ambiente”, lo que incluye “medidas preventivas en lo que respecta a los accidentes laborales y enfermedades profesionales” y unas “condiciones de trabajo higiénicas y seguras”.¹⁷⁸ La Observación general señala asimismo que “[l]os Estados también tienen la obligación de adoptar medidas contra los peligros que para la salud representan la contaminación del medio ambiente y las enfermedades profesionales, así como también contra cualquier otra amenaza que se determine mediante datos epidemiológicos [...] [L]os Estados Partes deben formular, aplicar y revisar periódicamente una política nacional coherente destinada a reducir al mínimo los riesgos de accidentes laborales y enfermedades profesionales, así como formular una política nacional coherente en materia de seguridad en el empleo y servicios de salud”.¹⁷⁹ Esto es aplicable a las condiciones laborales del personal sanitario y de los trabajadores y trabajadoras esenciales.

8.2 EL DERECHO DE TODA PERSONA AL GOCE DE CONDICIONES DE TRABAJO EQUITATIVAS Y SATISFACTORIAS

En virtud del artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC): “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al goce de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias que le aseguren en especial: a) [...] i) Un salario equitativo e igual por trabajo de igual valor, sin distinciones de ninguna especie [...] b) La seguridad y la higiene en el trabajo [...]”

¹⁷⁶ La CIDH y su REDESCA instan a asegurar las perspectivas de protección integral de los derechos humanos y de la salud pública frente a la pandemia del COVID-19, 20 de marzo de 2020, <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/Comunicados/2020/060.asp>

¹⁷⁷ Algunos de estos tratados son el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre los Derechos del Niño, y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

¹⁷⁸ CESCR, Observación general n.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, doc. ONU E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 15.

¹⁷⁹ CESCR, Observación general n.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, doc. ONU E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 36.

d) El descanso, el disfrute del tiempo libre, la limitación razonable de las horas de trabajo y las vacaciones periódicas pagadas, así como la remuneración de los días festivos”. En su Observación general n.º 23, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales expone con más detalle lo que conlleva este derecho:¹⁸⁰

- Todos los trabajadores y trabajadoras tienen derecho a un salario equitativo. Según la Observación general n.º 23: “La noción de salario equitativo no es estática, pues depende de una serie de criterios objetivos no exhaustivos que reflejan no solo el resultado del trabajo, sino también las responsabilidades del trabajador, el nivel de calificación y de educación necesario para desempeñar el trabajo, las consecuencias que el trabajo tiene en la salud y la seguridad del trabajador, las dificultades específicas relacionadas con el trabajo y la repercusión en la vida personal y familiar del trabajador”.¹⁸¹
- La prevención de los accidentes laborales y las enfermedades profesionales es un aspecto fundamental del derecho a unas condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias. Según la Observación general n.º 23, los Estados deben “adoptar una política nacional para prevenir los accidentes y daños a la salud relacionados con el trabajo mediante la reducción al mínimo de los riesgos en el entorno de trabajo”.¹⁸² Las personas afectadas por un accidente laboral o enfermedad profesional prevenible deben tener derecho a una reparación, y los Estados deben velar por que “los trabajadores que sufran un accidente o se vean afectados por una enfermedad y, cuando proceda, las personas a su cargo, reciban una indemnización adecuada que incluya los gastos de tratamiento, la pérdida de ingresos y otros gastos, y tengan acceso a servicios de rehabilitación”.¹⁸³ Los trabajadores deberían poder vigilar las condiciones de trabajo sin temer represalias.¹⁸⁴ La licencia por enfermedad con sueldo es fundamental para que los trabajadores y las trabajadoras con enfermedades agudas y crónicas puedan recibir tratamiento y para evitar el contagio de otros trabajadores.¹⁸⁵
- En cuando a la jornada laboral, la Observación general establece que el límite diario, en general, debería ser de ocho horas,¹⁸⁶ y el número de horas de trabajo por semana también debería limitarse mediante la legislación.¹⁸⁷ Las excepciones deberían estar estrictamente limitadas y acordarse mediante consultas con los trabajadores y trabajadoras y las organizaciones que los representan. La legislación deberá determinar asimismo los periodos de descanso diarios y semanales.¹⁸⁸

Esto deberá aplicarse a las condiciones laborales de la totalidad del personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales, incluso en el sector informal.¹⁸⁹ Los Estados también deberán tomar medidas para garantizar que terceras partes, como las entidades empleadoras y las empresas del sector privado, no interfieran en el disfrute del derecho a gozar de unas condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias y respeten las normas internacionales sobre salud en el trabajo.¹⁹⁰

En el contexto de la pandemia de COVID-19, el CESCR señaló: “Todos los trabajadores deben estar protegidos de los riesgos de contagio en el trabajo, y los Estados partes deben adoptar medidas reglamentarias apropiadas para garantizar que los empleadores reduzcan al mínimo los riesgos de contagio con arreglo a las mejores prácticas en materia de normas de salud pública. Mientras no se adopten esas

¹⁸⁰ CESCR, Observación general n.º 23 sobre el derecho a condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias, doc. ONU E/C.12/GC/23, 4 de marzo 2016.

¹⁸¹ CESCR, Observación general n.º 23 sobre el derecho a condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias, doc. ONU E/C.12/GC/23, 4 de marzo 2016, párr. 10.

¹⁸² CESCR, Observación general n.º 23 sobre el derecho a condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias, doc. ONU E/C.12/GC/23, 4 de marzo 2016, párr. 25.

¹⁸³ CESCR, Observación general n.º 23, párr. 29.

¹⁸⁴ CESCR, Observación general n.º 23, párr. 26.

¹⁸⁵ CESCR, Observación general n.º 23, párr. 30.

¹⁸⁶ CESCR, Observación general n.º 23, párr. 35.

¹⁸⁷ CESCR, Observación general n.º 23, párr. 37.

¹⁸⁸ CESCR, Observación general n.º 23, párrs. 38 y 39.

¹⁸⁹ CESCR, Observación general n.º 23, párr. 5.

¹⁹⁰ CESCR, Observación general n.º 23, párr. 59.

medidas, no se puede obligar a los trabajadores a trabajar y se les debe proteger de la aplicación de sanciones disciplinarias o de otra índole por negarse a trabajar sin la protección adecuada”.¹⁹¹

Varios convenios de la Organización Internacional del Trabajo protegen también aspectos del derecho a gozar de unas condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias. Algunos de estos instrumentos son específicos para el personal sanitario:

Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (núm. 155):¹⁹²

Este convenio contiene varias protecciones similares a las previstas en la Observación general n.º 23 del CESCR. Exige a los Estados miembros formular, poner en práctica y reexaminar periódicamente una política nacional coherente en materia de seguridad y salud de los trabajadores y trabajadoras y medio ambiente de trabajo. Su artículo 13 establece: “De conformidad con la práctica y las condiciones nacionales, deberá protegerse de consecuencias injustificadas a todo trabajador que juzgue necesario interrumpir una situación de trabajo por creer, por motivos razonables, que ésta entraña un peligro inminente y grave para su vida o su salud”. Por su parte, el artículo 16.3 estipula: “Cuando sea necesario, los empleadores deberán suministrar ropas y equipos de protección apropiados a fin de prevenir, en la medida en que sea razonable y factible, los riesgos de accidentes o de efectos perjudiciales para la salud”.

La Recomendación sobre seguridad y salud de los trabajadores, de 1981, detalla lo que conllevan estas obligaciones. El párrafo 3 recomienda que los Estados adopten medidas para el “diseño, fabricación, suministro, utilización, mantenimiento y prueba de equipos de protección individual y de ropas de protección”, la “prevención de tensiones físicas o mentales provocadas por las condiciones de trabajo y perjudiciales para la salud” y la “vigilancia de la salud de los trabajadores”.¹⁹³ En virtud del párrafo 10, entre las obligaciones de las entidades empleadoras podrían figurar “proporcionar, sin ningún costo para el trabajador, las ropas de protección individual y los equipos de protección adecuados que parezca necesario exigir cuando no se puedan prevenir o limitar los riesgos de otra forma” y “asegurarse de que la organización del trabajo, particularmente en lo que atañe a la duración del trabajo y a los períodos de descanso, no cause perjuicio a la seguridad y la salud de los trabajadores”.

Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, 1964 (n.º 121):¹⁹⁴

El Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales exige que los Estados Partes prescriban una definición de “accidente de trabajo” y de “enfermedades profesionales” y publiquen una lista de las enfermedades reconocidas como tales. Los trabajadores y trabajadoras que hayan experimentado un “estado mórbido; incapacidad para trabajar que resulte de un estado mórbido y que entrañe la suspensión de ganancias, tal como esté definida en la legislación nacional; pérdida total de la capacidad para ganar o pérdida parcial que exceda de un grado prescrito, cuando es probable que dicha pérdida total o parcial sea permanente, o disminución correspondiente de las facultades físicas; y pérdida de los medios de existencia, sufrida a consecuencia del fallecimiento del sostén de la familia, por categorías prescritas de beneficiarios” tendrán derecho a una serie de prestaciones, incluidos indemnización, asistencia médica y una prestación para gastos funerarios en su caso. Según el párrafo 6 de la Recomendación sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales de 1964: “El origen profesional de estas enfermedades debería presumirse, salvo prueba en contrario, cuando el trabajador: a) haya estado expuesto al riesgo por lo menos durante un período determinado; y b) haya mostrado síntomas de la enfermedad dentro de un período determinado siguiente a la terminación del último empleo en que haya estado expuesto al riesgo”. La OMS ya ha establecido que las entidades empleadoras de personal sanitario deben respetar el derecho a una indemnización, rehabilitación y servicios

¹⁹¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Declaración sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y los derechos económicos, sociales y culturales*, E/C.12/2020/1, 17 de abril de 2020, párr. 16, <https://undocs.org/es/E/C.12/2020/1>

¹⁹² Este convenio ha sido ratificado por 69 Estados; pueden consultar el texto aquí: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C155

¹⁹³ Recomendación sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981 (n.º 164), texto disponible aquí: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_ILO_CODE:R164

¹⁹⁴ Este convenio ha sido ratificado por 24 Estados; pueden consultar el texto aquí: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C121

curativos para el personal sanitario infectado con la COVID-19 en el lugar de trabajo, al considerarla “enfermedad profesional derivada de una exposición profesional”.¹⁹⁵

Convenio sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 149):¹⁹⁶

Este convenio se aplica específicamente a “todas las categorías de personal que prestan asistencia y servicios de enfermería” y establece, entre otras cosas, que “el personal de enfermería deberá gozar de condiciones por lo menos equivalentes a las de los demás trabajadores del país correspondiente, en los aspectos siguientes”: horas de trabajo, incluidas la reglamentación y la compensación de las horas extraordinarias, las horas incómodas y penosas y el trabajo por turnos; descanso semanal; vacaciones anuales pagadas; licencia de educación; licencia de maternidad; licencia de enfermedad y seguridad social. También pide a los Estados que se esfuercen por mejorar las disposiciones legislativas existentes en materia de higiene y seguridad del trabajo adaptándolas a las características particulares del trabajo del personal de enfermería y del medio en que éste se realiza.

8.3 PROTECCIÓN CONTRA EL ESTIGMA, LA DISCRIMINACIÓN Y LA VIOLENCIA

Varios tratados internacionales de derechos humanos protegen el derecho a la igualdad y a no sufrir discriminación.¹⁹⁷ Garantizar el derecho a no sufrir discriminación es una obligación inmediata y transversal y se aplica al ejercicio de todos y cada uno de los derechos humanos que reconoce el derecho internacional. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha afirmado que los Estados Partes deben “adoptar de forma inmediata las medidas necesarias para prevenir, reducir y eliminar las condiciones y actitudes que generan o perpetúan la discriminación sustantiva o *de facto*” por cualquiera de los motivos prohibidos.¹⁹⁸ El Comité ha declarado, además, que los Estados Partes deben “aprobar medidas, incluidas leyes, para velar por que los individuos y entidades no apliquen los motivos prohibidos de discriminación en la esfera privada”.¹⁹⁹

8.4 LIBERTAD DE EXPRESIÓN

El artículo 19 del PIDCP establece que toda persona tiene derecho a la “libertad de expresión; este derecho comprende la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole”.²⁰⁰ Aunque este derecho puede estar sujeto a ciertas restricciones destinadas a la protección de la seguridad nacional, la salud pública o el orden público, o a la protección de los derechos de otras personas, dichas restricciones deberán estar establecidas por ley, ser necesarias y proporcionadas para proteger un fin legítimo pertinente

¹⁹⁵ OMS, *Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health, Interim Guidance*, 18 de marzo de 2020, [https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health](https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health) (traducción de AI).

¹⁹⁶ Este convenio ha sido ratificado por 41 Estados; pueden consultar el texto aquí: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C149

¹⁹⁷ Algunos de estos tratados son el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre los Derechos del Niño, y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

¹⁹⁸ CESCR, Observación general n.º 20: La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, doc. ONU E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009, párr. 8.b.

¹⁹⁹ CESCR, Observación general n.º 20: La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, doc. ONU E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009, párr. 11.

²⁰⁰ PIDCP, artículo 19.

y específico, y no ser discriminatorias.²⁰¹ Es el Estado el que debe justificar una limitación a un derecho garantizado por el PIDCP.

En el caso actual, no está claro cómo la limitación de los derechos del personal sanitario y de los trabajadores y trabajadoras esenciales a expresarse libremente sobre sus condiciones laborales y la salud y seguridad en su trabajo respeta los estrictos criterios de lo que constituiría una restricción válida de los derechos protegidos por el artículo 19. Esto es esencial para garantizar el acceso a información oportuna, significativa y precisa sobre la naturaleza y la gravedad de la amenaza sanitaria y las medidas adoptadas por las autoridades del Estado. El Comité de Derechos Humanos de la ONU ha establecido también que “[e]n cumplimiento de esta obligación, los Estados partes deben cerciorarse de que las personas estén protegidas de los actos de particulares o de entidades privadas que obstan al disfrute de las libertades de opinión y expresión en la medida en que esos derechos del Pacto sean susceptibles de aplicación entre particulares o entidades privadas”.²⁰²

EL PERSONAL SANITARIO Y LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS ESENCIALES COMO DEFENSORES Y DEFENSORAS DE LOS DERECHOS HUMANOS

En numerosos contextos, gran parte del personal sanitario y de los trabajadores y trabajadoras esenciales son actualmente personas que defienden los derechos humanos, pues sus actos promueven y defienden los derechos de las personas a la salud y a la información. La Declaración de la ONU sobre los Defensores y Defensoras de los Derechos Humanos expone las principales salvaguardias de las que deben gozar todas las personas cuando actúan para defender los derechos humanos.²⁰³ Estas salvaguardias deben aplicarse también al personal sanitario y a los trabajadores y trabajadoras esenciales cuando sea pertinente. El relator especial sobre la situación de los defensores de los derechos humanos ha recomendado que los Estados “[e]stablezcan marcos legislativos y de política con miras a aplicar programas nacionales de protección de los defensores, en consulta con los propios defensores y con la sociedad civil” e “[i]mplanten un mecanismo para la investigación pronta y eficaz de las denuncias de amenazas o violaciones contra defensores, e inicien los debidos procedimientos disciplinarios, civiles y penales contra los perpetradores como parte de medidas sistémicas tendentes a impedir que tales actos queden impunes”.²⁰⁴

Las personas que defienden los derechos humanos son fundamentales en la lucha para superar la pandemia de COVID-19 y garantizar que no se olvida a nadie en la respuesta. El personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales que están defendiendo los derechos humanos son fundamentales para informar a la ciudadanía de los desafíos que plantea la COVID-19 en todas las fases, garantizar que los gobiernos facilitan información accesible y fiable de una forma clara y transparente, y hacer sonar la alarma cuando las medidas son perjudiciales, insuficientes o desproporcionadas. Los Estados son los responsables últimos de proteger a los defensores y defensoras de los derechos humanos, impedir que se produzcan abusos y violaciones de sus derechos humanos, abordar de manera efectiva las denuncias de violaciones y abusos cometidos en su contra o en relación con su labor de derechos humanos, y garantizar que pueden llevar a cabo su trabajo en un entorno seguro y propicio.²⁰⁵

EL PERSONAL SANITARIO Y LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS ESENCIALES COMO DENUNCIANTES DE IRREGULARIDADES

En algunos contextos, el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales también hacen saltar la alarma y denuncian actuaciones indebidas que hacen peligrar los derechos humanos o revelan otros

²⁰¹ Principios de Siracusa sobre las Disposiciones de Limitación y Derogación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, doc. ONU E/CN.4/1984/4 (1984); el párrafo 29 de la Observación general n.º 14 del CESCR dispone que las limitaciones “deberán ser proporcionales, es decir, deberán corresponder a la solución menos restrictiva de entre los tipos de limitaciones previstos” y que “su duración deberá ser limitada y estar sujeta a revisión”. Véase también Comité de Derechos Humanos, Observación general n.º 34, doc. ONU CCPR/C/GC/34, 12 de septiembre de 2011.

²⁰² Comité de Derechos Humanos, Observación general n.º 34, doc. ONU CCPR/C/GC/34, 12 de septiembre de 2011, párr. 7.

²⁰³ Declaración sobre el Derecho y el Deber de los Individuos, los Grupos y las Instituciones de Promover y Proteger los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales Universalmente Reconocidos, doc. ONU A/RES/53/144, 8 de marzo de 1999, https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Defenders/Declaration/declaration_sp.pdf

²⁰⁴ Informe del Relator Especial sobre la situación de los defensores de los derechos humanos, A/HRC/31/55, 1 de febrero de 2016, <https://undocs.org/es/A/HRC/31/55>

²⁰⁵ Declaración sobre el Derecho y el Deber de los Individuos, los Grupos y las Instituciones de Promover y Proteger los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales Universalmente Reconocidos, doc. ONU A/RES/53/144, 8 de marzo de 1999, art. 2.

datos de interés público de los que han tenido conocimiento en el contexto de su relación profesional. Desde el brote de COVID-19, varios miembros del personal sanitario y trabajadores y trabajadoras esenciales han facilitado, a través de cauces internos o a organismos independientes, información sobre condiciones peligrosas de su lugar de trabajo o, en ocasiones, se han visto obligados a hablar públicamente de la respuesta del gobierno a la pandemia.

En virtud del derecho a la libertad de expresión, los Estados tienen la obligación de proteger a las personas denunciantes de irregularidades que podrían sufrir represalias por haber denunciado actuaciones indebidas, y de establecer los mecanismos necesarios para permitir que estas personas revelen la información pertinente sin riesgos y sin temor de represalias.²⁰⁶ El relator especial sobre la promoción y protección del derecho a la libertad de opinión y de expresión ha afirmado que las leyes de los Estados deben “proteger a todos los que revelen información que crean razonablemente, en el momento de divulgarla, que dicha información es cierta y que constituye una amenaza o genera un daño a un interés público concreto [...] Cuando se revela la información, las autoridades deberían investigar y corregir la presunta falta de conducta”. Además, el relator aclara que “[l]as medidas de protección contra las represalias deberían aplicarse en todas las instituciones públicas [...] Los actos de represalia y otros ataques contra denunciantes y la divulgación de fuentes confidenciales deberían investigarse en profundidad y las personas responsables de la comisión de esos actos deberían rendir cuentas”.²⁰⁷

8.5 COOPERACIÓN Y ASISTENCIA INTERNACIONALES

La inmensa mayoría de los Estados del mundo son partes en tratados de derechos humanos que incluyen la obligación de prestar cooperación y asistencia internacionales.²⁰⁸ La Observación general n.º 14 del CESCR establece claramente que, “dado que algunas enfermedades son fácilmente transmisibles más allá de las fronteras de un Estado, recae en la comunidad internacional la responsabilidad solidaria por solucionar este problema. Los Estados Partes económicamente desarrollados tienen una responsabilidad y un interés especiales en ayudar a los Estados en desarrollo más pobres a este respecto”.²⁰⁹ Además de la asistencia económica, los Estados tienen también la obligación de cooperar y compartir información siempre que sea posible para alcanzar metas y protecciones comunes de derechos humanos. En palabras del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “[l]as pandemias son un ejemplo crucial de la necesidad de la cooperación científica internacional para hacer frente a las amenazas transnacionales. Los virus y otros patógenos no respetan fronteras [...] Para combatir eficazmente las pandemias, es necesario que los Estados asuman compromisos más firmes en materia de cooperación internacional, puesto que las soluciones nacionales son insuficientes”.²¹⁰

²⁰⁶ Informe del Relator Especial sobre la promoción y protección del derecho a la libertad de opinión y de expresión, doc. ONU A/70/361, 8 de septiembre de 2015, <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2015/10191.pdf>. Según el relator especial, “una persona que denuncia irregularidades es alguien que revela datos y que, en el momento de divulgarlos, tiene la creencia razonable de que son ciertos y que constituyen una amenaza o daño a un interés público concreto, como la violación del derecho nacional o internacional, abusos de autoridad, malgasto, fraude o daño al medio ambiente, la salud o la seguridad pública”.

²⁰⁷ Informe del Relator Especial sobre la promoción y protección del derecho a la libertad de opinión y de expresión, doc. ONU A/70/361, 8 de septiembre de 2015, <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2015/10191.pdf>.

²⁰⁸ CESCR, Observación general n.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, doc. ONU E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párrs. 38 y 45.

²⁰⁹ CESCR, Observación general n.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, doc. ONU E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 40; CESCR, Observación general n.º 19: El derecho a la seguridad social, doc. ONU E/C.12/GC/19, 4 de febrero de 2008, párr. 41.

²¹⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Declaración sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y los derechos económicos, sociales y culturales*, E/C.12/2020/1, 17 de abril de 2020, párr. 23, <https://undocs.org/es/E/C.12/2020/1>

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

“Cuando se provea al personal sanitario de equipos de protección individual adecuados, no tendremos miedo de atender a ningún paciente, con independencia de los síntomas que tenga, y se salvarían vidas.”

Profesional sanitario, Nigeria²¹¹

“Hemos trabajado infatigablemente y estamos en disposición de trabajar más. Pero no podemos mantenernos sin el apoyo adecuado.”

Entrevista con trabajadora de salud comunitaria, India²¹²

Este informe ha expuesto los graves motivos de preocupación que afectan hoy al personal sanitario y a los trabajadores y trabajadoras esenciales, y los numerosos fallos de protección de todo el abanico de sus derechos humanos por parte de los gobiernos. En el contexto de la seguridad e higiene en el trabajo, el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales tienen carencias y dificultades para acceder a equipos de protección individual en varios países; también experimentan dificultades relativas a las remuneraciones y las compensaciones, soportan grandes volúmenes de trabajo, y la ansiedad y el estrés asociados a éstos. En varios países, en lugar de recibir apoyo, el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales sufren represalias por parte del Estado y de las entidades empleadoras por denunciar sus condiciones de trabajo o criticar la respuesta de las autoridades. Y, por último, el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales sufren estigmatización y actos de violencia por parte de miembros de la sociedad debido a las labores que desempeñan. Aunque gran parte de estos motivos de preocupación han destacado en el contexto de la pandemia, a menudo reflejan problemas estructurales que

²¹¹ Amnistía Internacional Nigeria, declaración pública, *Nigeria: Authorities must protect health workers on the frontline of COVID-19 response*, Índice: AFR 44/2264/2020, 1 de mayo de 2020, <https://www.amnesty.org/download/Documents/AFR4422642020ENGLISH.pdf>;

²¹² Entrevista con trabajadora de salud comunitaria, India, abril-mayo de 2020.

afectan desde hace años a los sistemas sanitarios y sociales, como la falta sistemática de inversión y preparación, unas infraestructuras deficientes, y la incorporación insuficiente de los derechos humanos en el diseño del sistema de salud. Sea cual sea la razón, ha llegado el momento de garantizar la protección adecuada del personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales, y todos los Estados tienen la obligación de lograr que así sea, pues, de no hacerlo, toda la población pagará un precio elevado.

Este informe se publica en un momento en el que la pandemia parece disminuir en algunos países e intensificarse en otros. Amnistía Internacional mantiene bajo observación la situación en varios países, y las lecciones y recomendaciones que contiene este documento son universales. Los países que están experimentando lo peor de la pandemia ahora mismo deben implementar con urgencia las recomendaciones para proteger los derechos del personal sanitario y de los trabajadores y trabajadoras esenciales que se enumeran a continuación. Los países que aún no están afectados de gravedad deben emplear el tiempo de que disponen en garantizar que los sistemas de salud están preparados y que, cuando llegue la pandemia, cuentan con la infraestructura necesaria para proteger plenamente los derechos del personal sanitario y de los trabajadores y trabajadoras esenciales. Y los países que acaban de vivir lo peor de la pandemia deben prepararse para posibles “segundas oleadas”, además de hacer un seguimiento de los motivos de preocupación expuestos por el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales a fin de garantizar la rendición de cuentas en las situaciones en las que no se han protegido plenamente sus derechos.

Basándose en la información anterior, Amnistía Internacional formula las siguientes recomendaciones para garantizar que se protege adecuadamente al personal sanitario y a los trabajadores y trabajadoras esenciales durante la pandemia de COVID-19:

- Los Estados deberán ofrecer una orientación pública clara y razonada sobre qué trabajadores y trabajadoras son considerados “esenciales” o “clave” mientras dure la pandemia, y a qué tienen derecho, incluida, en su caso, la posibilidad de viajar aun en el caso de que haya cuarentenas o toques de queda. Esto deberá abarcar a todas las personas que trabajen en la prestación de atención para la salud sea cual fuere su cometido, así como a quienes trabajen en sectores que sigan funcionando y presten servicios esenciales durante este periodo.
- Los agentes no estatales, como las entidades empleadoras privadas, tienen también la responsabilidad de respetar los derechos humanos y garantizar unas condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias. Los Estados deberán regular y hacer cumplir efectivamente este derecho y sancionar su incumplimiento por parte de entidades empleadoras públicas y privadas.
- Las protecciones en materia de salud y seguridad en el trabajo, y las prestaciones asociadas a ser parte de la respuesta a la COVID-19, deberán estar igualmente disponibles para todo el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales que participen en dicha respuesta, con independencia de la duración de su contrato (permanente o temporal), de que trabajen en el sector formal o en el informal, y de la antigüedad en su puesto.

CONDICIONES DE TRABAJO EQUITATIVAS Y SATISFACTORIAS

a) Muertes e infecciones causadas por la COVID-19

- Los Estados deberán recoger y publicar datos por actividad, incluidas las categorías de personal sanitario y otros trabajadores y trabajadoras esenciales que se hayan infectado de COVID-19 y cuántos han muerto como consecuencia de ello, a fin de garantizar una protección efectiva en el futuro. Estos datos deberán desglosarse según motivos de discriminación prohibidos —entre otros, género, casta, etnia y nacionalidad— siempre que sea posible, así como según lugar de trabajo.

b) Falta de equipos de protección individual

- Los Estados deberán garantizar que las entidades empleadoras —sean públicas o privadas— proporcionan al personal sanitario y a los trabajadores y trabajadoras esenciales equipos de protección individual adecuados y suficientes para protegerse durante la pandemia de COVID-19, con arreglo a las normas internacionales. Cuando, debido a la escasez, el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales hayan tenido que pagar y adquirir estos EPI a título personal, se les deberá reembolsar el gasto.
- Los Estados deberán garantizar que las entidades empleadoras —sean públicas o privadas— toman todas las medidas posibles para que el lugar de trabajo sea seguro para los trabajadores y

trabajadoras, lo que incluye la implantación de normas sobre distancia física y la adaptación de los protocolos de trabajo para garantizar la protección frente a los riesgos actuales para la salud. Cuando las entidades empleadoras exijan que los trabajadores y trabajadoras se desplacen a y desde el lugar de trabajo, deberán garantizar su protección frente a los riesgos derivados de la pandemia.

- Los Estados deberán proteger el derecho de los trabajadores y trabajadoras de retirarse de situaciones laborales que consideren, de forma justificada y razonable, que representan un peligro inminente y grave para su vida o su salud, incluso porque consideran que no tienen un EPI adecuado, y protegerlos de cualquier consecuencia indebida derivada de esta retirada.
- Los Estados deberán recoger y publicar datos sobre si la totalidad del personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales tiene acceso a EPI, cuál es la brecha en lo que se refiere a los EPI entre el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales, qué tipos de EPI faltan y dónde faltan para permitir una evaluación más completa de las necesidades y un reparto más equitativo de equipos.
- Cuando persistan las carencias, los Estados deberán estudiar todas las medidas disponibles para aumentar las existencias y el reparto de EPI de calidad para el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales, incluidas las siguientes:
 - Priorizar el suministro de las existencias de EPI al personal sanitario y a los trabajadores y trabajadoras esenciales que sufran carencias antes de permitir el acceso a otros sectores que no son actualmente tan esenciales.
 - Tomar medidas para prevenir el acaparamiento de estos materiales.
 - Fomentar la producción y fabricación nacionales mediante la concesión de incentivos y de medidas de apoyo a las empresas.
- Los Estados deberán evaluar y reducir las prácticas comerciales y de fijación de precios que pongan en peligro en su país o en otros países la disponibilidad, asequibilidad y calidad de productos esenciales como los EPI.

c) Motivos de preocupación relativos al volumen de trabajo y la salud mental

- Cuando sea pertinente, los Estados deberán garantizar que los cambios en las horas de trabajo, el tiempo libre, las vacaciones anuales y otras condiciones laborales del personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales se llevan a cabo únicamente con arreglo a las leyes y normas internacionales de derechos humanos y en consulta con los trabajadores y trabajadoras y sus representantes. Cualquier modificación de este tipo deberá ser temporal, necesaria y proporcionada, y garantizar que los trabajadores y trabajadoras tienen oportunidades adecuadas para descansar y recuperarse.
- Los Estados deberán tomar medidas activas para proteger la salud mental del personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales, incluidas las siguientes:
 - Garantizar que las entidades empleadoras elaboran e implementan una estrategia de salud laboral que reconozca la necesidad de apoyo psicosocial para el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales, lo que incluye animar a estas entidades a que tomen medidas para reducir el estrés en el trabajo organizando adecuadamente los turnos.
 - Garantizar que los trabajadores y trabajadoras saben dónde y cómo acceder a servicios de salud mental y apoyo psicosocial, y que los Estados y entidades empleadoras facilitan el acceso a dichos servicios.
- Los Estados deberán garantizar que la totalidad del personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales que hayan contraído la COVID-19 o aquellos a quienes se ordene aislarse en cuarentena por la posibilidad de que la hayan contraído, tienen derecho a una baja por enfermedad remunerada durante el tiempo que no puedan trabajar.
- Los Estados deberán garantizar que los sistemas de salud y otros servicios esenciales cuentan con personal suficiente y que, cuando sea necesario, se contratará a un número suficiente de personal sanitario y trabajadores y trabajadoras esenciales para hacer frente al aumento del volumen de trabajo, durante la pandemia de COVID-19.

d) Trabajo y compensación

- Los Estados deberán garantizar que la totalidad del personal sanitario y de los trabajadores y trabajadoras esenciales reciben un salario equitativo que refleje el impacto de su labor en su salud y su seguridad, las dificultades específicas del trabajo y el impacto en su vida personal y familiar, con arreglo al derecho y las normas internacionales de derechos humanos. Cuando las circunstancias de la pandemia afecten a cualquiera de los factores enumerados —como, por ejemplo, cuando las dificultades o el impacto del trabajo en la salud del trabajador o trabajadora aumenten de forma significativa—, los Estados deberán considerar la revisión de sus salarios o complementarlos, aunque sea temporalmente, para que se refleje este cambio de circunstancias.
- Cuando los Estados ya hayan establecido medidas para proporcionar una compensación o prestaciones adicionales para el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales que tengan dificultades adicionales debido a la pandemia de COVID-19, deberán asegurarse de que (i) estas medidas están disponibles por igual para todos los trabajadores y trabajadoras en circunstancias equivalentes; y que (ii) todo el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales reciben la compensación o las prestaciones adicionales con rapidez y puntualidad. Los Estados deberán reconocer que parte del personal sanitario y algunos trabajadores y trabajadoras esenciales podrían correr riesgos mayores debido a la naturaleza de su trabajo y a factores socioeconómicos subyacentes que podrían tener por consecuencia un deterioro mayor de su salud.
- Los Estados deberán seguir esforzándose por eliminar la brecha salarial de género, también en los sectores de la atención de la salud y la asistencia social, y crear condiciones de trabajo dignas para quienes trabajan de forma remunerada en el cuidado de otras personas.
- Los Estados deberán reconocer la COVID-19 como enfermedad profesional, y los trabajadores y trabajadoras que la contraigan como consecuencia de actividades relacionadas con su trabajo deberán tener derecho a una compensación en efectivo y a la atención médica y otros cuidados necesarios. Esto deberá incluir a la totalidad del personal sanitario y de los trabajadores y trabajadoras esenciales. Si un trabajador o trabajadora de la salud o esencial muere como consecuencia de haber contraído la COVID-19 en el trabajo, su familia y personas dependientes deberán recibir una indemnización y otras formas de ayuda.
- Los Estados deberán garantizar que el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales tienen acceso oportuno a las pruebas de detección de la COVID-19 y que forman parte de los grupos prioritarios a la hora de ser sometidos a pruebas de COVID-19 en sus jurisdicciones.

REPRESALIAS

- Los Estados deberán garantizar que el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales pueden ejercer su derecho a la libertad de expresión sin temor a represalias y que las entidades empleadoras establecen sistemas que permiten que el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales informen de riesgos para la salud y la seguridad.
- Los motivos de preocupación sobre la seguridad del personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales deberán ser atendidos y abordados de la forma adecuada. No deberá haber represalias contra quienes expongan motivos de preocupación o formulen quejas sobre salud y seguridad en el trabajo.
- Cuando personal sanitario y trabajadores y trabajadoras esenciales hayan sufrido represalias o medidas disciplinarias en su trabajo por exponer motivos de preocupación sobre salud y seguridad o hayan perdido su empleo como consecuencia de ello, las autoridades competentes deberán investigar debidamente la medida adoptada y, en su caso, conceder una reparación adecuada, incluida la posibilidad de readmisión.
- Los Estados deberán reconocer públicamente el papel del personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales en la defensa de los derechos humanos durante la pandemia y facilitar un entorno seguro y propicio en el que puedan hacer su trabajo sin represalias, intimidación o amenazas.
- Los Estados deberán proteger a todo el personal sanitario y a los trabajadores y trabajadoras esenciales que defienden los derechos humanos y garantizar que cualquier limitación a los derechos a la libertad de expresión, asociación, reunión pacífica, circulación y privacidad es estrictamente necesaria y proporcional para la protección de la salud pública u otro propósito legítimo en virtud del derecho internacional de los derechos humanos.

- Los Estados deberán garantizar que el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales pueden ejercer sus derechos a la libertad de reunión y de asociación pacíficas sin temor a represalias. Esto incluye abstenerse de violar los derechos de los trabajadores y trabajadoras, adoptar medidas positivas para hacer cumplir estos derechos y proteger de violaciones de terceras partes, así como respetar los derechos de todos los trabajadores y trabajadoras a participar en negociaciones colectivas y otras acciones colectivas, incluido el derecho a la huelga.

ESTIGMA Y VIOLENCIA

- Para contrarrestar la estigmatización del personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales, los Estados deberán difundir información precisa y objetiva sobre los siguientes elementos:
 - La enfermedad de la COVID-19, cómo se propaga y cómo se puede prevenir, para que las personas actúen basándose en datos y no en información incorrecta.
 - Su apoyo al personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales, incluido el papel crucial que desempeñan durante la pandemia.
- Cuando sea necesario, los Estados deberán facilitar al personal sanitario y a los trabajadores y trabajadoras esenciales acceso a servicios básicos, como la vivienda, para que corran menos riesgo de que se les sea negado debido al estigma social.
- Los Estados deberán garantizar que el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales tienen medios de transporte seguros para acudir al trabajo y volver a su domicilio (por ejemplo, facilitándoles transporte cuando no puedan usar el transporte público debido a las medidas de confinamiento) y de que éstos son accesibles y asequibles para todos. Se deberán tener en cuenta las necesidades específicas de diferentes tipos de personal sanitario y trabajadores y trabajadoras esenciales, como sus circunstancias personales, dónde viven, cuál es su turno de trabajo, etc.
- Los Estados deberán establecer protocolos para garantizar que la dirección de todos los centros donde trabajan el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales lleva a cabo un análisis de los riesgos que corre su personal en relación con la violencia y el estigma, y establece medidas de seguridad adecuadas para abordar estas amenazas.
- Los Estados deberán informar a todo el personal de seguridad y otras personas y entidades responsables de vigilar el cumplimiento del confinamiento, el toque de queda o la cuarentena donde se hayan impuesto estas medidas, de que el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales tienen derecho a ir y volver del trabajo, y toda queja de hostigamiento o violencia a manos de personal de seguridad deberá investigarse de inmediato.
- Las autoridades del Estado deberán investigar de inmediato y de un modo exhaustivo, independiente e imparcial cualquier ataque o acto de violencia contra personal sanitario y trabajadores y trabajadoras esenciales, y los perpetradores deberán rendir cuentas de sus actos. Los Estados deberán tener una actitud de tolerancia cero hacia la violencia y la discriminación contra el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales. En consecuencia, los Estados deberán reconocer que parte del personal sanitario y de los trabajadores y trabajadoras esenciales podría correr un riesgo adicional o específico debido a sus identidades múltiples e interseccionales, y tenerlo en cuenta en su respuesta.
- Los Estados deberán establecer sistemas para documentar cualquier incidente violento, de discriminación y/o estigmatización de que sean objeto el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales durante la pandemia de COVID-19 y animarlos a que denuncien sin dilación este tipo de incidentes.

GENERAL

- La rendición de cuentas deberá ser una parte crucial de la recuperación de la pandemia. Deberán realizarse revisiones exhaustivas, efectivas e independientes sobre la preparación de los Estados y de otros agentes para la pandemia y sobre sus respuestas a ésta. Cuando haya motivos para creer que los organismos públicos no han protegido adecuadamente los derechos humanos —incluidos los derechos del personal sanitario y de los trabajadores y trabajadoras esenciales— en el contexto de la pandemia, los Estados deberán proporcionar recursos efectivos y accesibles —incluidas unas

investigaciones exhaustivas, creíbles, transparentes, independientes e imparciales sobre estas denuncias—, garantizar la rendición de cuentas y aprender de lo sucedido para garantizar que ninguna inacción a la hora de hacer cumplir adecuadamente los derechos humanos en sus respuestas se repite en futuras oleadas de la pandemia de COVID-19 o en el brote masivo de cualquier otra enfermedad.

- Los Estados deberán garantizar la participación del personal sanitario y de los trabajadores y trabajadoras esenciales en la elaboración y la implementación de todas las políticas que les afecten, y que las futuras reformas de los sectores sanitario y social se basan en principios de rendición de cuentas y transparencia y son totalmente conformes con las obligaciones en materia de derechos humanos.
- Los Estados deberán aumentar las asignaciones presupuestarias destinadas al sector de la salud pública y elaborar un plan que garantice que el sistema de salud pública cuenta con los fondos y el personal necesarios. Esto deberá incluir una evaluación detallada del gasto en salud pública necesario para garantizar que todas las personas pueden gozar del derecho a la salud, y opciones para financiar el aumento de los gastos en salud pública.
- Los Estados que tengan recursos para proporcionar ayuda económica a Estados que no pueden responder efectivamente a la pandemia de COVID-19 y sus repercusiones tienen la obligación de hacerlo con carácter urgente, lo que incluye alentar a las instituciones financieras internacionales, en su calidad de miembros de éstas, a que aumenten su apoyo.
- Si no lo han hecho aún, los Estados deberán garantizar que los derechos a la salud, al trabajo y en el trabajo, a la seguridad social, y a un nivel de vida adecuado están reconocidos y protegidos en su sistema jurídico nacional.
- Si no lo han hecho aún, los Estados deberán firmar y ratificar el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, de 1981; el Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de 1964; y el Convenio sobre el personal de enfermería, de 1964.

**AMNISTÍA INTERNACIONAL
ES UN MOVIMIENTO GLOBAL
DE DERECHOS HUMANOS.
LAS INJUSTICIAS QUE
AFECTAN A UNA SOLA
PERSONA NOS AFECTAN
A TODAS LAS DEMÁS.**

CONTÁCTANOS



info@amnesty.org



+44 (0)20 7413 5500

ÚNETE A LA CONVERSACIÓN



www.facebook.com/AmnestyGlobal



[@AmnistiaOnline](https://twitter.com/AmnistiaOnline)

EXPUESTO, ACALLADO Y ATACADO

DEFICIENCIAS EN LA PROTECCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y QUE REALIZA LABORES ESENCIALES DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

El personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras que realizan labores esenciales desempeñan un papel extraordinario en la respuesta global a la pandemia de COVID-19. En diferentes países, han arriesgado su salud y su bienestar, a menudo en circunstancias muy difíciles y con muy poca ayuda, para garantizar el acceso de la población a los servicios esenciales que necesita. Basado en información de 63 países y territorios, este informe pone de relieve las dificultades que el personal sanitario y los trabajadores y trabajadoras esenciales han afrontado durante este periodo. El análisis de Amnistía Internacional muestra que, durante la pandemia, más de 3.000 trabajadores y trabajadoras de la salud han perdido la vida a causa de la COVID-19 —cifra probablemente muy inferior a la real— y muchos otros trabajan en entornos peligrosos debido a la escasez de equipos de protección individual (EPI). Por denunciar problemas de seguridad, han sufrido represalias de las autoridades y de sus entidades empleadoras, incluidos detenciones y despidos, y en algunos casos han sido víctimas de violencia y estigma por parte de la población. El informe formula recomendaciones concretas sobre lo que deben hacer los gobiernos del mundo para cumplir sus obligaciones en materia de derechos humanos y proteger adecuadamente los derechos del personal sanitario y de los trabajadores y trabajadoras esenciales.