



LAS VACUNAS EN LAS AMÉRICAS

DIEZ IMPERATIVOS DE DERECHOS HUMANOS PARA
GARANTIZAR LA SALUD A TODAS LAS PERSONAS

Amnistía Internacional es un movimiento global de más de 10 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 2021

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

Para más información, visite la página *Permisos* de nuestro sitio web: www.amnesty.org

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 2021

por Amnesty International Ltd.

Peter Benenson House, 1 Easton Street
London WC1X 0DW, Reino Unido

Índice: AMR 01/3797/2021

Idioma original: Inglés

amnesty.org



Foto de portada: Una profesional de la salud lleva un contenedor refrigerado con la vacuna contra la COVID-19 de Sinovac Biotech Ltd. en un centro médico de Montevideo (Uruguay), 1 de marzo de 2021.
© Ana Ferreira/Bloomberg via Getty Images

**AMNISTÍA
INTERNACIONAL**



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
METODOLOGÍA Y MARCO DE DERECHOS HUMANOS	7
1. ANTEPONER LOS DERECHOS HUMANOS A LOS DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL	9
2. CONSULTAR AMPLIAMENTE Y PUBLICAR PLANES ACCESIBLES	13
3. PROTEGER A LOS GRUPOS EN SITUACIÓN DE RIESGO E IMPEDIR LA DISCRIMINACIÓN Y LA DESIGUALDAD	17
4. GARANTIZAR EL ACCESO A INFORMACIÓN PRECISA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PLANES	20
5. FACILITAR LA COORDINACIÓN ENTRE TODOS LOS NIVELES DE GOBIERNO	22
6. TENER EN CUENTA A TODO EL PERSONAL SANITARIO Y PROTEGER SUS DERECHOS	24
7. GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE LAS VACUNAS PARA TODAS LAS PERSONAS CON INDEPENDENCIA DE LA CONDICIÓN MIGRATORIA	27
8. GARANTIZAR QUE EL SECTOR PRIVADO NO MENOSCABA EL ACCESO JUSTO	30
9. ABSTENERSE DE UTILIZAR LAS VACUNAS PARA BENEFICIOS PERSONALES O POLÍTICOS	32
10. ADMINISTRAR LAS VACUNAS GRATUITAMENTE EN EL LUGAR DONDE SE PRESTAN LOS SERVICIOS DE SALUD Y DESTINAR A ELLO EL MÁXIMO DE LOS RECURSOS DISPONIBLES	34
RECOMENDACIONES FINALES A TODOS LOS ESTADOS	36
RECOMENDACIONES A LAS EMPRESAS CON ACTIVIDADES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	40

INTRODUCCIÓN

El comienzo de las campañas de vacunación contra el COVID-19 en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe¹ ha llevado esperanza a una región que es la más desigual del mundo² y que ha sido golpeada duramente por la pandemia.³ La mayoría de los países de la región entraron en confinamiento con decretos de emergencia a mediados de marzo de 2020⁴ y, un año después, continúan lidiando con tasas de infección que siguen siendo altas. En muchos casos, las autoridades se están esforzando, en circunstancias muy difíciles, por encontrar soluciones a las crisis sanitarias, económicas y de derechos humanos que existían ya en la región y que la pandemia de COVID-19 ha exacerbado. Muchos funcionarios y funcionarias del Estado y profesionales de la salud trabajan sin descanso por proteger la salud de la población, en muchos casos a costa de sus derechos laborales.⁵

Sin embargo, nada más iniciarse las campañas de vacunación, han empezado a aparecer ya señales de alarma: las empresas farmacéuticas, si bien suministran vacunas que salvan vidas, han menoscabado también la transparencia en las negociaciones sobre precios y contratos con los países de la región, lo que podría afectar al acceso universal a las vacunas; las autoridades de varios países no han tenido en cuenta a los grupos que están expuestos a un riesgo mayor en la pandemia o que son históricamente objeto de discriminación, e igualmente importante, las autoridades públicas han utilizado las vacunas para obtener réditos políticos o personales, haciendo caso omiso de los criterios de base científica para la asignación de las vacunas, generando indignación y confusión en algunos países y contraviniendo, además, los estándares de derechos humanos.

El año 2021 es excepcional en términos de ciclos electorales en América Latina y el Caribe.

En febrero de 2021, **El Salvador** celebró elecciones al Congreso, y en marzo hubo elecciones regionales en **Bolivia**. Otros cinco países llevarán a cabo o culminarán las etapas finales de las elecciones generales (presidenciales) también este año, a saber: **Ecuador, Perú, Nicaragua, Chile y Honduras**. **México** llevará a cabo elecciones intermedias al Congreso y varias gubernaturas y congresos estatales, y también **Argentina** celebrará elecciones de media legislatura. Los medios de comunicación han informado que en **Venezuela** y **Paraguay** hay planes tentativos de celebración de elecciones a gobernaciones y alcaldías durante el año.

Los ciclos electorales pueden ser momentos en los que los gobiernos podrían presionar a determinados sectores de la sociedad que les critican. En contextos así, podríamos asistir a un uso de las vacunas destinado a obtener beneficios políticos o personales. Incluso fuera de los ciclos electorales, las irregularidades de quienes ocupan cargos públicos son algo habitual en la región. América Latina y el Caribe tiene una puntuación baja en el Índice de Percepción de la Corrupción de Transparencia Internacional.⁶ En

¹ Según medios de comunicación y anuncios de ámbito nacional, a principios de marzo de 2021 casi todos los países de América Latina habían recibido dosis de vacunas en diferentes cantidades y de una variedad de proveedores. Véanse, por ejemplo, *BBC Mundo*, “Vacunas contra COVID-19: Los países de América Latina donde todavía no han llegado”, 23 de febrero de 2021. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56168826>. Después de esa fecha, en la primera semana de marzo, comenzó también la vacunación en **Guatemala**, **Nicaragua**, **Uruguay** y **Honduras**. De acuerdo con la información de que dispone Amnistía Internacional, de los 17 países examinados en el presente informe, Cuba es el único que no ha empezado a inocular a su población, aunque actualmente se encuentra en la fase final de un ensayo clínico de su propia vacuna, según informes de prensa.

² Véase Naciones Unidas, <https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2020/01/World-Social-Report-2020-FullReport.pdf> *Inequality in a Rapidly Changing WorldWorld Social Report 2020*, Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/dspd/2019/12/wsr2020-summary/>. donde se afirma que América Latina sigue siendo la región con mayor desigualdad de ingresos (pág. 27).

³ América Latina y el Caribe es la subregión del mundo donde mayor número de muertes se han registrado continuamente en varios países durante la pandemia de COVID-19. Varios países presentan algunas de las tasas de mortalidad por población más altas del mundo.

⁴ En los países de la región comenzaron a dictarse decretos de emergencia o medias oficiales para aplicar confinamientos, toques de queda o respuestas sanitarias de emergencia frente a la pandemia de COVID-19 en las fechas siguientes: Honduras: 10 de febrero; Guatemala: 6 de marzo; El Salvador: 14 de marzo; Uruguay: 13 de marzo; Ecuador: 16 de marzo; Perú: 15 de marzo; Chile: 18 de marzo; Venezuela: 21 de marzo; Paraguay: 16 de marzo; Panamá: 13 de marzo; República Dominicana: 19 de marzo; Colombia: 17 de marzo; Brasil: 6 de febrero y 19 de marzo; Argentina: 20 de marzo; Bolivia: 26 de marzo; México: 30 de marzo; Cuba: 14 de abril. Amnistía Internacional no pudo encontrar ningún registro de las medidas de emergencia contra la pandemia aplicadas por gobierno de Nicaragua.

⁵ Amnistía Internacional, *El costo de curar: Los derechos de las personas trabajadoras de la salud en las Américas durante el COVID-19 y más allá* (Índice: AMR 01/2311/2020), 19 de mayo de 2020, <https://www.amnesty.org/es/documents/amr01/2311/2020/es/>

⁶ Véase Transparencia Internacional, *Índice de Percepción de la Corrupción 2020*. Disponible en: <https://www.transparencia.org/en/cpi/2020/index/nzl>. Casi todos los países de América Latina y el Caribe están por debajo de la puntuación media global, y algunos figuran en la franja de puntuaciones mínimas, correspondiente a los países considerados “muy corruptos”.

el contexto de las elecciones y los ciclos políticos, la corrupción podría menoscabar el acceso justo a las vacunas y erosionar aún más el disfrute del derecho a la salud.

Solo durante el mes de febrero, los ministros de Salud de **Perú, Argentina y Ecuador** se vieron obligados a dimitir tras saberse que se habían vacunado o en algunos casos habían permitido vacunar a personas no incluidas en los grupos prioritarios del plan oficial de asignación establecido por las autoridades sanitarias nacionales.⁷

A mediados de febrero de 2021, periodistas de investigación de **Perú** informaron⁸ de que a partir de octubre de 2020 se había administrado la vacuna de Sinopharm a cientos de funcionarios del Estado, miembros de personal universitario y figuras públicas con un lote extra de dosis suministradas gratuitamente por la empresa durante las negociaciones que había mantenido con el Estado peruano. El escándalo consiguiente obligó a las autoridades públicas y a la universidad encargada de los ensayos clínicos a hacer públicos los nombres de las 487 personas que habían recibido las dosis gratuitas.⁹ En la lista figuraban el ex presidente depuesto Martín Vizcarra, su esposa, la ex ministra de Relaciones Exteriores y el máximo representante del Vaticano en el país.¹⁰ Una comisión de investigación publicó un informe en el que se recomendaba la dimisión de varios funcionarios del Estado y la investigación de otros.¹¹ En enero, meses después de que estas 487 personas recibieran las dosis durante el periodo de negociación con la empresa, el presidente peruano anunció en un discurso televisado un acuerdo por el que se iban a recibir un total de 38 millones de dosis de la vacuna de Sinopharm y 14 millones de la de AstraZeneca¹² a un precio por dosis que no se ha hecho público.

Unos días después del escándalo de corrupción peruano, estalló en **Argentina** la indignación popular al saberse que un grupo de aliados políticos, funcionarios del Estado y empresarios, entre otras personas, hicieron caso omiso del plan oficial de vacunación y fueron vacunados sin estar incluidos entre los grupos prioritarios.¹³ Según los medios informativos, al menos 10 personas recibieron la vacuna Sputnik V en las dependencias del Ministerio de Salud.¹⁴

En **Brasil**, la cuestión de las vacunas contra el COVID-19 ha sido causa de conflicto político entre el presidente, que ha hecho reiteradas declaraciones en contra de las vacunas, causando confusión en la estrategia nacional de vacunación, y los gobernadores de distintas partes del país que han intentado proporcionar vacunas a sus poblaciones locales.¹⁵ Aparte del sector político, las fiscalías han empezado ya a tomar medidas drásticas contra los casos de profesionales del derecho, empresarios poderosos, personas

⁷ Véase, por ejemplo: Mitra Taj, Anatoly Kurmanaev, Manuela Andreoni y Daniel Politi, “Escándalos de vacunación en América Latina: los poderosos se saltan la fila”, *The New York Times* (edición en español), 25 de febrero de 2021. Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2021/02/25/espanol/corruccion-vacunagate.html>. Véase también *BBC Mundo*: “Coronavirus en Ecuador: renuncia el ministro de Salud tras el escándalo del plan de vacunación”, 26 de febrero de 2021. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56210659>.

⁸ Alexandra Ampuero, “Funcionarios del gobierno de Vizcarra se vacunaron con 2.000 dosis que donó Sinopharm”, *La República*, 14 de febrero de 2021. Disponible en: <https://larepublica.pe/politica/2021/02/14/mas-de-50-funcionarios-de-gobierno-de-vizcarra-se-habrian-vacunado-con-las-dosis-extra-de-sinopharm/>

⁹ La Universidad Cayetano Heredia de Perú publicó la lista del personal que había recibido la vacuna, 15 de febrero de 2021. Disponible en: <https://cde.3.elcomercio.pe/doc/0/1/7/4/1/1741762.pdf>.

¹⁰ *La República*, “Nuncio Apostólico también recibió vacuna contra COVID-19”, 16 de febrero de 2021. Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/2021/02/16/vacunagate-nuncio-apostolico-nicola-girasoli-tambien-recibio-vacuna-contra-la-covid-19/>

¹¹ Informe de la Comisión Sectorial Investigadora de la Aplicación de la Vacuna Candidata contra la COVID-19. disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1693259/Informe.pdf>

¹² Véanse, por ejemplo, “Perú anuncia acuerdos de compra de la vacuna contra la COVID-19 con AstraZeneca y Sinopharm” *Europapress*, 7 de enero de 2021. Disponible en: <https://www.europapress.es/internacional/noticia-peru-anuncia-acuerdos-compra-vacuna-contra-covid-19-astrazeneca-sinopharm-20210107055331.html>. Y el *mensaje del presidente de la República a la nación*, gobierno de Perú, 6 de enero de 2021. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=zi8XP0Wocec>.

¹³ *Infobae*, “Vacunagate: el escándalo del gobierno argentino en los principales diarios del mundo”, 20 de febrero de 2021. Disponible en: <https://www.infobae.com/politica/2021/02/20/vacunagate-el-escandalo-del-gobierno-argentino-en-los-principales-diarios-del-mundo/>;

¹⁴ A la luz de estos hechos, Amnistía Internacional solicitó información pública y una reunión con la nueva ministra de Salud para hacer aportes en materia de derechos humanos al plan de vacunación. Véase Amnistía Internacional Argentina, “Amnistía Internacional pidió una asignación transparente de vacunas contra el COVID-19 y solicitó una reunión con el Ministerio de Salud”, 22 de febrero de 2021. Disponible en: <https://amnistia.org.ar/amnistia-internacional-pidio-una-asignacion-transparente-de-vacunas-contra-el-covid-19-y-solicito-una-reunion-con-el-ministerio-de-salud/>.

¹⁵ Varios medios de comunicación han publicado los detalles de estas disputas sobre la estrategia de vacunación de Brasil, sobre todo entre el presidente y el gobernador de São Paulo. Véase, por ejemplo, Jussara Soares y Natália Portinari, O Globo “Após Doria iniciar vacinação, Bolsonaro tenta reagir. Entenda a estratégia”, 21 de enero de 2021. Disponible en: <https://oglobo.globo.com/brasil/apos-doria-iniciar-vacinacao-bolsonaro-tenta-reagir-entenda-estrategia-1-24844693>. Véase también Tom Phillips, *The Guardian*, “Bolsonaro rival hails Covid vaccinations as ‘triumph of science against denialists’”, 17 de enero de 2021, disponible en: <https://www.theguardian.com/world/2021/jan/18/bolsonaro-rival-hails-covid-vaccinations-as-triumph-of-science-against-denialists>. En el apartado 5 del presente informe se ofrecen más detalles sobre los pronunciamientos oficiales de los gobernadores de otros estados del país.

que gestionan blogs de moda, figuras políticas y otras personas que consiguen las vacunas por medios ilícitos, en perjuicio del interés público general.¹⁶

En **Nicaragua**, el gobierno anunció el comienzo de la vacunación a principios de marzo. Como en el caso de la gestión de la pandemia, la información oficial sobre el plan de vacunación es escasa e incompleta. Amnistía Internacional ha documentado la represión de disidentes durante la pandemia de COVID-19 y la aprobación en diciembre de 2020 de nuevas leyes que silencian la disidencia.¹⁷ Además, la organización ha documentado cómo la respuesta del gobierno nicaragüense a la pandemia de COVID-19 contraviene el derecho internacional de los derechos humanos en lo relativo al derecho a la salud y deja también al personal sanitario expuesto a sufrir represalias, hostigamiento e intimidación simplemente por velar por la salud de otras personas.¹⁸ Estos hechos son precedentes peligrosos, que Amnistía Internacional continuará manteniendo bajo observación durante el año, especialmente en el periodo previo a las elecciones presidenciales de noviembre.



Personal sanitario recibe una dosis de la vacuna rusa contra el COVID-19 Sputnik en Buenos Aires (Argentina), 11 de enero de 2021.
© Anita Pouchard Serra/Bloomberg via Getty Images

¹⁶ Samantha Pearson, "In Brazil, People Illicitly Snag Vaccines and Brag About it", The Wall Street Journal, 17 de febrero de 2021. Disponible en: <https://www.wsj.com/articles/in-brazil-people-illicitly-snap-vaccines-and-brag-about-it-11613563201>. Véase también Ministerio Público del estado de Amapá, "Justiça Federal determina publicação da lista de vacinados contra covid-19 em Manaus (AM)", 25 de enero de 2021, MP-AP instaura Inquérito Civil para apurar se agente público teria infringido ordem de prioridade de vacinação da COVID-19 no município de Serra do Navio. Disponible en: MP-AP instaura Inquérito Civil para apurar se agente público teria infringido ordem de prioridade de vacinação da COVID-19 no município de Serra do Navio, 21 de enero de 2021. Véase también Ministerio Público Federal. Disponible en: <http://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/noticias-am/justica-federal-determina-publicacao-da-lista-de-vacinados-contra-covid-19-em-manaus-am>.

¹⁷ Amnistía Internacional, *Silencio a cualquier costo: Tácticas del estado para profundizar la represión en Nicaragua* (Índice: AMR 43/3398/2021), 15 de febrero de 2021, <https://www.amnesty.org/es/documents/amr43/3398/2021/es/>

¹⁸ 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), 19 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.amnesty.org/es/documents/amr01/2311/2020/es/> - véase pág. 13, sobre las represalias contra el personal sanitario. Véase también Amnistía Internacional, *Carta abierta a Daniel Ortega, presidente de Nicaragua, enviada por organizaciones internacionales* (Índice: AMR 43/2535/2020), 17 de junio de 2020, <https://www.amnesty.org/es/documents/amr43/2535/2020/es/>

METODOLOGÍA Y MARCO DE DERECHOS HUMANOS

El informe está basado en investigaciones sobre el acceso a las vacunas contra el COVID-19 en América Latina y el Caribe desde agosto 2020, incluidas entrevistas y correspondencia con 34 personas, entre las que figuran personal médico y de enfermería, especialistas en vacunas, personas que se han vacunado, representantes sindicales del personal sanitario, miembros de organizaciones profesionales de medicina y enfermería, funcionarios y ex funcionarios del Estado, periodistas de investigación especializados en el sector de la salud, representantes del mundo académico, miembros de organizaciones de la sociedad civil, representantes de organizaciones intergubernamentales y personas defensoras de los derechos de los pacientes. También está basado en solicitudes realizadas conforme a la legislación sobre acceso a la información pública o en cartas en que se solicitaba información oficial, presentadas a los gobiernos de 17 países de la región,¹⁹ así como en información pública difundida en conferencias de prensa y sitios web de los gobiernos.

Amnistía Internacional ha examinado decretos oficiales, planes nacionales de vacunación, informes oficiales de consultas con expertos y otros datos dados a conocer en seminarios públicos. En el informe se hace también uso de análisis publicados en varias revistas académicas revisadas por pares, así como de información presentada en medios de comunicación. Amnistía Internacional se ha asegurado de que todos los artículos de medios de comunicación citados en este informe representan la tendencia más amplia de lo publicado por múltiples medios informativos y fuentes oficiales.

En el informe se indican medidas esenciales que deben adoptarse para orientar la vacunación en América Latina y el Caribe.²⁰

Muchas de las recomendaciones formuladas pueden aplicarse de inmediato.

Estas recomendaciones están basadas en el derecho internacional de los derechos humanos, que es vinculante para los Estados, así como en los estándares internacionales de derechos humanos. Todos los países de América Latina y el Caribe han firmado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y casi todos²¹ son Estados Partes plenos en este tratado vinculante, lo que supone que “se compromete[n] a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga[n]”²² y que tales medidas deben ser “deliberadas, concretas y orientadas”.²³ Además el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), del cual los países de la región son también Estados

¹⁹ Amnistía Internacional comenzó a presentar solicitudes de acceso a la información en noviembre de 2020 y empezó enviándolas a los países que primero habían anunciado el suministro de vacunas en la región y continuó presentando algunas solicitudes o cartas finales hasta el mes anterior a la publicación del informe. De este modo, algunos gobiernos de la región aún están dentro de los plazos establecidos para responder a estas solicitudes de información de Amnistía Internacional. Los gobiernos respondieron a estas preguntas con rapidez y exhaustividad variables. Se enviaron solicitudes de información o cartas a: México (noviembre de 2020), Argentina (noviembre de 2020), Paraguay (noviembre de 2020), Brasil (cartas enviadas a los gobiernos de ámbito subnacional durante enero y febrero de 2020 y al gobierno federal a principios de marzo de 2020), El Salvador (diciembre de 2020), Colombia (principios de febrero de 2021), Guatemala (diciembre de 2020), Honduras (noviembre de 2020), Perú (noviembre de 2020), Ecuador (dos veces: noviembre 2020 y, por correspondencia a modo de recordatorio, febrero de 2020), Bolivia (dos veces: noviembre de 2020 y, por correspondencia a modo de recordatorio, febrero de 2020), República Dominicana (febrero de 2020), Cuba (enero de 2021), Nicaragua (enero de 2021), Chile (noviembre de 2020), Uruguay (marzo de 2021), Venezuela (carta enviada en enero de 2021, si bien las autoridades venezolanas no disponían de un sistema para recibir una copia electrónica y se dijo a la organización que la carta sólo se recibiría físicamente si se presentaba en persona, lo que no ha sido posible debido a las medidas sanitarias aplicadas en el país).

²⁰ El presente informe se centra en la región comúnmente denominada “América Latina y el Caribe”, que incluye 33 países, si bien a los efectos del informe, los ejemplos ofrecidos se limitarán a 17 países que han presentado la mayor cantidad de casos de COVID-19 y concentran la mayor parte de la población de la región, a saber: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Cuba, República Dominicana, El Salvador, Ecuador, Nicaragua, Honduras, Guatemala, México, Paraguay, Perú, Venezuela y Uruguay.

²¹ Cuba es el único Estado de la región de América Latina y el Caribe que no ha ratificado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. No obstante, como firmante del mismo, según el derecho internacional está obligada a abstenerse de cualquier acción que atente contra el objeto o propósito del tratado, según el artículo 18 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, de 1969.

²² Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 2.1 (adoptado en 1966, en vigor desde 1976). Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>.

²³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) de la ONU, Observación general 3, párr. 2, diciembre de 1990, E/1991/23. Disponible en: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838e10.pdf>.

Partes,²⁴ dispone que deben tomar medidas para proteger los derechos de sus poblaciones, reconociendo la indivisibilidad de todos los derechos humanos y el hecho de que el derecho a la salud es esencial para el disfrute de los demás derechos.²⁵ En cada apartado del presente informe se exponen los estándares de derecho internacional que enmarcan las obligaciones de los Estados en cada área de interés.

Las empresas con actividades en la región tienen la responsabilidad de respetar todos los derechos humanos dondequiera que las lleven a cabo, conforme a los Principios Rectores de la ONU sobre las Empresas y los Derechos Humanos.²⁶

La responsabilidad de las empresas va más allá del cumplimiento de la legislación y los reglamentos nacionales destinados a proteger los derechos humanos y comporta el respeto de todos los derechos humanos reconocidos internacionalmente.

²⁴ Cuba es el único Estado de la región de América Latina y el Caribe que no ha ratificado el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, pero como también lo ha firmado, está obligada a abstenerse de realizar cualquier acción que atente contra el objeto o propósito del tratado.

²⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), *Observación general n° 14* (2000), párrafo 1. Disponible en: <https://undocs.org/es/E/C.12/2000/4>

²⁶ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Principios rectores sobre las empresas y los derechos humanos*, 2011. Disponible en: https://www.ohchr.org/documents/publications/guidingprinciplesbusinesshr_sp.pdf

1. ANTEPONER LOS DERECHOS HUMANOS A LOS DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Son muchas las razones por las que los Estados deben garantizar que los derechos humanos tienen preferencia sobre las demandas de las empresas. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) de la ONU, el órgano encargado de supervisar la implementación del PIDESC, ha establecido que los Estados deben armonizar su legislación sobre la propiedad intelectual con sus obligaciones de derechos humanos para garantizar que se alcanza “un equilibrio entre la propiedad intelectual y el acceso y el intercambio abierto de los conocimientos científicos y sus aplicaciones, especialmente los vinculados a la realización de otros derechos económicos, sociales y culturales, como [el derecho] a la salud”.²⁷



Actualmente, las negociaciones entabladas en el seno de la Organización Mundial del Comercio (OMC) brindan a los Estados la oportunidad de acordar una exención de normas del comercio mundial recogidas en el Acuerdo de la OMC sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC). Sin embargo, incluso antes de que se alcance tal acuerdo mundial, los Estados pueden tomar medidas inmediatas compartiendo de manera transparente la información sobre las negociaciones y las compras de vacunas contra el COVID-19.

En mayo de 2020, Costa Rica y la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentaron el Acceso Mancomunado a la Tecnología contra el COVID-19 (C-TAP)²⁸ a modo de plataforma voluntaria de intercambio para recopilar todos los datos, conocimientos, material biológico y derechos de propiedad intelectual, y luego otorgar licencias de producción y transferir tecnología a otros posibles fabricantes. En una región como América Latina y el Caribe, que es la de mayor desigualdad del mundo, este tipo de mecanismos son esenciales para maximizar el acceso a la vacuna, especialmente porque es probable que la demanda de vacunas contra el COVID-19 supere el suministro durante el futuro próximo.

La mayoría de los países de América Latina y el Caribe se ha sumado también al mecanismo COVAX, que, coordinado por la OMS, tiene por objeto aunar la demanda mundial de vacunas contra el COVID-19 y distribuir 2.000 millones de dosis para el final de 2021. No obstante, el suministro de vacunas del COVAX no será suficiente para satisfacer la demanda de vacunas en la región.²⁹

En el momento de redactar estas líneas, casi la totalidad de los 17 países analizados en este informe habían anunciado negociaciones y acuerdos en curso con empresas farmacéuticas para el suministro de vacunas, entre ellas Pfizer, AstraZeneca, Sinopharm, Sinovac, Cansino, Sputnik V y Coronavac.³⁰ Amnistía Internacional presentó solicitudes de información a los gobiernos de 17 países de la región entre noviembre de 2020 y febrero de 2021,³¹ pidiendo copias de los contratos firmados o los acuerdos alcanzados con estas empresas y datos como la duración de los contratos, las condiciones de la financiación pública, el precio fijado de cada dosis y el sistema de licencias acordado. Hasta la fecha, las respuestas que los gobiernos han enviado a Amnistía Internacional no han proporcionado ningún dato en relación con estas preguntas. Además, ningún gobierno ha respondido hasta la fecha a la pregunta de si tomó medidas para instar a las empresas a adherirse al C-TAP como parte de las negociaciones entabladas.

²⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) de la ONU, Observación general núm. 25 (2020), relativa a la ciencia y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 15, párrafos 1 b), 2, 3 y 4, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/GC/25. Párrafo 62. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fGC%2f25&Lang=sp

²⁸ Organización Mundial de la Salud, *COVID-19 Technology Access Pool*, disponible en: <https://www.who.int/initiatives/covid-19-technology-access-pool>

²⁹ La mayoría de los países de la región se autofinancian en este marco, dado que la mayor parte de América Latina y el Caribe se considera de renta media, o de renta media-baja. Actualmente hay algunas excepciones a ello en la región, a saber, Bolivia, Haití, El Salvador y Nicaragua, que figuran en la lista del Mecanismo COVAX para el compromiso anticipado de mercado para 92 economías legibles de ingreso bajo y mediano. Los suministros iniciales que se entregarán a la región serán, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), “pequeños, debido a los limitados suministros mundiales”.

³⁰ Esta cifra se comprobó a partir de la información pública anunciada por los gobiernos en conferencias de prensa y comunicados oficiales.

³¹ Op Cit. Véase nota al pie 20 *supra*.

Tras una búsqueda verificada y comprobaciones con expertos, Amnistía Internacional identificó sólo un ejemplo de institución pública que había hecho público parcialmente el contrato con una empresa farmacéutica que desarrollaba vacunas contra el COVID-19: la organización pública Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), vinculada al Ministerio de Salud, en Brasil en octubre.³² Aunque fue un avance importante, en la versión pública del acuerdo podrían estar incluidos más datos sobre las condiciones relativas a la propiedad intelectual y el precio.³³ Además, lamentablemente ese paso no ha sido suficiente, ya que **Brasil** ha estado negociando con otras empresas farmacéuticas y no ha publicado las condiciones de otros acuerdos. Por su parte, a principios de marzo, el gobierno de la **República Dominicana** respondió a una solicitud de una organización internacional dedicada a la transparencia, facilitando una copia de su contrato con la empresa Pfizer. La organización internacional hizo público este contrato, que incluye el monto en dólares pagado por el gobierno y el número total de dosis compradas.³⁴ En el caso de **México**, en el portal oficial donde suelen publicarse los contratos del gobierno se publicó una descripción general del contrato de adquisición de vacunas de AstraZeneca firmado el 12 de octubre de 2020,³⁵ incluida la cantidad total de dólares estadounidenses que el gobierno mexicano ha transferido a la empresa. No obstante, el contrato en sí sigue siendo confidencial, conforme a la tendencia general en la región.

El contrato de México con AstraZeneca corresponde a uno de los primeros acuerdos sobre vacunas anunciados en la región. En agosto de 2020, los gobiernos de **Argentina y México** anunciaron un acuerdo con AstraZeneca para garantizar la producción y distribución de entre 150 y 250 millones de dosis de la vacuna de Oxford-AstraZeneca.³⁶ Las autoridades mexicanas anunciaron³⁷ que la financiación de este acuerdo procedía de la Fundación Slim, organización filantrópica del empresario mexicano Carlos Slim Helú.³⁸ En virtud de este acuerdo, Argentina ha comenzado recientemente a producir el ingrediente activo de esta vacuna, que se envió para su fabricación en las instalaciones de la empresa mexicana Liomont.³⁹

En noviembre de 2020, Amnistía Internacional presentó solicitudes de acceso a la información a **Argentina y México**, pidiendo copia de todo acuerdo alcanzado entre los gobiernos de ambos países, entre los gobiernos y AstraZeneca y con la Fundación Slim o con Liomont. El Ministerio de Salud argentino respondió el 23 de diciembre de 2020⁴⁰ afirmando que sus negociaciones y acuerdos con AstraZeneca eran confidenciales, según la legislación del país. Añadió que no está bajo su competencia conocer si se hubiera firmado un acuerdo con el gobierno mexicano para la producción conjunta de la vacuna, pero a la vez tampoco derivó la solicitud de información a un área de competencia para su respuesta, como establece la norma de transparencia en el país.⁴¹

La Secretaría de Relaciones Exteriores de **México** respondió afirmando que había consultado los archivos en busca de un acuerdo alcanzado con el gobierno argentino y no había constancia de él.⁴² El gobierno

³² Véase “Technological Order Agreement entered into by Fundacao Oswaldo Cruz-Fiocruz, Instituto de Tecnologia Em Imunobiologicos-Bio Manguinhos and AstraZeneca UK Limited”, Term. No 01/20202, disponible en: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/contrato_etec.pdf

³³ Véase Médicos sin Fronteras, “MSF Welcomes Fiocruz’s step towards transparency of AstraZeneca deal.” 3 de noviembre de 2020, disponible en: <https://msfaccess.org/msf-welcomes-fiocruz-step-towards-transparency-astrazeneca-deal>

³⁴ Véase: Knowledge Economy International: *Unredacted Pfizer contract with Dominican Republic, shows broad indemnity provisions for COVID-19*. 3 de marzo de 2021, disponible en: <https://www.keionline.org/35485>

³⁵ Véase PODER, *Astra Zeneca vende vacunas a México por 309 millones de dólares*. 19 de enero de 2021. El artículo tiene enlaces al portal oficial de los contratos del gobierno, *Compranet*:

<https://compranet.hacienda.gob.mx/esop/toolkit/opportunity/opportunityDetail.do?opportunityId=&ncp=1614822068739.3650308-1>

³⁶ *BBC News Mundo*, “AstraZeneca y la vacuna contra la covid-19: México y Argentina anuncian que producirán y distribuirán para América Latina la vacuna de Oxford”. *BBC News Mundo*, 13 de agosto de 2020, Disponible en <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-53761315>.

³⁷ Secretaría de Relaciones Exteriores de México, comunicado de prensa 229, *México anuncia alianza estratégica para la producción de la vacuna contra COVID-19*, 13 de agosto de 2020, <https://www.gob.mx/sre/prensa/mexico-anuncia-alianza-estrategica-para-la-produccion-de-la-vacuna-contra-covid-19>.

³⁸ Carlos Slim Helú figura en la lista Forbes de multimillonarios 2021 como la duodécima persona más rica del mundo durante el 2020. Revista *Forbes*, “The Richest in 2020”, lista disponible en: <https://www.forbes.com/profile/carlos-slim-helu/>.

³⁹ Véase, Secretaría de Salud de México, comunicado publicado en su cuenta oficial de Twitter, 20 de enero de 2021, disponible en: https://twitter.com/SSalud_mx/status/1351936439446077448?s=20. No obstante, según medios de comunicación internacionales, la fabricación de las vacunas se ha retrasado debido a la falta de viales disponibles para el proceso final de ensamblaje de la vacuna. Véase, por ejemplo, Enric González, Elias Camhaji, “Millones de dosis de la ‘vacuna latinoamericana’ de AstraZeneca, demoradas por falta de envases”, *El País*, 25 de febrero de 2021.

⁴⁰ Ministerio de Salud de Argentina, Dirección de Compras y Contrataciones, Nota NO-2020-90006191-APN-DCYC#MS en respuesta a la solicitud de acceso a la información NO-2020-84354737-APN-DAJ#MS, 23 de diciembre de 2020.

⁴¹ *Ibid.*

⁴² Secretaría de Relaciones Exteriores de México, *Respuesta a solicitud de acceso a la información*, 00005002543120, 11 de diciembre de 2020

mexicano respondió también a una solicitud de acceso a la información el 9 de diciembre de 2020 confirmando que “no se ha formalizado algún contrato con la Fundación Carlos Slim o con la empresa Laboratorios Liomont, S. A. de C. V, en los términos solicitados”.⁴³

El presidente mexicano se comprometió el 12 de enero en una conferencia oficial de prensa a hacer públicos los contratos con empresas farmacéuticas.⁴⁴ A pesar de esta declaración, el gobierno mexicano había respondido ya en diciembre de 2020, a través de su Secretaría de Relaciones Exteriores, a varias solicitudes de acceso a la información de Amnistía Internacional y a otras peticiones similares, afirmando que todos los acuerdos con AstraZeneca y otras empresas farmacéuticas eran confidenciales y estaban clasificados como información reservada por cinco años.⁴⁵ Asimismo, la Secretaría de Relaciones Exteriores respondió a una solicitud de información en los mismos términos, diciendo que la publicación de estos documentos podría influir directamente en la falta de acceso a las vacunas, lo que tendría una serie de consecuencias económicas y sociales.⁴⁶ Este argumento iba acompañado de información general sobre la pandemia en **México**, pero en la respuesta no se explicaba cómo el hecho de hacer públicos los contratos restringiría el acceso a las vacunas.

En el caso de **Chile**, el gobierno respondió a las solicitudes de Amnistía Internacional de copia de los contratos con empresas farmacéuticas en diciembre de 2020. Indicó que había escrito primero a Pfizer para pedir a la empresa que manifestara su consentimiento u oposición a dar a conocer el contrato a Amnistía Internacional. El gobierno chileno notificó a Amnistía Internacional que Pfizer se había opuesto a mostrar una copia del contrato, así que se la denegaba a la organización.⁴⁷

Es preocupante que los gobiernos de la región no estén cumpliendo con su responsabilidad de respetar el derecho de sus poblaciones a acceder a la información. Como estos contratos no se han hecho públicos, la información sobre el precio pagado por dosis continúa oculta, por lo que resulta difícil averiguar el costo real del desarrollo de estos productos. La falta de transparencia puede menoscabar también el acceso universal a las vacunas a un precio justo. Según la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, la transparencia “aumenta la legitimidad de las decisiones de los Estados y la implicación en ellas de todos los miembros de la sociedad”.⁴⁸

No sólo las leyes de muchos países de la región exigen jurídicamente hacer públicos los contratos del gobierno, sino que la transparencia es esencial también para garantizar el acceso justo a las vacunas. Según las Directrices de la ONU sobre derechos humanos para las empresas farmacéuticas en relación con el acceso a los medicamentos,⁴⁹ la transparencia es un presupuesto en negociaciones y contratos. Esta presunción sólo “podrá impugnarse en determinados supuestos, como el respeto de la confidencialidad de los datos personales.”⁵⁰ Dado que revelar los precios y los contratos no causará ningún daño a la salud personal ni a la privacidad de ningún paciente, se gana mucho más haciéndolos públicos que ocultándolos.

Los gobiernos tienen también la prerrogativa de negociar con las empresas farmacéuticas dando prioridad a la salud de su población en sus decisiones. Según información publicada en medios de comunicación,⁵¹ en el marco de las negociaciones con **Argentina** de finales de 2020, Pfizer pidió al país que aprobara una ley especial para otorgarle indemnidad jurídica en los tribunales argentinos. El Congreso argentino procedió a aprobar una ley que, en vez de conceder indemnidad, permite un cambio de jurisdicción en caso de litigio para llevarlo a tribunales extranjeros.⁵² Sin embargo, según la información publicada en la prensa, Pfizer no estaba satisfecha con los cambios realizados en la ley y solicitó más condiciones, consistentes en excluir al

⁴³ Secretaría de Relaciones Exteriores de México, 9 de diciembre de 2020. Oficio Núm. UDT-7082/2020. Folio: 0000500253820.

⁴⁴ Alberto Pradilla, *Animal Político*, “Aunque AMLO prometió transparentar contratos, Ebrard aclara que farmacéuticas no lo permiten” 12 de enero de 2021

⁴⁵ Secretaría de Relaciones Exteriores de México, respuesta a solicitud de acceso a la información, Folio 0000500248620, 7 de diciembre de 2020

⁴⁶ Secretaría de Salud (SSA) de México, respuesta a solicitud de acceso a la información, Folio 0000700074217, 13 de enero de 2021.

⁴⁷ Gobierno de Chile, Subsecretaría de Relaciones Económicas Internacionales, *Carta a Amnistía Internacional, Deniega la Solicitud de Acceso a la Información*, No. AC007T000218, 23 de diciembre de 2020.

⁴⁸ OACNUDH, Directrices para los Estados sobre la puesta en práctica efectiva del derecho a participar en la vida pública, https://www.ohchr.org/Documents/Issues/PublicAffairs/GuidelinesRightParticipatePublicAffairs_web_SP.pdf

⁴⁹ Véase Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental, A/63/263, 11 de agosto de 2008. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/63/263>

⁵⁰ *Ibid.*, párr. 6.

⁵¹ Associated Press, “Argentina: exigencias de Pfizer para vacuna son inaceptables”, Los Angeles Times, 15 de diciembre de 2020. Esta información se corroboró también con una entrevista de Amnistía Internacional con una organización internacional que monitorea el acceso a la salud en la región.

⁵² La Ley 27.573 estableció la prórroga de jurisdicción a favor de los tribunales arbitrales y judiciales con sede en el extranjero, disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/236986/20201106>

Ministerio de Salud de la firma de los contratos.⁵³ Además, en dicha información se afirmaba que Pfizer había impuesto condiciones por las que se eximía de responsabilidad en caso de consecuencias graves.⁵⁴ En respuesta a estas presuntas condiciones, el ministro argentino de Salud las calificó de “un poco inaceptables”.⁵⁵ Una investigación de la Oficina de Periodismo de Investigación, (*The Bureau of Investigative Journalism*) basada en fuentes oficiales, reveló que Pfizer habría pedido a Argentina poner activos soberanos, como reservas bancarias federales, embajadas o bases militares, como garantía o aval en las negociaciones sobre las adquisiciones de vacunas.⁵⁶

Es importante recordar que para comprar las vacunas de las empresas farmacéuticas se utilizan fondos públicos, y uno de los medios que tienen los gobiernos para instar a las empresas a obrar de acuerdo con los estándares de derechos humanos, de conformidad con los principios de transparencia y acceso justo, consiste en pedirles que se adhieran al C-TAP, entre otras medidas.



Envíos de la vacuna rusa contra la COVID-19 Sputnik llegan a Venezuela el 13 de febrero de 2021.
© Carlos Becerra/Bloomberg vía Getty Images

⁵³ Associated Press, “Argentina: exigencias de Pfizer para vacuna son inaceptables”, *Los Angeles Times*, 15 de diciembre de 2020. Esta información se corroboró también con una entrevista de Amnistía Internacional con una organización internacional que monitorea el acceso a la salud en la región.

⁵⁴ Román Lejtman, *Infobae*, “Qué explican Alberto Fernández y Pfizer frente al fracaso de las negociaciones por la vacuna contra el COVID-19”, 21 de diciembre de 2020, disponible en: <https://www.infobae.com/politica/2020/12/21/que-explican-alberto-fernandez-y-pfizer-frente-al-fracaso-de-las-negociaciones-por-la-vacuna-contra-el-covid-19/>

⁵⁵ Associated Press, “Argentina: exigencias de Pfizer para vacuna son inaceptables”, *Los Angeles Times*, 15 de diciembre de 2020, disponible en: <https://www.latimes.com/espanol/internacional/articulo/2020-12-15/argentina-exigencias-de-pfizer-para-vacuna-son-inaceptables>. Esta información se corroboró también por medio de una entrevista de Amnistía Internacional con una organización internacional que monitorea el acceso a la salud en la región.

⁵⁶ Madlen Davies, Rosa Furneaux, Ivan Ruiz, Jill Langlois, “Held to Ransom: Pfizer demands governments gamble with state assets to secure vaccine deal”, *The Bureau of Investigative Journalism*, 23 de febrero de 2021

2. CONSULTAR AMPLIAMENTE Y PUBLICAR PLANES ACCESIBLES

El acceso a la información, la transparencia y el derecho de participación y consulta con respecto a las decisiones públicas constituyen una parte importante del conjunto de derechos dimanantes de artículo 19 del PIDCP.⁵⁷ Garantizar la transparencia publicando la información es una parte esencial de este derecho.⁵⁸ Asimismo, los Estados deben garantizar que todo proceso de toma de decisiones sobre la asignación nacional está basado en la transparencia y en el derecho a la información, con una participación efectiva y significativa de representantes de la sociedad civil, en concreto de las poblaciones de riesgo que puedan verse especialmente afectadas por tales decisiones.⁵⁹

En el momento de redactar estas líneas, 13 de los 17 países de la región examinados en este informe habían hecho públicos sus planes nacionales de vacunación contra el COVID-19, o por medio de un decreto, o por un documento oficial presentado a la población.⁶⁰ Amnistía Internacional utiliza el término “planes nacionales de vacunación” para referirse a los documentos públicos analizados aquí. Estos planes varían en cuanto al grado de detalle y la condición jurídica, pues algunos se han publicado por decreto, y otros no. La OMS ha proporcionado orientación y una lista completa de control para determinar lo que debe tenerse en cuenta en tales planes, a los que denomina “*planes nacionales de despliegue y vacunación*.”⁶¹ Algunos de los 13 planes analizados no tienen en cuenta todos los factores indicados en la lista de control de la OMS. No obstante, en todos se hacen una serie de consideraciones relativas al momento de distribución de las vacunas, se explica la magnitud del COVID-19 en el país y se ofrece un resumen de las fases en que se dará prioridad a los distintos grupos de población en el acceso a la vacuna.

En general, los países de la región se están guiando por la Hoja de Ruta del SAGE de la OMS para el Establecimiento de Prioridades en el Uso de Vacunas contra el COVID-19 (“Hoja de Ruta del SAGE”)⁶² al dar prioridad en la vacunación al personal sanitario, a la vez que a las personas de edad avanzada y/o en situación de riesgo por problemas de salud. Hay varios países que no han publicado ningún plan ni protocolo oficial, sino sólo una serie de declaraciones que no ofrecen una hoja de ruta clara sobre la cuestión, como es el caso de **Cuba, Nicaragua, Ecuador⁶³ y Venezuela. Uruguay**, que durante 2020 se consideró un ejemplo por su rápida respuesta a la pandemia de COVID-19 y sus bajos índices de transmisión,⁶⁴ sufrió un repunte de las infecciones a finales de 2020 y ha ofrecido información pública limitada sobre su campaña de vacunación. El país comenzó a vacunar a su población a principios de marzo sin haber publicado un plan nacional de vacunación completo.⁶⁵

⁵⁷ 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, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o en forma impresa o artística, o por cualquier otro procedimiento de su elección. Es importante señalar que el derecho de acceso a la información puede limitarse a los efectos de la salud pública (véase el artículo 19.3. b); no obstante, estas restricciones han de ser justificadas y susceptibles de revisión ante órganos de vigilancia competentes.

⁵⁸ Véase Comité de Derechos Humanos, Observación general 43, Artículo 19: CCPR/C/GC/34, disponible en: <https://undocs.org/es/CCPR/C/GC/34>

⁵⁹ Amnistía Internacional, *Un pinchazo justo: Acceso universal al diagnóstico, tratamiento y vacuna de la COVID-19* (Índice: POL 30/3409/2020), 8 de diciembre de 2020, pág. 24, disponible en: <https://www.amnesty.org/es/documents/pol30/3409/2020/es/>.

⁶⁰ A los efectos de este informe, Amnistía Internacional ha evaluado los planes nacionales de vacunación que se han anunciado en documentos oficiales en diversos formatos públicos.

⁶¹ Organización Mundial de la Salud, *Guía para el desarrollo de un plan nacional de despliegue y vacunación para vacunas de la COVID-19. Orientación provisional*, 16 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53345>.

⁶² Para más información sobre la Hoja de Ruta, véase Amnistía Internacional, *Un pinchazo justo: Acceso universal al diagnóstico, tratamiento y vacuna de la COVID-19* (Índice: POL 30/3409/2020), 8 de diciembre de 2020, pág. 21, disponible en: <https://www.amnesty.org/es/documents/pol30/3409/2020/es/>

⁶³ Amnistía Internacional presentó cartas oficiales al gobierno de **Ecuador**, una vez en noviembre y otra en febrero. El gobierno no ha respondido a las solicitudes de ninguna de esas comunicaciones, en las que se pidió información sobre los planes de vacunación y los protocolos establecidos para la distribución de la vacuna.

⁶⁴ Organización Panamericana de la Salud, “*El porqué del comportamiento epidemiológico de la COVID-19 en Uruguay*” 25 de noviembre de 2020, disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/25-11-2020-porque-comportamiento-epidemiologico-covid-19-uruguay>

⁶⁵ El primer anuncio sobre negociaciones para adquisiciones de vacunas se hizo en una conferencia de prensa que dio el presidente de Uruguay el 23 de enero y en la que el ministro de Salud no participó, algo habitual en las conferencias de prensa sobre el COVID-19 de Uruguay hasta ese momento. Véase Presidencia de Uruguay, *Declaraciones del presidente Luis Lacalle Pou sobre la adquisición de vacunas contra COVID-19*, 23 de enero de 2021, disponible en: <https://www.presidencia.gub.uy/sala-de-medios/audios/audios-completos/conferencia-de-prensa-presidente-de-la-republica-de-uruguay>. Según la prensa, días después de esta conferencia, un representante de la empresa farmacéutica Sinovac manifestó que contrariamente a lo que el presidente había anunciado, no había ningún

Aunque la publicación de los planes de vacunación en Internet es un primer paso importante, lo cierto es que casi el 40% de los hogares de América Latina y el Caribe no tienen acceso a internet.⁶⁶ Según la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, en relación con las vacunas contra el COVID-19, los Estados deben también esforzarse por garantizar el acceso más amplio posible al servicio de internet tomando medidas para reducir las brechas digitales, incluida la brecha digital de género.⁶⁷ No bastará con publicar los planes en internet, sino que debe intentarse su difusión en otros canales, como la radio, especialmente las emisoras de radio comunitarias de poblaciones indígenas o afrodescendientes, y otros medios. Asimismo, deben traducirse a otros idiomas hablados en el país lo más rápidamente posible. Varios países han producido materiales sobre el COVID-19 en lenguas indígenas durante el primer año de la pandemia,⁶⁸ y deben tomarse con urgencia iniciativas de este tipo en relación con los planes nacionales de vacunación.

En el marco del SAGE de la OMS se explica también que “en algunos contextos, las mujeres están en situación de desventaja en el acceso a la atención sanitaria, la condición política y social y la autoridad para adoptar decisiones debido a las características sociales estructurales de sus comunidades”.⁶⁹ Según la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995, la igualdad de acceso a la tecnología y las comunicaciones (incluido, en este sentido, el acceso a internet), es decisiva para el adelanto y el empoderamiento de las mujeres y las niñas.⁷⁰

Además de hacer públicos los planes y facilitar el acceso, los gobiernos de la región deben garantizar que toda distribución de vacunas está basada en sólidos mecanismos de participación y consulta. Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), una de las principales lecciones aprendidas de la pandemia de VIH/SIDA es que los gobiernos necesitan “involucrar a las comunidades afectadas desde el inicio en TODAS las medidas de respuesta para generar confianza, garantizar acciones adecuadas y eficientes, evitar daños indirectos o no intencionados y garantizar el intercambio frecuente de información.”⁷¹ Las lecciones aprendidas de otras epidemias, como los recientes brotes de enfermedad por el virus de Zika registrados en varios países de América Latina,⁷² demuestran que la participación es clave para toda la implementación de los mecanismos de respuesta a las enfermedades. Según la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, la sociedad civil y las comunidades han de poder participar de manera significativa en la elaboración de los protocolos de distribución de las vacunas y en las políticas relativas a las prioridades de asignación.⁷³ Además, la OMS explica que los planes de vacunación debe conformarlos un comité de planificación de varios sectores, incluida la sociedad civil.⁷⁴

Este aspecto es de especial importancia en el caso de los grupos de personas que sufren discriminación histórica en la región, como los pueblos indígenas. Los planes para llegar a ellos han de ser culturalmente apropiados y deben elaborarse con ellos, garantizando su consentimiento libre, previo e informado. Otros

acuerdo con el gobierno uruguayo. Unas semanas más tarde, el 22 de febrero, el gobierno uruguayo publicó un breve comunicado de prensa en el que concretaba la llegada de las vacunas fijándola para la primera semana de marzo, disponible en: https://medios.presidencia.gub.uy/tav_portal/2021/noticias/AH_413/Vacunas_Comunicado_Arribo.pdf. En este comunicado de prensa se ofreció un breve resumen de las fases de vacunación, que posteriormente se publicó en el sitio web del gobierno: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/uruguay-se-vacuna>.

⁶⁶ *Conectas*, “Sin luz no hay internet y sin internet no hay virtualidad”. Disponible en: <https://www.conectas.org/pandemia-sin-luz-sin-internet-sin-virtualidad/>. En el presente informe se utilizan datos internacionales actualizados de la Unión Internacional de Telecomunicaciones

⁶⁷ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, “Human Rights and Access to COVID-19 Vaccines”, 17 de diciembre de 2020, pág. 4, disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Events/COVID-19_AccessVaccines_Guidance.pdf

⁶⁸ Como **México, Perú, Brasil y Colombia**, entre otros.

⁶⁹ OMS, “Hoja de Ruta del SAGE de la OMS para el establecimiento de prioridades en el uso de vacunas contra la COVID-19 en un contexto de suministros limitados”, pág. 11, 13 de noviembre de 2020, disponible en: <https://www.who.int/es/publications/m/item/who-sage-roadmap-for-prioritizing-uses-of-covid-19-vaccines-in-the-context-of-limited-supply>

⁷⁰ Véase Naciones Unidas, *Declaración de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, 1995, artículo 35. Disponible en: <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>

⁷¹ ONUSIDA, Los derechos humanos en tiempo de COVID-19 – *Lecciones del VIH para una respuesta efectiva dirigida por la comunidad*, 20 de marzo de 2020, disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2020/human-rights-and-covid-19>

⁷² Rasanathan, Jennifer. “Engaging Human Rights in the Response to the Evolving Zika Virus Epidemic”, *American Journal of Public Health*, abril de 2017, 107 (4), disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5343716/>

⁷³ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, “Human Rights and Access to COVID-19 Vaccines”, 17 de diciembre de 2020, pág. 4, disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Events/COVID-19_AccessVaccines_Guidance.pdf

⁷⁴ Organización Mundial de la Salud, *Guía para el desarrollo de un plan nacional de despliegue y vacunación para vacunas de la COVID-19. Orientación provisional*, 16 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53345>. Véase: “Las autoridades y sus equipos de gestión deberán incluir representantes del MINSA a nivel nacional, estatal/provincial y de distrito o local, así como los representantes pertinentes de otras oficinas públicas, asociados en la vacunación, organizaciones no gubernamentales (ONG), la sociedad civil y el sector privado.” (Pág. 12).

grupos que sufren discriminación estructural son las personas afrodescendientes, las refugiadas y migrantes, las LGBTIQ+, las dedicadas al trabajo sexual y las de bajos ingresos o que viven en la pobreza.⁷⁵

Amnistía Internacional sabe de algunos países de la región que han convocado a grupos de expertos para abordar la elaboración o implementación de los planes de distribución de las vacunas.⁷⁶ No obstante, de estos casos, son pocos los que incluyen a comunidades afectadas de manera desproporcionada, grupos tradicionalmente excluidos u organizaciones de la sociedad civil.

Por ejemplo, en **Paraguay**, el plan nacional de vacunación reunió para su elaboración⁷⁷ a un grupo de expertos compuesto íntegramente de funcionarios del Estado, sin ningún representante de comunidades afectadas de manera desproporcionada, grupos de defensa del paciente, el mundo académico ni organizaciones de la sociedad civil. El grupo incluye a un miembro de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a modo de observador, sin derecho a voto en la toma de decisiones.⁷⁸

En **México**, el plan nacional de vacunación inicial se anunció en una conferencia de prensa el 8 de diciembre de 2020,⁷⁹ en la que el principal responsable de la respuesta del país al COVID-19 dijo que el plan estaba basado en varios meses de debates con un comité de expertos de varias disciplinas, incluidas, las ciencias, las ciencias sociales y los derechos humanos.⁸⁰ El grupo técnico asesor para la vacuna (GTAV),⁸¹ como se llama este comité, está formado por alrededor de una treintena de expertos de instituciones científicas, el mundo académico y organizaciones internacionales.⁸² No obstante, viendo que en el proceso de consulta no se había incluido a ninguna organización de la sociedad civil ni a representantes de las comunidades más afectadas, el 14 de diciembre la Amnistía Internacional envió a la Secretaría de Salud mexicana una carta con una serie de preguntas sobre la propuesta de plan, junto con criterios de derechos humanos que podrían tenerse en cuenta, invitando al gobierno al diálogo a este respecto.⁸³ México publicó su plan nacional de vacunación definitivo el 11 de enero de 2021.⁸⁴ A mediados de marzo de 2021, Amnistía Internacional no había recibido aún ninguna respuesta del gobierno mexicano a su carta del 14 de diciembre. Mientras tanto, el 11 de diciembre de 2020, tres días después de presentarse el plan inicial a la prensa, Amnistía Internacional recibió la respuesta a una solicitud de acceso a la información que confirmaba que la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud “[había realizado] una búsqueda exhaustiva en los archivos de expresión documental y electrónica respectivos y [...] la Subsecretaría [...] no ha[b]ia generado ni conserva[do] información en los términos planteados en dicha solicitud”.⁸⁵ Es preocupante que en los meses de consultas y deliberaciones del GTAV no hayan quedado registrados en ella ni para esta ni para futuras pandemias. A este respecto, de los 17 gobiernos contactados, el de **Guatemala** es el único que ha proporcionado hasta ahora a Amnistía Internacional copia de las actas de las reuniones de expertos mantenidas para elaborar el plan de vacunación.⁸⁶

⁷⁵ Amnistía Internacional, *Un pinchazo justo: Acceso universal al diagnóstico, tratamiento y vacuna de la COVID-19* (Índice: POL 30/3409/2020), 8 de diciembre de 2020, pág. 22, disponible en: <https://www.amnesty.org/es/documents/pol30/3409/2020/es/>

⁷⁶ Por ejemplo, **Argentina, México, Guatemala, Colombia, Paraguay, Chile y Brasil**

⁷⁷ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay: Resolución S.G. N° 618/20 de conformación del Comité Nacional para la incorporación de la vacuna contra el COVID-19, “Plan Nacional de Vacunación contra el Covid-19”. Disponible en: <https://www.msps.gov.py/dependencias/portal/adjunto/dad534-PlanNacionalPresidenciaVacunaCovid19.pdf>, 30 de diciembre de 2020.

⁷⁸ *Ibid.*

⁷⁹ Presidencia de México, conferencia de prensa, “Versión Estenográfica. Conferencia de prensa del presidente Andrés Manuel López Obrador del 8 de diciembre de 2020”, YouTube, 8 de diciembre de 2020, disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=VJ16J_ZhNLM

⁸⁰ *Ibid.*

⁸¹ “Grupo técnico asesor para la vacuna”. Amnistía Internacional analizó un artículo académico publicado por este grupo y que se había presentado, también el 8 de diciembre de 2020 (el día del anuncio del plan nacional de vacunación de México), a una revista académica llamada “Salud Pública de México” y que publica el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Este artículo se publicó en Internet el 24 de diciembre de 2020 e incluía una lista de los miembros del GTAV que habían colaborado en su redacción. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/12399>

⁸² *Ibid.*, pág. 14.

⁸³ Carta de Tania Renaum, directora ejecutiva de Amnistía Internacional México, a Jorge Carlos Alcocer Varela, secretario de Salud, 14 de diciembre de 2020. AIMX/DE/293/2020

⁸⁴ Secretaría de Salud de México, “Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2, para la Prevención de la Covid-19 en México”, 11 de enero de 2021. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/01/PoIVx_COVID_-11Ene2021.pdf

⁸⁵ Esta respuesta a la solicitud de Amnistía Internacional se envió con copia a Hugo López Gatell, subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, que fue el portavoz par la respuesta de México a la COVID-19. Secretaría de Salud (SSA) de México, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, respuesta a solicitud de Información Folio 0001200489020, 11 de diciembre de 2020.

⁸⁶ Ministerio de Salud de Guatemala, *Resolución Definitiva* (responde a solicitud de acceso a la información), 2283-2020. 15 de febrero de 2021.



La falta de consulta con las comunidades afectadas y la sociedad civil abre la posibilidad de omitir datos importantes que pueden ser decisivos en la implementación de los planes.

De acuerdo con la información de que dispone Amnistía Internacional, **Colombia** es el único país de la región que ha sometido su decreto sobre el plan nacional de vacunación a un proceso de consulta.⁸⁷ El borrador del plan se publicó al final de diciembre de 2020, tras lo cual se invitó a organizaciones, expertos y comunidades a presentar sus comentarios al plan durante un periodo de cuatro días a mediados de enero de 2021.⁸⁸ El plan definitivo que se publicó contenía cambios que lo hacían más exhaustivo, como la inclusión de una mención específica a los pueblos Indígenas en los grupos prioritarios para la distribución de las vacunas. En Colombia la vacunación comenzó a finales de febrero de 2021.



*Trabajador vestido con un equipo de protección individual cava una tumba en un cementerio de Manaus (Brasil), 19 de enero de 2021.
© Jonne Roriz/Bloomberg vía Getty Images*

⁸⁷ En **Argentina**, el gobierno invitó a Amnistía Internacional a una reunión de diálogo en general sobre la cuestión de las vacunas, junto con varias organizaciones de la sociedad civil, el 17 de noviembre de 2020. Sin embargo, a diferencia del gobierno de Colombia, no abrió el plan de vacunación a la presentación de aportaciones o comentarios generales.

⁸⁸ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, "Plan Nacional de Vacunación contra Covid-19", febrero de 2021, disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/pnv-contra-covid-19.pdf>. En la página 14 de este plan (que se aprobó con arreglo al Decreto 109 de 2021 el 29 de enero), se señala que durante ese tiempo se recibieron 430 sugerencias de organizaciones y personas.

3. PROTEGER A LOS GRUPOS EN SITUACIÓN DE RIESGO E IMPEDIR LA DISCRIMINACIÓN Y LA DESIGUALDAD

La adopción de una perspectiva de derechos humanos es especialmente importante para examinar cómo la discriminación sistémica ha afectado al acceso de los grupos marginados y en situación de riesgo a los servicios de salud.⁸⁹ De acuerdo con el CDESCR, es importante observar que determinados grupos o personas deben ser especialmente protegidos para evitar la discriminación, en particular en relación con las nuevas aplicaciones de la ciencia, como es el caso de las vacunas.⁹⁰ Según la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, el acceso a las vacunas y los medicamentos es alarmantemente desigual en muchos lugares, y los índices de infección por COVID-19 y los resultados para las minorías y las personas de grupos vulnerables han reflejado estos patrones, debido en parte a la desigualdades estructurales y la discriminación.⁹¹



Además, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y su Relatoría Especial sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales han señalado: “los Estados deben dar prioridad a la vacunación de las poblaciones en mayor vulnerabilidad frente al COVID-19; asegurando al tiempo que las personas bajo su jurisdicción no sean discriminadas por la falta de inmunización. En cuanto a la definición de criterios de priorización en el acceso a la vacunación para prevenir el COVID-19, la CIDH y su REDESCA instan a los Estados a que sus decisiones se basen en las necesidades médicas y de la salud pública, como en la mejor evidencia científica disponible, en las normas nacionales e internacionales de derechos humanos que los obligan y en los principios aplicables de la Bioética”.⁹²

La OMS estable específicamente que, durante los grandes brotes que se producen en un “contexto de transmisión comunitaria”, el objetivo es la reducción de la morbilidad y la mortalidad y el mantenimiento de servicios esenciales críticos, teniendo presente al tiempo a “los grupos que han de afrontar riesgos desproporcionados para mitigar las consecuencias de esta pandemia”, como el personal sanitario.⁹³

Contar con datos precisos sobre el riesgo en relación con el COVID-19 para diferentes grupos y regiones será importante para evaluar cuáles podrían estar sufriendo discriminación en el acceso a los servicios de salud. Este análisis es esencial para elaborar una campaña de vacunación que sirva con eficacia para reducir la morbilidad y la mortalidad en la propagación del virus conforme a las directrices de la OMS. En términos de datos disponibles, según un panorama general de las tendencias planteadas por la desigualdad en 2020, publicado por el Banco Mundial, “[l]as personas empujadas a la pobreza por la COVID-19 pueden, a su vez, diferir de la actual población pobre del mundo en otros aspectos. A nivel nacional, una gran parte de las personas en situación de pobreza extrema viven en zonas rurales, mientras que muchos de los nuevos pobres posiblemente vivan en entornos urbanos superpoblados, lo que puede contribuir a la propagación de infecciones”.^{94 95}

⁸⁹ Para más información sobre esta cuestión, véase Amnistía Internacional, *Un pinchazo justo: acceso universal al diagnóstico, tratamiento y vacuna de la COVID-19*, 8 de diciembre de 2020, POL 30/3409/2020, pág. 22.

⁹⁰ CDESCR, Observación general núm. 25, párr. 47. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fGC%2f25&Lang=sp

⁹¹ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, “Human Rights and Access to COVID-19 Vaccines”, 17 de diciembre de 2020, párr. 4, disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Events/COVID-19_AccessVaccines_Guidance.pdf

⁹² Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), “La CIDH y su REDESCA llaman a los Estados Americanos a poner la salud pública y los derechos humanos en el centro de sus decisiones y políticas sobre vacunas contra el COVID-19”, 5 de febrero de 2021.

⁹³ OMS, “Hoja de Ruta del SAGE de la OMS para el establecimiento de prioridades en el uso de vacunas contra la COVID-19 en un contexto de suministros limitados”, 13 de noviembre de 2020, disponible en: <https://www.who.int/es/publications/m/item/who-sage-roadmap-for-prioritizing-uses-of-covid-19-vaccines-in-the-context-of-limited-supply>

⁹⁴ Banco Mundial, *La pobreza y la prosperidad compartida 2020. Un Cambio de Suerte*, pág. 13. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/34496/211602ovSP.pdf?sequence=21&isAll>, page 11

⁹⁵ A pesar de las directrices de la OMS que México pareció adoptar en su plan de vacunación, el 14 de febrero de 2021, el gobierno de México anunció el comienzo de la vacunación de personas mayores de 65 años y empezó haciéndolo en los sectores rurales del país. Esta decisión se reflejó también en el plan nacional de vacunación definitivo que México publicó el 11 de enero de 2021, que difería de la versión inicial del 8 de diciembre de 2020. En el plan definitivo publicado el 11 de enero se explica (pág. 24): https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/01/PolVx_COVID_-11Ene2021.pdf: “Se iniciará inmunizando a tres millones de personas adultas mayores que residen en áreas rurales y gradualmente continuar a ciudades de pequeño y mediano tamaño hasta llegar a las áreas metropolitanas y completar la meta para esta etapa”. Según el presidente mexicano, se iban a distribuir 870.000 dosis de la

Con respecto a la importancia de desglosar los datos en relación con las minorías y los grupos marginados, el CESCR señala que “[e]n las estrategias, las políticas y los planes nacionales deben utilizarse indicadores y elementos de comparación apropiados, desglosados en función de los motivos prohibidos de discriminación.”⁹⁶

En este sentido, es sumamente importante trabajar en estrecha colaboración con las organizaciones comunitarias para garantizar que los grupos históricamente excluidos no se ven privados de su derecho a la salud, sobre todo en los casos en que la prevalencia del COVID-19 es especialmente alta en sus comunidades. En **Brasil**, el impacto de la pandemia en las comunidades *quilombolas* en particular resulta muy instructivo a este respecto.

Las personas *quilombolas* son la población rural afrodescendiente de Brasil y se considera que descienden directamente de las que fueron llevadas por la fuerza al país desde África durante el comercio de esclavos hace cientos de años, lo que básicamente hace que se las considere parte original de la población de la nación brasileña tal como está compuesta en la actualidad. En Brasil hay datos que indican que las comunidades afrodescendientes se han visto afectadas de manera desproporcionada por el COVID-19, con índices de infección más altos que los de otros grupos.⁹⁷

Según el plan nacional de vacunación publicado por el Ministerio de Salud de Brasil, “los pueblos indígenas que viven en tierras demarcadas, las comunidades tradicionales y las *quilombolas*” figuraban como grupos prioritarios para la administración de vacunas contra el COVID-19.⁹⁸ En el caso de los pueblos indígenas, al limitarse, según la redacción del plan, la administración de vacunas a los pueblos que “viven en tierras demarcadas”, sucede que, en la práctica, quedan excluidos de los grupos prioritarios los pueblos indígenas que viven en tierras que aún no se han demarcado o los llamados *citadinos*, que viven en zonas urbanas. Con respecto a la población quilombola, en la tabla donde se identifica a la población destinataria de la primera fase de la campaña de vacunación y se indica el número estimado de dosis para la fases 1, 2 y 3 del proceso, no se hace referencia expresa a las comunidades *quilombolas*.⁹⁹ En septiembre, representantes nacionales de la población *quilombola* presentaron una impugnación constitucional ante el Tribunal Supremo por esta cuestión.¹⁰⁰ En febrero, el Tribunal falló por mayoría de votos admitir parcialmente la solicitud para determinar que el gobierno federal formulara en el plazo de 30 días un plan nacional para responder a la pandemia de COVID-19 con respecto a la población *quilombola*.¹⁰¹ La resolución completa del Tribunal está todavía pendiente.

Algunos de los 13 planes nacionales analizados en este informe contienen cálculos del número de personas comprendidas en cada uno de los grupos prioritarios, basados en cifras censales, mientras que otros no proporcionan tales cálculos. Los planes deben elaborarse sobre la base de evaluaciones exhaustivas de las

vacuna de AstraZeneca en los municipios marginados y más remotos, con la población más pobre del país. (Según una conferencia de prensa presidencial del 14 de febrero de 2021, YouTube, 14 de febrero de 2021, disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=dQKcQniCx4>). Al mismo tiempo se publicó un informe de periodismo de investigación para demostrar que estas vacunas se estaban distribuyendo a las zonas del país que menos casos de COVID-19 habían registrado. Es importante señalar también que el GTAV citado en la nota al pie 79 del presente informe especificó que el marco debería comenzar con las zonas del país donde el virus era más prevalente. Amnistía Internacional escribió al GTAV en febrero de 2021 para consultarle sobre los debates o el asesoramiento que pudiera haberse prestado al gobierno mexicano sobre la distribución rural o urbana de las vacunas, ya que en los documentos técnicos iniciales proporcionados por el GTAV no se indicaba que los grupos rurales fueran prioritarios. Una persona del GTAV procedente del mundo académico respondió que se había planteado la pregunta al GTAV en general para que diera una respuesta conjunta. Señaló también que el GTAV no se ocupaba de definir la política nacional de vacunación, la cual dirigía la Presidencia. Sobre la base de los datos oficiales de los casos de COVID-19 de México, la prevalencia del virus se concentra mayoritariamente en las ciudades.

⁹⁶ CESCR, Observación general 20 (sobre la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párr. 2)), E/C.12/GC/20. Párr 41. Disponible en: <https://undocs.org/es/E/C.12/GC/20>

⁹⁷ Aunque la información oficial sobre esta cuestión es escasa, debido a la falta de datos, los movimientos sociales y las organizaciones de la sociedad civil han creado una forma alternativa de registrar las infecciones y las muertes, por ejemplo: <https://quilombosemcovid19.org/>. Puede consultarse más información en este estudio: <https://cebrap.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Informativo-6-O-impacto-da-Covid-19-sobre-as-comunidades-quilombolas.pdf> o en la ADPF 742 (demanda ante el Tribunal Supremo de Brasil, presentada por comunidades *quilombolas* que piden medidas prioritarias de respuesta a la COVID-19),

⁹⁸ Ministerio de Salud de Brasil, “Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra Covid-19”, 29 de enero de 2021, disponible en: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/janeiro/29/PlanoVacinaoCovid_ed4_15fev21_cgpmi_18h05.pdf

⁹⁹ Saude IG, “MPF pede esclarecimentos à Saúde sobre vacinação de indígenas e quilombolas”, 19 de enero de 2021, disponible en: <https://saude.ig.com.br/2021-01-19/mpf-pede-esclarecimentos-a-saude-sobre-vacinacao-de-indigenas-e-quilombolas.html>

¹⁰⁰ El recurso de inconstitucionalidad (ADPF 742) se presentó en septiembre de 2020. Véase Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas, *Arguição de Descuprimento de Preceito Fundamental com pedido de Medida Liminar*, 9 de septiembre de 2020, disponible en: <https://terradereitos.org.br/uploads/arquivos/ADPF-QUILOMBOLA---Assinado.pdf>

¹⁰¹ Tribunal Supremo Federal de Brasil. Véase ADPF 742: <https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=6001379>, 24 de febrero de 2021

necesidades y de datos públicos exactos, especialmente en relación con los grupos de riesgo. Tales cálculos son importantes para tomar decisiones públicas efectivas y comunicar claramente su fundamento.

En el plan de vacunación de **Perú** se explica que en su “Fase I”, el gobierno vacunará a todo el personal sanitario de los sectores público y privado, fuerzas armadas y policía, bomberos, Cruz Roja, personal de limpieza, guardias de seguridad, estudiantes de la salud y miembros de las mesas electorales en el periodo previo a las elecciones del 11 de abril.¹⁰² Las personas mayores y las poblaciones reclusas figuran en la fase 2 del plan. No obstante, no se ofrece en el plan ninguna estimación del número de personas incluidas en cada uno de estos grupos. Desde la publicación del plan de Perú en octubre continúan los análisis y los debates públicos sobre posibles cambios en él. A mediados de febrero, el ministro de Salud anunció en una conferencia de prensa que se iba a incluir en la fase 2 al personal docente.¹⁰³ Posteriormente, en respuesta a la presión pública de sectores de la sociedad indignados con la decisión de administrar la vacuna a las poblaciones reclusas, el ministro dijo que el asunto de las personas privadas de libertad debía “ser revisado” para hacer una modificación.¹⁰⁴ No obstante, el ministro no explicó el motivo de la posible retirada de las poblaciones reclusas de entre los grupos prioritarios de la fase 2. En este sentido, merece la pena señalar que las prisiones tienden a tener una alta prevalencia de enfermedades, infecciones y patógenos debido a las deficientes condiciones de vida, que con frecuencia incluyen hacinamiento y prácticas insalubres.¹⁰⁵ Además, en las prisiones y otros lugares de detención suele ser difícil guardar la distancia física.¹⁰⁶

En otra serie de declaraciones de las que se informó en prensa, el ministro de Salud de Perú anunció que se iba a pasar a las personas mayores de la fase 2 a la fase 1, aunque sin calcular cómo se haría en función de las cifras censales o del número de dosis de vacunas que se preveía recibir en los envíos.¹⁰⁷ A pesar de estos anuncios públicos, no se han publicado resoluciones oficiales para modificar oficialmente el plan de vacunación en ese sentido. Sin criterios claros en cuanto al riesgo que entraña el COVID-19 para los diferentes grupos, resultará más difícil ejecutar las decisiones públicas en bien de la población y las presiones públicas influirán más fácilmente en ellas, en especial durante los periodos electorales. Esto entraña a su vez riesgos para los grupos a los que se ha ignorado históricamente en las decisiones públicas y que corren mucho peligro debido a las dificultades para mantener la distancia social, como es el caso, por ejemplo, de las poblaciones reclusas.¹⁰⁸

Los pueblos indígenas de América Latina llevan siglos sufriendo sistemáticamente exclusión de las políticas públicas y marginación debido a la discriminación. Aunque varios países han incluidos a los pueblos indígenas entre los grupos prioritarios en sus fases de distribución de las vacunas,¹⁰⁹ de los 13 que han publicado en la región su plan nacional de vacunación, seis no mencionan en él ningún protocolo para los pueblos Indígenas, a saber, **Chile, El Salvador, Guatemala, Honduras, México y República Dominicana**. En algunos de estos países, los pueblos indígenas constituyen un alto porcentaje de su población. Amnistía Internacional hizo seguimiento de esta cuestión en solicitudes de acceso a la información y cartas a estos gobiernos, solicitando en concreto información sobre cualquier medida adoptada para diseñar protocolos de vacunación para las comunidades y los pueblos Indígenas, pero hasta la fecha ninguno de esos gobiernos ha ofrecido información a este respecto.

¹⁰² Ministerio de Salud de Perú, “Resolución Ministerial”, disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1394145/RM%20N%C2%B0848-2020-MINSAP>. DFP. DF, 16 de octubre 2020. Este plan se actualizó dos veces, una en febrero de 2021 (Resolución 161/2021), para aclarar que se iba a vacunar a todo el personal sanitario cualquiera que fuera su contrato, y otra después para incluir la vacunación del presidente peruano en la fase 1.

¹⁰³ Gestión Perú, *Maestros serán incluidos en la fase 2 del proceso de vacunación, anuncia Ministro Ugarte*, 16 de febrero de 2021, disponible en: <https://gestion.pe/peru/vacunacion-contra-covid-19-maestros-seran-incluidos-en-la-fase-2-del-proceso-de-vacunacion-anuncia-ministro-ugarte-nndc-noticia/?ref=gesr%20->

¹⁰⁴ El Comercio, “Ugarte sobre norma que incluye a presos en fase 2 de vacunación: “Eso debe ser revisado””, 19 de febrero de 2021, disponible en: <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/covid-19-en-el-peru-oscar-ugarte-sobre-norma-que-incluye-a-presos-en-fase-2-de-vacunacion-eso-debe-ser-revisado-video-nndc-noticia/?ref=ecr>

¹⁰⁵ Kate Dolan et al., “Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees”, *The Lancet*, 14 de julio de 2016, [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30466-4/](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30466-4/), y Katherine Herbert et al., “Prevalence of risk factors for non-communicable diseases in prison populations worldwide: a systematic review”, *The Lancet*, 26 de mayo de 2012, disponible en: [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60319-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60319-5/fulltext)

¹⁰⁶ Amnistía Internacional, *Olvidados tras las rejas: La COVID-19 y las prisiones*, marzo de 2021, disponible en: <https://www.amnesty.org/es/documents/pol40/3818/2021/es/>

¹⁰⁷ *La República*, “Coronavirus en Perú: adelantarán para marzo vacunación de adultos mayores”, 26 de febrero de 2021, disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/2021/02/26/coronavirus-en-peru-adelantar-para-marzo-vacunacion-de-adultos-mayores/>

¹⁰⁸ Op. cit., nota 105.

¹⁰⁹ Como **Brasil, Perú, Paraguay, Colombia y Bolivia**.

4. GARANTIZAR EL ACCESO A INFORMACIÓN PRECISA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PLANES

El derecho a la salud abarca varios criterios entre los que figura la necesidad de que la salud sea accesible. De acuerdo con el CESCR, la accesibilidad “comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud”.¹¹⁰ En el contexto del COVID-19, los interrogantes que se plantean en torno a la calidad y aceptabilidad de los diagnósticos, tratamientos y vacunas han dado lugar a debates sobre las consecuencias para los derechos humanos de los ensayos clínicos, las vacunas obligatorias y la “reticencia a la vacunación”.¹¹¹ Los principios de transparencia y participación revisten especial importancia en este sentido. El CESCR hace también hincapié en la importancia de hacer públicos los riesgos y avances de la ciencia “a fin de que la sociedad, mediante una deliberación pública informada, transparente y participativa, pueda decidir si los riesgos son aceptables o no”.¹¹² Se debe ofrecer a la opinión pública toda la información disponible sobre la evidencia científica más reciente en torno a las vacunas contra el COVID-19 para que las personas puedan tomar una decisión informada sobre si vacunarse o no.¹¹³ A este respecto, las declaraciones del presidente de **Brasil**, que ha dicho que las personas que se vacunen del COVID-19 “se convertirán en cocodrilos”,¹¹⁴ son motivo de preocupación en tanto que podrían afectar la capacidad de las personas para tomar decisiones informadas sobre su salud y hacer que les resulte aún más difícil tomarlas.

Se debe proporcionar a la opinión pública, no sólo los datos científicos sobre las vacunas en sí, sino también amplia información sobre la implementación de los planes nacionales de vacunación. En épocas de necesidad pública, puede ser necesario hacer cambios en los planes de vacunación a fin de responder con exactitud a la evolución de las circunstancias. No obstante, tales cambios han de comunicarse con prontitud y estar justificados, a fin de generar confianza pública en un contexto cambiante. En **México**, a pesar de que se publicó un plan donde se especifican los grupos prioritarios para la administración de la vacuna y las fases de vacunación, en las primeras semanas de implementación las autoridades cambiaron los grupos prioritarios a los que se iba a vacunar primero, en contra de lo dispuesto en su propio plan de vacunación.¹¹⁵ Este tipo de cambios en los planes anunciados debe comunicarse de manera clara, y la mejor forma de hacerlo consiste en publicar actualizaciones totalmente desglosadas sobre la campaña de vacunación.¹¹⁶ Los Estados deben garantizar que la aplicación de los planes de vacunación está basada en la recopilación y análisis de datos sobre el impacto del COVID-19 en grupos específicos y la administración de la vacuna en tiempo real. La OMS ofrece orientación acerca de cómo deben los países desglosar los datos relativos a la administración y cobertura de la vacuna: por producto, geografía (a nivel municipal/local y en sentido ascendente), grupo de edad, ocupación, otros factores de riesgo, contexto (como el tipo de centros donde se hace: prisiones, instituciones educativas, etc.), condición socioeconómica, lingüística, étnica y otras variables de equidad.¹¹⁷

¹¹⁰ CESCR, Observación general núm. 14, párr. 12. Disponible en: <https://undocs.org/es/E/C.12/2000/4>

¹¹¹ Amnistía Internacional, *Un pinchazo justo: Acceso universal al diagnóstico, tratamiento y vacuna de la COVID-19*, 8 de diciembre de 2020, POL 30/3409/2020, pág. 29.

¹¹² CESCR, Observación general núm. 25, párr. 57. Disponible en: https://tbiternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fGC%2f25&Lang=sp

¹¹³ Aunque la cuestión de la elección individual y la vacunación obligatoria por ley queda fuera del ámbito de este informe, es importante señalar que Amnistía Internacional ofrece orientación sobre esta cuestión en *Un Pinchazo Justo: Acceso universal al diagnóstico, tratamiento y vacuna de la COVID-19*, 8 de diciembre de 2020, POL 30/3409/2020 (pág. 30), incluidas cuestiones de consentimiento y bioética. En general, los 13 planes de vacunación analizados por Amnistía Internacional no señalaban que la vacunación fuera obligatoria, excepto en el caso de **Honduras**. El tema de la obligatoriedad de las vacunas es algo preexistente en varios países de la región; sin embargo, la mayoría de los países de la región no implementan medidas punitivas, sino que restringen otros derechos, como el acceso a los centros educativos, en relación a la vacunación por otras enfermedades. Sobre esta cuestión, véase Katie Grevanga et al., “Global Assessment of national mandatory vaccination policies and consequences of non-compliance” *Vaccine*, vol. 38, tema 49, noviembre de 2020. Amnistía Internacional aún no ha analizado las dimensiones de esta cuestión en lo que refiere a la vacunación contra la COVID-19 en la región.

¹¹⁴ Agence France Press (AFP), *Brazil's Bolsonaro warns virus vaccine can turn people into crocodiles*, 18 de diciembre de 2020. Disponible en: <https://www.france24.com/en/live-news/20201218-brazil-s-bolsonaro-warns-virus-vaccine-can-turn-people-into-crocodiles>

¹¹⁵ Se vacunó, entre otros grupos, a los maestros del estado de Campeche, uno de los estados con los índices más bajos de COVID-19 del país, mientras que aún no se había terminado de vacunar a la totalidad del personal de salud (que, según el plan, debía ser el primer grupo prioritario). Claudia Guerrero y Rolando Herrera, “Alteran Orden de Vacunación” *Reforma*, 12 de febrero de 2021.

¹¹⁶ Los datos deben estar desagregados por sexo, género, edad, orientación sexual, identidad de género, condición de indígena, etnia, trabajo y descendencia, discapacidad, condición de migrante o refugiado, entre otras identidades y condiciones.

¹¹⁷ Organización Mundial de la Salud, *Guía para el desarrollo de un plan nacional de despliegue y vacunación para vacunas de la COVID-19. Orientación provisional*, 16 de noviembre de 2020, pág. 54. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53345>

Actualmente, las autoridades de varios países ofrecen actualizaciones diarias sobre el progreso de su campaña de vacunación, pero sólo anuncian la “cantidad de dosis” administradas, sin proporcionar apenas información basada en las recomendaciones de la OMS antedichas ni sobre los diferentes grupos dentro del personal sanitario al que se está vacunando, como el personal de limpieza de hospitales y centros de salud, al que, según los planes de vacunación de varios países, como **México, Perú, Paraguay y Brasil**, se debe dar prioridad. Las actualizaciones desglosadas en tiempo real son también necesarias para garantizar que las personas que más necesitan la vacuna son las primeras en recibirla. Amnistía Internacional ha recibido varios informes de **Perú y Brasil**¹¹⁸ según los cuales podría estar vacunándose a personal administrativo y directivo de los hospitales antes que al que está en primera línea atendiendo a los pacientes de COVID-19.¹¹⁹ Es un asunto grave, sobre el que los gobiernos deben tomar medidas, especialmente en los casos en que el suministro de vacunas para el personal sanitario ha empezado ya a reducirse en el segundo mes de vacunación en la región.



*Personal de enfermería administra una dosis de la vacuna de CoronaVac a personal médico en São Paulo (Brasil), 17 de enero de 2021.
© Rodrigo Paiva/Getty Images*

¹¹⁸ Esta información se recogió mediante una serie de entrevistas con representantes de los sindicatos de trabajadores de la salud durante febrero de 2021.

¹¹⁹ Amnistía Internacional, *COVID-19: Las muertes de personal sanitario ascienden al menos a 17.000, mientras las organizaciones piden una rápida distribución de las vacunas* (Index: AMR 01/2311/2020), 5 de marzo de 2021, disponible en: <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2021/03/covid19-health-worker-death-toll-rises-to-at-least-17000-as-organizations-call-for-rapid-vaccine-rollout/>

5. FACILITAR LA COORDINACIÓN ENTRE TODOS LOS NIVELES DE GOBIERNO

El CESCRA habla de utilizar el máximo de los recursos de que disponga el Estado, lo que, a efectos del cumplimiento del PIDESC, supone adoptar medidas que “incluyen, pero no agotan, las de carácter administrativo, financiero, educacional y social”.¹²⁰ En la práctica, este compromiso supone que la utilización de los recursos incluye una coordinación sin precedente de las personas de todas las administraciones públicas, especialmente en épocas de crisis.



Muchos países de la región son sistemas federales, con un gobierno nacional, gobiernos estatales o provinciales y también gobiernos municipales.

Hay que sacar provecho de estos sistemas y verlos como oportunidades de coordinación, no como una causa de confusión.

En **Brasil**, Amnistía Internacional recopiló información de diversas fuentes¹²¹ que indican que, a pesar de que el país es notable desde hace décadas por su sólido sistema nacional de vacunación,¹²² en el caso del COVID-19 su campaña de vacunación se ha visto gravemente afectada por la descoordinación, los desacuerdos y la falta de datos. Los procesos de vacunación llevan muchos años programándose a escala nacional, con criterios estándar para todo el país. Sin embargo, dichas fuentes indicaron a Amnistía Internacional que, en los dos primeros meses de la campaña de vacunación del país contra el COVID-19, el sistema utilizado ha sido totalmente distinto de cualquier otra campaña de vacunación anterior y que, en algunos casos, las distintas ciudades (Brasil tiene 5.570)¹²³ están coordinando sus propios planes por separado. El 1 de marzo, los ministros de salud de 16 estados del país escribieron una carta al presidente para expresar su oposición al enfoque aplicado a la pandemia e instar a aplicar una estrategia coordinada de vacunación.¹²⁴

A los testimonios de asociaciones de profesionales de la salud a las que Amnistía Internacional entrevistó en Brasil se suman medios de comunicación que también han informado que la campaña actual de vacunación es distinta de las realizadas normalmente en el país, lo que, según muchos informes, se debe a la falta de coordinación del gobierno federal.¹²⁵

¹²⁰ CESCRA, Observación general núm. 3, párr. 7. Disponible en:

https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCESCR%2fGEC%2f4758&Lang=es

¹²¹ Entrevistas con representantes de sindicatos de trabajadores de la salud de diferentes estados de Brasil y representantes de organizaciones de la sociedad civil, febrero de 2021.

¹²² Véase, por ejemplo, Organización Panamericana de la Salud, *Brasil lanza campaña para vacunar contra fiebre amarilla, la más grande a nivel mundial con dosis fraccionada*, 25 de enero de 2018, disponible en:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14065:brazil-launches-worlds-largest-campaign-with-fractional-dose-yellow-fever-vaccine&Itemid=135&lang=es Véase también Carla Magda Allan Santos Domingues et al., “The Brazilian National Immunization Program: 46 years of achievements and challenges”, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 36, supl. 2, octubre de 2020, disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2020001402003&script=sci_arttext&lng=en

¹²³ Véanse la cifras del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), disponibles en: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>

¹²⁴ CONASS, Conselho Nacional de Secretarios de Saude, carta, 1 de marzo de 2021: <https://www.conass.org.br/carta-dos-secretarios-estaduais-de-saude-a-nacao-brasileira>

¹²⁵ Entrevista de Amnistía Internacional con representantes de los sindicatos del sector servicios que representan a los trabajadores de la salud en Brasil en varios estados, 17 de febrero de 2021. Además, véase Flavia Milhorange, “Brazil health workers accused of giving Covid vaccinations with empty syringes”, *The Guardian*, 18 de febrero de 2021, disponible en: <https://www.theguardian.com/global-development/2021/feb/18/brazil-fake-covid-vaccinations-allegations>. El artículo cita a un funcionario público que coordinó los esfuerzos de vacunación en Brasil de 2011 a 2019 y que reflexiona sobre el proceso actual, diciendo: “El programa [actual] está totalmente descoordinado —dijo Domingues—. El plan debería organizarse a nivel federal, pero el Ministerio de Salud lo delegó en las autoridades regionales”.

Argentina es uno de los únicos países de la región donde el presupuesto de salud se encuentra completamente descentralizado en sus 23 provincias. Inicialmente, el gobierno argentino no publicó la cantidad de vacunas recibidas por cada provincia hasta la fecha, ni el calendario de la campaña en las provincias. Sin embargo, a finales de febrero de 2021, tras las controversias sobre la administración de vacunas a personas influyentes vinculadas al Ministerio de Salud, el gobierno argentino creó un página de seguimiento público donde se actualiza la información sobre el número de dosis aplicadas en cada provincia y el número total de dosis destinadas a cada grupo prioritario.¹²⁶ Aunque esta medida supone una mejora en términos de transparencia, seguirá siendo importante hacer seguimiento de la cuestión de la coordinación en **Argentina**, dado que muchas de las provincias no han publicado aún sus planes de vacunación.

En cambio, **Chile** tiene en la actualidad las tasas más altas de población vacunada en la región. Medios de comunicación internacionales han informado, basándose en una serie de entrevistas, que el país ha presentado sólidos sistemas de coordinación entre las instituciones de salud,¹²⁷ y esa información coincide con los testimonios del sector de la salud que Amnistía Internacional recibió de algunos sindicatos de personal sanitario de Chile, con actualizaciones a mediados de febrero.



Jorge Pérez Ortega (Jorgito) fue injustamente despedido de su puesto como personal de limpieza en un hospital público, en junio del 2020. Su separación ocurrió luego de haber denunciado públicamente que el personal de limpieza del hospital "20 de Noviembre" de la Ciudad de México carecía de Equipo de Protección Personal (EPP), el mismo que necesitaban para cuidarse del COVID-19. Jorgito se encontraba particularmente en riesgo debido a su edad. Foto tomada el 4 de febrero de 2021.
© Amnistía Internacional

¹²⁶ Véase gobierno de Argentina, Monitor Público de Vacunación, disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna/aplicadas>

¹²⁷ Coronavirus en Chile: las claves que explican la exitosa campaña de vacunación contra la covid-19 en el país sudamericano, disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56026037>

6. TENER EN CUENTA A TODO EL PERSONAL SANITARIO Y PROTEGER SUS DERECHOS

El PIDESC consagra los derechos de los trabajadores y las trabajadoras en sus artículos 6, 7 y 8. Entre ellos figura el derecho a la seguridad y la higiene en el trabajo y el derecho a la seguridad social.¹²⁸

Para proteger debidamente a su personal sanitario, los gobiernos deben mantener registros exactos de su fuerza laboral. Sin embargo, varios gobiernos de la región parecen carecer de registros sólidos de su fuerza laboral sanitaria, y más aún del número de profesionales de la salud que han muerto de COVID-19. Amnistía Internacional buscó los registros públicos oficiales del número de profesionales de la salud que habían contraído COVID-19, así como del número de profesionales que habían muerto de la enfermedad. Esta búsqueda se verificó con organizaciones de la sociedad civil y personal sanitario sobre el terreno de septiembre a diciembre de 2020. Los países donde no se encontraron registros públicos fueron; **Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú y Venezuela**. Los países donde se encontraron registros públicos, incluidos datos desagregados hasta cierto punto y actualizados con razonable frecuencia, del número de personas que trabajan en servicios de salud afectadas por COVID-19 fueron: **Argentina, Colombia, México y República Dominicana y Uruguay**.¹²⁹ Los países donde se encontró un registro público, pero con datos que presentaban considerables deficiencias en el desglose y que se actualizaban con poca frecuencia, fueron: **Brasil, Chile, Ecuador y Paraguay**.¹³⁰



Tras buscar esta información en los registros públicos, Amnistía Internacional envió cartas y presentó solicitudes de acceso a la información a todos los países para pedir más datos, pero sólo cuatro han respondido hasta la fecha con información detallada sobre su fuerza laboral sanitaria, a saber, **Paraguay, Perú, Guatemala y Argentina**. No obstante, ninguno de estos países proporcionó datos centralizados en cuanto al número de profesionales que habían muerto de COVID-19 (aunque, en el caso de Argentina, este número se facilitaba en el registro público citado *supra*). En el caso de **Guatemala**, el gobierno no tenía un sistema centralizado para calcular el número, y lo que proporcionó a Amnistía Internacional fueron más de 900 páginas de registros hospital a hospital de profesionales afectados por COVID-19.¹³¹

Un ejemplo notable de deficiencias preocupantes en los datos sobre el personal sanitario, así como en su protección, es **Perú**. Entre noviembre y febrero, Amnistía Internacional presentó varias solicitudes de acceso a la información relativas al número de profesionales de la salud que habían muerto de COVID-19 en el curso de la pandemia. Inicialmente, el Ministerio de Salud (MINSA, responsable de sólo una parte de los servicios peruanos de salud pública, pues el resto de la población recibe atención sanitaria a través de los servicios de seguridad social) respondió, en diciembre, a la solicitud de información. En la respuesta aportaba una lista de muertes de profesionales donde se contaban por miles, lo que, de ser así, suponía que Perú tenía el mayor número de muertes de profesionales de la salud del mundo, muy por encima del de países con poblaciones considerablemente mayores que la suya. Amnistía Internacional continuó preguntando al gobierno sobre el número de muertes, así como a otras instituciones públicas y a

¹²⁸ Para más información sobre el marco internacional de derechos humanos aplicable al personal sanitario, véase *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), 19 de mayo de 2020, <https://www.amnesty.org/es/documents/amr01/2311/2020/es/>

¹²⁹ Para los enlaces a los sitios web de estos gobiernos, véase: Argentina: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios/sala-de-situacion/informes-especiales>. Colombia: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-personal-salud.aspx>. México: <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-sobre-el-personal-de-salud-covid-19-en-mexico>. República Dominicana: http://www.digepisalud.gob.do/documentos/?drawer=Vigilancia%20Epidemiologica*Alertas%20Epidemiologicas*Coronavirus*Nacional*Boletín%20Especial%20COVID-19. Uruguay: Ministerio de Salud Pública, información sobre la COVID-19, disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/informacion-situacion-sobre-coronavirus-covid-19-uruguay-144>

¹³⁰ A continuación, se enumeran los enlaces a los sitios web oficiales con información sobre estas cuestiones: Brasil: Ministerio de Salud, sitio web sobre la COVID-19: <https://covid.saude.gov.br/>. Chile: Ministerio de Salud, sitio web con estadísticas sobre la COVID-19: <https://www.minsal.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/informe-epidemiologico-covid-19/>. Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social: <https://www.mspbs.gov.py/reportes-covid19.html>. Ecuador: El último registro sobre el cual Amnistía Internacional tiene información fue actualizado en agosto de 2020. Disponible en: <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/fallecidos-profesionales-primera-linea-coronavirus>

¹³¹ Ministerio de Salud de Guatemala, *Resolución Definitiva* (responde a solicitud de acceso a la información), 2283-2020. 15 de febrero de 2021.

organismos profesionales médicos para conocer la dimensión real de las cifras proporcionadas por el MINSA. Ninguna institución pública de Perú ha podido cuantificar hasta la fecha el porcentaje de fuerza laboral sanitaria en activo que ha contraído COVID-19. Sobre la base de la investigación llevada a cabo por Amnistía Internacional, parecía que el MINSA había proporcionado a la organización una lista de muertes que incluía a la totalidad del personal sanitario, actual e inactivo, sin limitarse al que trabajaba en primera línea en la respuesta al COVID-19. No obstante, Amnistía Internacional presentó una segunda solicitud de información al MINSA y no ha recibido aún ninguna respuesta. Este es sólo uno de los muchos ejemplos conocidos por la organización durante la pandemia que ponen de relieve la escasez de datos públicos disponibles en Perú sobre el tamaño y las necesidades de la fuerza laboral sanitaria. Un defensor de los derechos de los pacientes dijo a Amnistía Internacional¹³² que, en muchas partes del país, los hospitales hacían todavía en papel el registro de las dosis de medicinas y otros servicios, y que la centralización de los registros seguía siendo muy difícil. Esta valoración coincide con las de un estudio académico del sistema de salud de Perú que muestra que la digitalización de los registros resulta muy complicada en muchas partes del país, dada la deficiente formación que recibe el personal sanitario, así como los retrasos en el registro de los datos y las diferencias de escritura.¹³³ Otro motivo de preocupación con respecto a Perú es el considerable porcentaje de su fuerza laboral que continúa trabajando con contratos que son básicamente informales. Estos contratos –conocidos en Perú como contratos de terceros, servicios no personales o locación de servicios– no conceden a los profesionales de la salud ningún derecho a seguridad social y, a veces, restringen su inscripción como tales en los registros oficiales.

En el marco del sector de la salud, es importante tener en cuenta la función que desempeñan las mujeres, dado que constituyen el 70 % del personal sanitario de la región;¹³⁴ sin embargo, en muchos casos, están insuficientemente representadas en los órganos de toma de decisiones en relación con la respuesta a la pandemia. Según un estudio de 24 países del mundo y de sus órganos de toma de decisiones en relación con el COVID-19, las mujeres están muy poco representadas en éstos.¹³⁵ El estudio incluye un análisis del comité de expertos sobre el COVID-19 de **Argentina**, en el que hay cuatro veces más hombres que mujeres. Asimismo, Transparencia Internacional señala que el COVID-19 menoscaba las voces de las mujeres y su participación política.¹³⁶ En este sentido, una recomendación urgente, descrita en el apartado anterior, es la de desglosar los datos por género, junto con otras características, en tanto que medio esencial para garantizar la debida vacunación y también la debida participación de las mujeres.

La situación del personal de enfermería en **Venezuela** también es sumamente preocupante. Su salario mensual era de apenas cuatro dólares estadounidenses (según el tipo de cambio en octubre de 2020) y soporta condiciones de trabajo precarias y poco seguras,¹³⁷ e incluso represalias por denunciar la falta de protección en el trabajo.¹³⁸ Son unas condiciones sumamente difíciles para llevar a cabo una campaña de vacunación, y las organizaciones locales han denunciado incluso intimidación y amenazas contra cooperantes y personal de ayuda humanitaria.¹³⁹

Algunos países parecen haber estado haciendo graves recortes en su sector sanitario en los últimos años, entre ellos **Guatemala**, donde, según cifras de la OMS, su tamaño se redujo enormemente entre 2009 y 2018, cuando pasó de tener 9,3 profesionales médicos y 8,6 profesionales de enfermería y de asistencia al parto por 10.000 habitantes en 2009 a sólo 3,5 y 0,7 en 2018. Merece la pena mencionar que, en el caso del personal de enfermería y de asistencia al parto, estas cifras de **Guatemala** de 2018 son más de 100

¹³² Entrevista con un defensor de los derechos de los pacientes en Perú, 30 de octubre de 2020.

¹³³ Helen Palma-Pinedo et al., “Barreras para la calidad de información en establecimientos de salud de la Amazonía: el caso de tres sistemas de información de VIH/SIDA, hepatitis B y sífilis congénita”, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol.35, no.1, Lima, 2018. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342018000100005

¹³⁴ OPS, “PAHO Director warns that damage from COVID-19 disproportionately impacts women”, 3 de febrero de 2021, disponible en: <https://www.paho.org/en/news/3-2-2021-paho-director-warns-damage-covid-19-disproportionately-impacts-women>

¹³⁵ Rajan, Dheepa. “Governance of the Covid-19 response: a call for more inclusive and transparent decision-making”. *BMJ Global Health*, 29 de abril de 2020, disponible en: <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/4656999/1/Governance%20of%20the%20Covid-19%20response%20a%20call%20for%20more%20inclusive%20and%20transparent%20decision-making.pdf>

¹³⁶ Transparencia Internacional, *COVID-19 Makes Women more Vulnerable to Corruption*, 21 de septiembre de 2020, disponible en: <https://www.transparency.org/en/news/covid-19-makes-women-more-vulnerable-to-corruption>

¹³⁷ Amnistía Internacional, *Venezuela: A las Enfermeras les Pagan con Pobreza Extrema*, 28 de octubre de 2020, disponible en: <https://www.amnistia.org/ve/noticias/2020/10/17084/a-las-enfermeras-les-pagan-con-pobreza-extrema>

¹³⁸ Véase Amnistía Internacional, *Venezuela: Las autoridades reprimen y no protegen a los trabajadores de la salud mientras la pandemia de COVID-19 cobra fuerza*, 18 de agosto de 2020. Disponible en: <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2020/08/venezuelan-authorities-are-repressing-and-failing-to-protect-health-workers-as-covid-19-gathers-force/>

¹³⁹ Ellsworth, Brian y Sequera, Vivian, “Analysis: Collapsed health system makes Venezuela vaccination campaign an uphill battle”, 12 de febrero de 2021, disponible en: <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-venezuela-vaccine-idUSKBN2AC1RC>

veces inferiores a las de **Brasil** y **Chile** de ese mismo año.¹⁴⁰ A este respecto, América Latina y el Caribe es una región sumamente variada en lo que a su fuerza laboral sanitaria se refiere, como muestra la tabla siguiente, que Amnistía Internacional ha elaborado basándose en cifras de la OMS.¹⁴¹

País	Número de médicos por cada 10,000 personas				Número de enfermeras y parteras por cada 10,000 personas			
	2009	2016	2017	2018	2009	2010	2017	2018
ARGENTINA	ND	ND	39.90	ND	ND	ND	26.00	ND
BOLIVIA	ND	15.90	ND	ND	ND	8.33	15.59	ND
BRASIL	18.17	ND	21.65	21.64	ND	14.67	97.37	101.19
CANADÁ	ND	23.11	ND	24.10	ND	ND	99.49	99.44
CHILE	10.29	22.94	24.41	25.91	1.00	12.67	121.37	133.25
COLOMBIA	15.67	20.34	21.06	21.85	8.24	8.67	12.71	13.31
CUBA	66.70	79.54	82.95	84.22	ND	91.77	77.29	75.61
ECUADOR	15.98	20.37	ND	ND	18.79	16.59	28.27	25.06
EL SALVADOR	ND	15.66	ND	ND	ND	ND	18.38	18.34
EUA	24.47	25.88	26.12	ND	ND	125.93	145.48	ND
GUATEMALA	9.04	ND	ND	3.55	8.70	ND	0.69	0.74
HAITÍ	ND	ND	ND	2.34	ND	ND	ND	6.80
HONDURAS	ND	ND	3.09	ND	ND	8.60	7.38	7.36
JAMAICA	ND	4.55	13.06	ND	ND	ND	14.67	8.07
MÉXICO	19.79	23.24	23.83	ND	23.62	24.12	25.08	23.96
NICARAGUA	7.03	9.54	9.90	9.78	13.03	12.65	15.52	15.33
PARAGUAY	ND	ND	ND	13.54	ND	ND	7.39	16.60
PERÚ	9.47	13.05	ND	ND	13.08	ND	22.13	24.40
REPÚBLICA DOMINICANA	ND	ND	ND	ND	13.25	ND	11.70	13.80
URUGUAY	ND	39.56	50.79	ND	ND	ND	20.41	ND
VENEZUELA	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	9.42



Tabla elaborada por Amnistía Internacional sobre la base de información de la OMS.

Esta tabla es alarmante si se tiene en cuenta que la OMS fija el nivel mínimo necesario para prestar los servicios de salud materno infantil más básicos, en 23 profesionales médicos, de enfermería y de asistencia al parto por 10.000 habitantes.¹⁴² Este umbral se estableció originalmente para los países de bajos ingresos en su consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de 2015. Sin embargo, muchos países de América Latina y el Caribe continúan teniendo sectores sanitarios muy débiles y no alcanzan ese umbral, a pesar de que en la región sólo Haití está clasificado técnicamente como “país de ingreso bajo” en las últimas clasificaciones del Banco Mundial basadas en el ingreso nacional bruto per cápita.¹⁴³ El resto de los países pertenecen a los grupos de “ingreso mediano bajo”, “ingreso mediano alto” o, en el caso de Uruguay y Chile, “ingreso alto”.¹⁴⁴ Los países que son motivo de preocupación por su bajo nivel de fuerza laboral sanitaria son **Paraguay, Guatemala, Honduras, Venezuela, Bolivia y Nicaragua**.

¹⁴⁰ Actualización de 2018 de la Organización Mundial de la Salud, Global Health Workforce Statistics, Ginebra, disponible en: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.H.WF>

¹⁴¹ Ibid.

¹⁴² Organización Mundial de la Salud, *El personal sanitario es imprescindible para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud*. Disponible en: https://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/es/.

¹⁴³ Véase Banco Mundial, *World Bank Country and Lending Groups, for the Fiscal Year 2021*, disponible en: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>

¹⁴⁴ Ibid.

7. GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE LAS VACUNAS PARA TODAS LAS PERSONAS CON INDEPENDENCIA DE LA CONDICIÓN MIGRATORIA

Varios países de la región han puesto considerables obstáculos a las personas migrantes y refugiadas para acceder a las vacunas o les han bloqueado claramente el acceso. Según una declaración del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, “[i]ncluir a las personas refugiadas en las campañas de vacunación es clave para poner fin a la pandemia”.¹⁴⁵

Uno de los ejemplos más evidentes ha sido **República Dominicana**, donde, según los medios de comunicación, el presidente Luis Abinader ha manifestado públicamente que las personas migrantes indocumentadas no recibirán inicialmente la vacuna.¹⁴⁶ Además, el plan de vacunación de la República Dominicana no hace ninguna mención específica a las personas migrantes.¹⁴⁷ Este hecho es especialmente preocupante en un país con una de las mayores crisis de apatridia de la región, donde a miles de personas nacidas de padres extranjeros pero que se registraron como dominicanas al nacer no se le reconoció posteriormente la ciudadanía y no pueden obtener documentos de identidad dominicanos.¹⁴⁸ Al igual que otros países isleños del Caribe, República Dominicana acoge ahora también a miles de personas migrantes y refugiadas venezolanas, algunas de las cuales no tendrán estatus migratorio regular.¹⁴⁹ Si se implementa, esta negación absoluta de acceso a las vacunas a las personas migrantes e indocumentadas invertirá la trayectoria de implementación de respuestas basadas en los derechos humanos que ha seguido República Dominicana frente a otras pandemias, como la del VIH, y podría menoscabar sus esfuerzos de prevención.



Se debe tener en cuenta que, siendo **México** una nación más que acostumbrada al fenómeno de la migración, tanto de su propia población como de otras que llegan al país o pasan por él,¹⁵⁰ su plan nacional de vacunación no menciona a las personas migrantes, refugiadas ni solicitantes de asilo. El registro en el sitio web que el gobierno mexicano estableció el 2 de febrero para la vacunación de personas mayores de 60 años exige una Clave Única de Registro de Población (CURP), lo que podría excluir a gran número de personas que carecen de este documento y pone, por tanto, la salud pública en peligro.¹⁵¹ Aunque el gobierno mexicano anunció posteriormente¹⁵² que también se administraría la vacuna a las personas migrantes sin CURP, Amnistía Internacional ha recibido varios informes de defensores de los derechos de la población migrante y de personas extranjeras residentes en México que indican que podría seguir habiendo

¹⁴⁵ Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, “Q&A: ‘Including refugees in the vaccine rollout is key to ending the pandemic’”, 14 de enero de 2021, disponible en: <https://www.unhcr.org/news/latest/2021/1/5fff1afe4/qa-including-refugees-vaccine-rollout-key-ending-pandemic.html>

¹⁴⁶ Véase, por ejemplo, Jiménez, Karina, “Gobierno adquirió vacunas contra el Covid pensando en dominicanos, no en indocumentados”, *El Caribe*, 15 de febrero de 2021, disponible en: <https://www.elcaribe.com.do/destacado/gobierno-adquirio-vacunas-contra-el-covid-pensando-en-dominicanos-no-en-indocumentados/>. Véase también Anastasia Moloney y Nita Bhalla, *Reuters News Agency* “Analysis: ‘Invisible’ migrants risk being last in line for COVID-19 vaccination”, 21 de enero de 2021, disponible en: <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-migrants-trfn/analysis-invisible-migrants-risk-being-last-in-line-for-covid-19-vaccination-idUSKBN29Q2A9>.

¹⁴⁷ Ministerio de Salud de la República Dominicana, “Plan Nacional de Vacunación contra Covid-19”, febrero de 2021, disponible en: <https://vacunate.gob.do/> y <https://presidencia.gob.do/noticias/gobierno-presenta-el-plan-nacional-de-vacunacion-contra-la-covid-19>

¹⁴⁸ Amnistía Internacional, “*Sin papeles no soy nadie*”: *Personas apátridas en la República Dominicana*, 2015, Disponible en: <https://www.amnesty.org/es/documents/amr27/2755/2015/es/>

¹⁴⁹ Véase Coordination Platform for Refugees and Migrants from Venezuela (R4V), Disponible en: <https://r4v.info/en/situations/platform/location/7493>

¹⁵⁰ Amnistía Internacional, *Ignoradas y Sin Protección: La mortal devolución de personas centroamericanas solicitantes de asilo desde México* (Índice: AMR 41/7602/2018, 23 de junio de 2018. Disponible en: <https://www.amnesty.org/es/documents/amr41/7602/2018/es/>

¹⁵¹ Amnistía Internacional, *México: Registro de vacunación excluye a importantes sectores de la población por solicitar CURP y pone en riesgo la salud pública*, 5 de febrero de 2021. Disponible en: <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2021/02/mexico-registro-vacunacion-excluye-importantes-sectores-poblacion/>

¹⁵² Gobierno de México, comunicado: “Personas migrantes en territorio mexicano también recibirán vacuna contra COVID-19”, 21 de febrero de 2021, disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/079-personas-migrantes-en-territorio-mexicano-tambien-recibiran-vacuna-contra-covid-19>

trabas administrativas en la práctica.¹⁵³ En países centroamericanos como **Guatemala, El Salvador y Costa Rica** se han observado deficiencias similares, que excluyen a las personas migrantes, deportadas y de otros sectores de la población de los planes de vacunación al exigirles documentos de identidad que no todas tienen.¹⁵⁴

En **Chile**, a pesar de que las autoridades respondieron enseguida con una campaña de vacunación rápida e intensa desde el 24 de diciembre,¹⁵⁵ que originalmente abarcaba a toda la población que vive en Chile, el 10 de febrero el Ministerio de Salud dictó una resolución en que se precisa que la población “que vive en Chile” es aquella que tiene la nacionalidad chilena o visa de residente ya concedida o en tramitación, lo que en la práctica excluye de la vacunación en Chile a las personas extranjeras en situación irregular.¹⁵⁶ El Ministerio de Relaciones Exteriores anunció esta resolución a la prensa en términos muy rotundos, especificando que no recibirán la vacuna quienes estén en Chile como turistas o en situación irregular.¹⁵⁷ El día siguiente, 11 de febrero, el jefe del Departamento de Extranjería contradujo la resolución¹⁵⁸, indicando que el plan de vacunación incluía a todas las personas que estuvieran ya en Chile, con independencia de su condición, debido a un decreto anterior, de 2016 y aclaró que no se aplicaría a quienes entraran después al país como turistas. Ese mismo día, el Ministerio de Salud explicó que quienes entraran en Chile de manera irregular recibirían cobertura sanitaria y, por tanto, vacunas siempre que a su llegada se presentaran de inmediato ante las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley en calidad de migrantes irregulares sin papeles,¹⁵⁹ lo que a efectos prácticos podría poner a las personas migrantes en peligro de deportación. La confusión causada por los anuncios públicos en los días siguientes a esta resolución podría tener el efecto de desincentivar la vacunación de las personas con condición migratoria irregular en Chile, poniendo en peligro la eficacia de la campaña chilena de vacunación.¹⁶⁰

El plan nacional de vacunación de **Colombia** tiene en cuenta a las personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo. Asimismo, el país ha anunciado recientemente que pronto se permitirá a más de un millón de refugiados venezolanos que hay en Colombia, formalizar su situación como residentes.¹⁶¹ No obstante, mientras tanto no hay información sobre cuánto tardará en producirse esta importante transición. A pesar de que el Ministerio de Salud indicó a principios de febrero que está elaborando un plan para garantizar que se vacune a las personas migrantes,¹⁶² al menos un funcionario de fronteras indicó una semana después que hasta que no estén regularizadas en el país, no recibirán las vacunas.¹⁶³ Por otro lado, el plan nacional de vacunación de Colombia no deja claro si se vacunará a todas las personas y señala que “la inclusión efectiva de los migrantes en condición irregular se constituye en un desafío para el que se exploran alternativas en el marco del Plan Nacional de Vacunación”.¹⁶⁴

¹⁵³ Correspondencia mantenida con abogados defensores de poblaciones migrantes en México en la segunda mitad de febrero de 2021.

¹⁵⁴ *Ibid.*

¹⁵⁵ *Coronavirus en Chile: las claves que explican la exitosa campaña de vacunación contra la covid-19 en el país sudamericano*, disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56026037>

¹⁵⁶ Ministerio de Salud de Chile, “Complementa Resolución Extenta N° 1138, de 2020, del Ministerio de Salud, que Aprueba Lineamientos Técnico Operativos Vacunación SARS-Cov-2”, disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/RES.-EXENTA-N-136_.pdf, 10 de febrero de 2021.

¹⁵⁷ SJM Chile, “Gobierno limita inoculación de extranjeros para evitar «turismo de vacunas», pero expertos piden incluir a personas en situación irregular”, 11 de febrero de 2021, disponible en: <https://sjmchile.org/2021/02/11/gobierno-limita-inoculacion-de-extranjeros-para-evitar-turismo-de-vacunas-pero-expertos-piden-incluir-a-personas-en-situacion-irregular/>. El ministro dijo más tarde que “debería haber sido más claro” al respecto: Cooperativa Chile, “Allamand y polémica por vacunación de migrantes: ‘Debí ser más claro para explicar’”, 14 de febrero de 2021, disponible en: <https://cooperativa.cl/noticias/sociedad/salud/coronavirus/allamand-y-polemica-por-vacunacion-de-migrantes-debi-ser-mas-claro/2021-02-14/112819.html>

¹⁵⁸ Daniela Silva. *La Tercera*. “Álvaro Bellolio, jefe del Departamento de Extranjería (dependiente del Ministerio del Interior): “Los migrantes que están de forma irregular en Chile son Fonasa A, por lo tanto ellos tienen acceso a la vacunación”. Disponible en: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/alvaro-bellolio-jefe-del-departamento-de-extranjeria-los-inmigrantes-que-estan-de-forma-irregular-en-chile-son-fonasa-por-lo-tanto-ellos-tienen-acceso-a-la-vacunacion/XTSR3KFCONGMRHKA4APIMUT4E/>

¹⁵⁹ AA, “Chile aclaró que su plan de vacunación contra la COVID-19 incluye a extranjeros irregulares”, 12 de febrero de 2021, disponible en: <https://www.aa.com.tr/es/mundo/chile-aclar%C3%B3-que-su-plan-de-vacunaci%C3%B3n-contra-la-covid-19-incluye-a-extranjeros-irregulares/2142219>

¹⁶⁰ Amnistía Internacional Chile, declaración de prensa, 11 de febrero de 2021, disponible en: <https://twitter.com/amnistiachile/status/1359970466463645701?s=20>

¹⁶¹ Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia, “Presidente Duque anuncia decisión histórica de crear Estatuto de Protección Temporal para migrantes venezolanos en Colombia”, 8 de febrero de 2021, disponible en: <https://www.cancilleria.gov.co/newsroom/news/presidente-duque-anuncia-decision-historica-crear-estatuto-proteccion-temporal>

¹⁶² Ministerio de Salud de Colombia, “Colombia trabaja en programa de vacunación para migrantes irregulares”, 1 de febrero de 2021, disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Forms/DispForm.aspx?ID=9287>

¹⁶³ Declaración del coordinador del control de fronteras de la Presidencia colombiana, 8 de febrero de 2021, tuit disponible en: <https://twitter.com/PoliticaET/status/1358907557990068225?s=20>

¹⁶⁴ Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, “Plan Nacional de Vacunación contra Covid-19”, pág. 31. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/pnv-contra-covid-19.pdf>, febrero de 2021.



Personal médico del Hospital de San José atiende a migrantes de Venezuela en un campo temporal de acogida de La Guajira (Colombia), 30 de septiembre de 2020.
© Nicolo Filippo Rosso/Bloomberg vía Getty Images

8. GARANTIZAR QUE EL SECTOR PRIVADO NO MENOSCABA EL ACCESO JUSTO

Aunque los Estados son los principales garantes de los derechos humanos según los tratados internacionales, los miembros del sector privado —médico y no médico— son responsables de respetar los derechos humanos.¹⁶⁵ Los *Principios rectores de la ONU sobre las empresas y los derechos humanos*¹⁶⁶ aclaran la interacción entre ambos y establecen que los Estados tienen la obligación de proteger contra los perjuicios provocados por terceros, incluidos los agentes no estatales, y que las empresas tienen la responsabilidad de abstenerse de infringir los derechos humanos de terceros y hacer frente a las consecuencias negativas sobre los derechos humanos en las que tengan alguna participación.

Aunque los estándares internacionales de derechos humanos sobre el derecho a la salud no prohíben la participación del sector privado en los servicios públicos,¹⁶⁷ de acuerdo con el relator especial de la ONU sobre el derecho a la salud, “cuando ciertos componentes del sistema de salud se descentralicen o confíen al sector privado [debe haber] los suficientes controles y contrapesos para que esa transformación resuelva el problema de la corrupción o, por lo menos, no lo agrave. Deben aplicarse las medidas adecuadas de supervisión, transparencia y seguimiento a la prestación de servicios de salud privados o descentralizados”.¹⁶⁸ Con tal fin, los Estados deben monitorear y regular toda iniciativa de las entidades privadas para garantizar que contribuyen a proporcionar un acceso justo a las vacunas y nadie elude el plan nacional de vacunación contra el COVID-19 haciendo compras al margen de este marco. Tales actos han de estar prohibidos por ley e ir acompañados de la debida rendición de cuentas por las infracciones cometidas.¹⁶⁹

Dado que el suministro de vacunas contra el COVID-19 a escala global es limitado y dada la responsabilidad de los Estados en la realización del derecho a la salud, estos últimos deben tomar la iniciativa de la compra y distribución de vacunas para sus poblaciones. Si bien los agentes no estatales pueden colaborar con los Estados en aspectos de la prestación de los servicios vinculados a los planes nacionales de vacunación, esas entidades no deben tomar la iniciativa de la compra directa a los proveedores ni decisiones relativas al reparto de las vacunas. Los acuerdos bilaterales de compra con empresas farmacéuticas entrañan el riesgo de crear un mercado paralelo que no haría sino comprometer aún más el acceso global a las vacunas y la capacidad de todos los países de acceder a ellas.



Por ello, los Estados deben prohibir legalmente las compras directas del sector privado y contemplar la imposición de sanciones a personas u organizaciones privadas que eludan el plan nacional de vacunación o que de algún otro modo obstaculicen indebidamente las medidas estatales para garantizar un acceso justo a las vacunas.

¹⁶⁵ Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 13 de febrero de 2003, párr. 30, E/CN.4/2003/58. Disponible en: <https://undocs.org/pdf?symbol=es/E/CN.4/2003/58>

¹⁶⁶ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Principios rectores sobre las empresas y los derechos humanos*, 2011. Disponible en: https://www.ohchr.org/documents/publications/guidingprinciplesbusinesshr_sp.pdf

¹⁶⁷ Véase, por ejemplo, *Principios Rectores de la ONU sobre las Empresas y los Derechos Humanos*, principio 5 (ibíd.): “Los Estados no renuncian a sus obligaciones jurídicas internacionales en materia de derechos humanos cuando privatizan la prestación de servicios que pueden afectar al disfrute de los derechos humanos. El hecho de que los Estados no se aseguren de que las empresas que prestan esos servicios actúen de manera compatible con las obligaciones del Estado en materia de derechos humanos puede acarrear consecuencias jurídicas y de reputación para el propio Estado”.

¹⁶⁸ Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, pág. 21, disponible en: <https://undocs.org/A/72/137>, 14 de julio de 2017.

¹⁶⁹ Según los *Principios Rectores de la ONU sobre las empresas y los derechos humanos*, “los Estados deben Hacer cumplir las leyes que tengan por objeto o por efecto hacer respetar los derechos humanos a las empresas, evaluar periódicamente si tales leyes resultan adecuadas y remediar eventuales carencias”. Además, a tal efecto, los Estados “deben adoptar las medidas apropiadas para prevenir, investigar, castigar y reparar esos abusos mediante políticas adecuadas, actividades de reglamentación y sometimiento a la justicia”. Véase Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Principios Rectores de la ONU sobre las Empresas y los Derechos Humanos*, 2011. (op. cit.)

Si las entidades privadas participan en la prestación de servicios vinculados a las vacunas, debe establecerse un proceso de compra público que sea transparente y por el que se deban rendir cuentas.

A fin de garantizar el estricto cumplimiento de todas las normas conforme a los planes de vacunación nacionales, y que son acordes con los derechos humanos, es necesario que todos los servicios prestados por entidades privadas estén sometidos a supervisión pública, ejercida por el gobierno y por una auditoría independiente. El gobierno debe promulgar y promover activamente leyes y reglamentos al respecto.

Independientemente de que esas leyes y reglamentos existan, las organizaciones empresariales tienen la responsabilidad de respetar los derechos humanos recogidos en el derecho internacional, que exige a los agentes no estatales adoptar de manera proactiva medidas para no infringir los derechos humanos.¹⁷⁰ Esto significa que deben abstenerse de tomar medidas que afecten indebidamente a la capacidad de los Estados para garantizar la disponibilidad, acceso y asequibilidad de los productos sanitarios contra el COVID-19.

Durante los meses transcurridos desde diciembre de 2020 hasta la fecha, informes de prensa de varios países han señalado a representantes del sector privado, a veces no relacionados con el sector de los servicios sanitarios, que intentan comprar dosis de vacunas directamente a las empresas farmacéuticas internacionales. En **Brasil**, las fiscalías comenzaron a tomar medidas drásticas contra los casos de profesionales del derecho, empresarios poderosos, personas que gestionan blogs de moda, figuras políticas y otras personas que consiguen las vacunas por medios ilícitos, en perjuicio del interés público general.¹⁷¹ Tras estos hechos, el Congreso de **Brasil** aprobó una ley que permite a las empresas comprar vacunas, aunque con la condición de que tales adquisiciones se destinen por completo al plan nacional de vacunación.¹⁷²

En **Venezuela**, el presidente declaró a mediados de febrero que la cuestión de un posible mercado privado de vacunas no se había considerado aún, pero que se examinaría tal posibilidad con las autoridades sanitarias.¹⁷³

En **Paraguay**, las autoridades sanitarias anunciaron a finales de febrero que, si el sector privado se adelanta a comprar las vacunas, el Estado tiene la potestad de asegurarse de que las autoridades las reclaman para garantizar que se destinan a las poblaciones más afectadas.¹⁷⁴

¹⁷⁰ Principios Rectores de la ONU sobre las Empresas y los Derechos Humanos, (ibíd), 2011, principios 11,15

¹⁷¹ Samantha Pearson, "In Brazil, People Illicitly Snag Vaccines and Brag About it", *The Wall Street Journal*, 17 de febrero de 2021. Disponible en: <https://www.wsj.com/articles/in-brazil-people-illicitly-snap-vaccines-and-brag-about-it-11613563201>. Véase también Ministerio Público del estado de Amapá: *21 de enero de 2021. Disponible en: <http://www.mpap.mp.br/noticias/gerais/mp-ap-instaura-inquerito-civil-para-apurar-se-agente-publico-teria-infringido-ordem-de-prioridade-de-vacinacao-da-covid-19-no-municipio-de-serra-do-navio>. Véase también "Justiça Federal determina publicação da lista de vacinados contra covid-19 em Manaus (AM)". 25 de enero de 2021. MP-AP instaura Inquérito Civil para apurar se agente público teria infringido ordem de prioridade de vacinação da COVID-19 no município de Serra do Navio*. Disponible en: <http://www.mpf.mp.br/am/sala-de-imprensa/noticias-am/justica-federal-determina-publicacao-da-lista-de-vacinados-contra-covid-19-em-manaus-am>.

¹⁷² Boletín Oficial de Brasil, Ley Nº 14,125/21, 10 de marzo de 2021, disponible en: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.125-de-10-de-marco-de-2021-307639844>. Conviene, asimismo, señalar que la ley establece que, una vez hayan sido vacunados todos los grupos prioritarios, tal y como prevé el plan nacional de inmunización contra la COVID-19, las empresas pueden comprar, distribuir y administrar vacunas, siempre y cuando donen el 50% de las dosis (con carácter obligatorio) al sistema nacional de salud (SUS) (art. 2.1).

¹⁷³ Agencia de noticias EFE, "Venezuela abre la puerta a la vacunación "privada" contra la COVID-19, 17 de febrero de 2021, disponible en: <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/venezuela-abre-la-puerta-a-vacunacion-privada-contra-covid-19/20000013-4467586>

¹⁷⁴ ABC Color, "Si el sector privado se adelanta con más dosis, el Estado tiene la potestad de destinarlas a vacunación pública", 24 de febrero de 2021, disponible en: https://www.abc.com.py/nacionales/2021/02/24/si-sector-privado-se-adelanta-con-mas-dosis-el-estado-tiene-potestad-de-destinarlas-a-vacunacion-publica/?fbclid=IwAR1fYI9ZygpC97dNhHfoTLpSCb9_Xp0In-FuqtrxUJUnmEw7DuCqP7dEp4

9. ABSTENERSE DE UTILIZAR LAS VACUNAS PARA BENEFICIOS PERSONALES O POLÍTICOS

Según la Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción, tratado internacional vinculante, ratificado por todos los países examinados en el presente informe, la corrupción puede manifestarse de diversas formas, entre ellas: malversación; apropiación indebida, robo o uso indebido de bienes públicos; enriquecimiento ilícito; nepotismo o amiguismo; tráfico de influencias, y blanqueo del producto del delito.¹⁷⁵ La corrupción con frecuencia causa violaciones de derechos humanos, que, en el caso del derecho a la salud, pueden incluso dar lugar a la pérdida de la vida en contextos como la pandemia de COVID-19.



De acuerdo con el relator especial de la ONU sobre el derecho a la salud, “[e]l sector de la salud está sumamente expuesto a la corrupción —política e institucional, en gran y pequeña escala— en todos los niveles de los sectores público y privado”.¹⁷⁶

Durante 2020, Transparencia Internacional documentó varios casos de compras irregulares de suministros médicos por gobiernos de la región. Por ejemplo, la organización señala que el gobierno de **Honduras** compró hospitales móviles excesivamente caros sin una razón médica clara que lo justificara.¹⁷⁷ Además, la organización publicó un exhaustivo informe sobre la corrupción arraigada en el sistema de salud de **Venezuela**.¹⁷⁸ A este respecto, en **Paraguay** la Fiscalía ha abierto investigaciones sobre la presunta adquisición irregular de suministros médicos con facturas falsas.¹⁷⁹

Ante la oleada de denuncias de corrupción y mala gestión de los fondos públicos durante la pandemia, Transparencia Internacional, publicó también una serie de directrices sobre las contrataciones públicas en estados de emergencia.¹⁸⁰

Según el relator especial de la ONU sobre el derecho a la salud, en este contexto se precisa de mantenimiento de registros y supervisión escrupulosos, incluidas auditorías e inspecciones in situ, así como de sólidos organismos independientes y autónomos contra la corrupción durante la totalidad de la campaña de vacunación.¹⁸¹ El relator especial señala también que otro factor clave será garantizar la protección efectiva de quienes denuncian irregularidades. También se hace eco de ello el relator especial de la ONU sobre la libertad de expresión, que explica que 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”.¹⁸² Transparencia Internacional pide igualmente a los gobiernos que “protejan a los ciudadanos que denuncien infracciones e investiguen sus quejas”.¹⁸³ Los gobiernos no deben incoar en ningún caso procedimientos penales ni sancionar de ningún modo a quienes, aun teniendo la obligación de mantener la confidencialidad o el secreto, revelen información sobre abusos

¹⁷⁵ Véase Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción, (2005), artículos 15-23, disponible en:

<https://www.unodc.org/unodc/es/treaties/CAC/>

¹⁷⁶ Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 14 de julio de 2017. Disponible en: <https://undocs.org/A/72/137>

¹⁷⁷ Transparencia Internacional, “Lack of planning in Honduras COVID-19 purchases risks millions in public funds”, 9 de julio de 2020, disponible en: <https://www.transparencycdn.org/en/blog/lack-of-planning-in-honduras-covid-19-purchases-risks-millions-in-public-funds>

¹⁷⁸ Transparencia Venezuela, “Salud en Venezuela. Cuando la corrupción es el virus”, disponible en: <https://transparencia.org.ve/wp-content/uploads/2020/11/Salud-en-Venezuela-Cuando-la-corrupcio%CC%81n-es-el-virus.pdf>

¹⁷⁹ Véase, por ejemplo, Ministerio Público de Paraguay, *Caso Imedic: Fiscalía presentó imputación por compras de medicamentos en el marco de la lucha contra el COVID-19*, 10 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.ministeriopublico.gov.py/nota/caso-imedic-fiscalia-presento-imputacion-por-compras-de-medicamentos-en-el-marco-de-la-lucha-contra-el-covid-19-5285#:~:ext=Caso%20Imedic%3A%20Fiscal%3A%20present%3B%20imputaci%3B%20contra%20el%20COVID%2D19&text=A%20estas%20personas%20se%20les%20comercializaci%3B%20no%20Autorizada%20de%20Medicamentos>.

¹⁸⁰ Transparencia Internacional, “Contrataciones públicas en estados de emergencia: elementos mínimos que los gobiernos deben considerar para asegurar la integridad de las adjudicaciones que realicen durante contingencias”, disponible en:

https://images.transparencycdn.org/images/COVID_19_Public_procurement_Latin_America_ES_PT.pdf

¹⁸¹ Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 14 de julio de 2017, párr. 52. Disponible en: <https://undocs.org/A/72/137>

¹⁸² Relator Especial de la ONU sobre la promoción y protección del derecho a la libertad de opinión y de expresión, 8 de septiembre de 2015. Disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/FreedomOpinion/Pages/ProtectionOfSources.aspx>.

¹⁸³ Transparencia Internacional, *La corrupción está enfermando a las personas*, 14 de septiembre de 2020, disponible en: <https://www.transparencia.org/es/news/how-corruption-is-making-people-sick>

contra los derechos humanos por motivos de conciencia y de manera responsable. Además, otras personas, incluidos los periodistas, que comuniquen información sobre abusos contra los derechos humanos no deben ser nunca objeto de medidas de esa índole. El mismo principio es aplicable como norma general a la revelación o comunicación de información sobre otros asuntos de interés público.

No sólo son importantes las auditorías y los organismos de lucha contra la corrupción, sino que el relator especial hace también hincapié en “la gran importancia de aumentar la transparencia¹⁸⁴ no solo para combatir las prácticas claramente corruptas, sino también para corregir esos fenómenos dañinos que entorpecen el disfrute del derecho a la salud”.¹⁸⁵

Por último, dado el contexto de las elecciones en varios países de la región, es esencial tener en cuenta estas normas. A este respecto, es pertinente señalar las recientes declaraciones del presidente de **Venezuela** en las que comenta que podrían incluirse en las primeras fases de la vacunación a congresistas, gobernadores y alcaldes, contrariamente a lo indicado en la Hoja de Ruta del SAGE de la OMS.¹⁸⁶

En cambio, en **Paraguay**, las autoridades comenzaron la campaña de vacunación en el país a finales de febrero de 2021 afirmando que todo funcionario público a quien se descubriera haciendo uso irregular de las vacunas contra el COVID-19 sería destituido sin demora.¹⁸⁷

¹⁸⁴ Por consiguiente, los recientes pronunciamientos del presidente mexicano sobre la intención de extinguir el Instituto Nacional de Acceso a la Información (INAI) de México, el organismo público responsable de velar por la transparencia en la función pública, así como de responder a las solicitudes de acceso a la información, suponen que se tomaría una decisión enormemente negativa, con graves consecuencias para los derechos humanos, especialmente en medio de una pandemia. Para más información sobre este punto véase: Proceso magazine, “En su primera reunión con el gabinete legal y ampliado, AMLO insiste en extinguir INAI e IFT”, 11 de enero de 2021, disponible en: <https://www.proceso.com.mx/nacional/2021/1/11/en-su-primer-reunion-con-el-gabinete-legal-ampliado-amlo-insiste-en-extinguir-inai-ift-256031.htm>

¹⁸⁵ Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, op. cit., párr. 41.

¹⁸⁶ CNN, “Maduro anuncia que este jueves 18 comienza la vacunación contra el covid-19 en Venezuela”, 17 de febrero de 2021, disponible en: <https://cnnespanol.cnn.com/2021/02/17/vacunacion-venezuela-comienza-18-febrero-anuncia-maduro/>

¹⁸⁷ CNN, “Paraguay comenzó la vacunación contra el COVID-19 con una severa advertencia del ministro de Salud”, 22 de febrero de 2021, disponible en: <https://cnnespanol.cnn.com/2021/02/22/paraguay-comenzo-la-vacunacion-contra-el-covid-19-con-una-severa-advertencia-del-ministro-de-salud/>

10. ADMINISTRAR LAS VACUNAS GRATUITAMENTE EN EL LUGAR DONDE SE PRESTAN LOS SERVICIOS DE SALUD Y DESTINAR A ELLO EL MÁXIMO DE LOS RECURSOS DISPONIBLES

El CESCR ha explicado claramente la obligación de los Estados de destinar el máximo de los recursos disponibles a proteger el derecho a la salud. En concreto, ha subrayado “el hecho de que, aun en tiempos de limitaciones graves de recursos, causadas sea por el proceso de ajuste, de recesión económica o por otros factores, se puede y se debe en realidad proteger a los miembros vulnerables de la sociedad mediante la adopción de programas de relativo bajo costo”.¹⁸⁸



Dirigentes y funcionarios públicos de casi todos los países examinados han hecho declaraciones que confirman que las autoridades proporcionarán las vacunas contra el COVID-19 sin ningún costo y garantizarán su gratuidad. Sin embargo, es preocupante que en la mayoría de los casos se trate sólo de declaraciones públicas que podrían modificarse si las condiciones políticas o económicas del país varían en el transcurso del año, aun cuando los suministros de vacunas siguieran siendo limitados. En algunas situaciones, las declaraciones públicas podrían generar confusión, como fue el caso de la que hizo el presidente de **México**, Andrés Manuel López Obrador, el 27 de diciembre, cuando confirmó que el gobierno continuaría centrándose en proporcionar la vacuna gratis a la población con independencia de la condición económica al mismo tiempo que manifestaba que no habría problema si empresas privadas de México comenzaran a importar la vacuna y quienes pudieran comprarla al precio fijado lo hicieran.¹⁸⁹ Los gobiernos deben garantizar que el costo no es nunca un obstáculo para acceder a las vacunas contra el COVID-19 y asumir la responsabilidad de utilizar todos los recursos de que disponen para garantizar que la vacuna esté disponible gratuitamente en el lugar donde se prestan los servicios de salud.¹⁹⁰ A este respecto son instructivos los ejemplos de estados de Estados Unidos que se aseguraron de que establecimientos privados como las farmacias proporcionarían la vacuna de forma gratuita.

En sólo cinco de los 13 países se hace mención específica en su plan de vacunación a la cuestión de la gratuidad o la administración gratuita de vacunas en el lugar de prestación de los servicios de salud, a saber, **Bolivia, Colombia, Argentina, Brasil y Guatemala**¹⁹¹ En otros países, aunque en el plan de vacunación no se especifica la gratuidad, se han tomado otras medidas a este respecto durante la pandemia. En **Perú**, el Congreso aprobó una ley para garantizar la gratuidad de la vacuna.¹⁹² En **Chile**, las vacunas contra la COVID-19 se administran con arreglo a una autorización de emergencia que permite importarlas y utilizarlas sin su registro completo en el Instituto de Salud Pública (ISP) del país. En la medida en que no estén registradas, no pueden comercializarse, con lo que se garantiza que sean gratuitas.¹⁹³ Esto implica que en Chile, no estaría necesariamente garantizada la gratuidad del uso en general de las vacunas en el futuro. En **Paraguay**, el Congreso aprobó a mediados de diciembre de 2020 una reforma de la legislación nacional sobre vacunación que modificó varias disposiciones, en especial una para asegurar que el presupuesto de la nación incluía nuevas partidas presupuestarias con los recursos necesarios para garantizar la gratuidad

¹⁸⁸ CESCR, Observación general núm. 3, párr. 12. Disponible en:

https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCESCR%2fGEC%2f4758&Lang=es

¹⁸⁹ Andrés Manuel López Obrador, discurso público: “Evaluación del Plan Nacional de Vacunación contra el Virus SARS-CoV-2”, 27 de diciembre de 2020. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=W8xvY05wfak>

¹⁹⁰ Amnistía Internacional, *Un pinchazo justo: Acceso universal al diagnóstico, tratamiento y vacuna de la COVID-19* (Índice: POL 30/3409/2020), 8 de diciembre de 2020, pág. 28, disponible en: <https://www.amnesty.org/es/documents/pol30/3409/2020/es/>

¹⁹¹ En el plan de vacunación de Brasil se menciona que la vacuna contra la COVID-19 es gratuita, pág. 10, disponible en: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/16/plano_vacinacao_versao_eletronica-1.pdf. Argentina en la pág. 8: Ministerio de Salud de Argentina. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/coronavirus-vacuna-plan-estrategico-vacunacion-covid-19-diciembre-2020.pdf>, 23 de diciembre de 2020. En el caso de Colombia, su plan nacional de vacunación hace referencia a la Ley 2064, promulgada en diciembre de 2020, en cuyo artículo 9 se establece la gratuidad de las vacunas contra la COVID-19. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=150467#:~:ext=Objeto.,C>

ovid%2D19%20y%20otras%20pandemias. En el caso de Guatemala, aparece este tema en la página 34 de su plan. Véase Ministerio de Salud de Guatemala, *Plan Nacional de Vacunación*, 5 de febrero de 2021, disponible en: <https://www.mspas.gob.gt/component/jdownloads/send/891-documento-plan-nacional-de-vacunaci%C3%B3n-contra-la-covid-19/7461-plan-nacional-vacunaci%C3%B3n-contra-covid-19.html>.

¹⁹² El Peruano, *Ley No. 31091*, promulgada el 17 de diciembre de 2020, disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-que-garantiza-el-acceso-al-tratamiento-preventivo-y-cura-ley-n-31091-1913142-1/>

¹⁹³ Véase Instituto de Salud Pública de Chile, reglamento sobre la COVID-19, <https://www.ispch.cl/isp-covid-19/vacunas-covid-19/>

de las vacunas.¹⁹⁴ En **Honduras**, el poder legislativo publicó un decreto con el fin de garantizar el acceso gratuito a la vacuna en torno al COVID-19.¹⁹⁵

América Latina y el Caribe es una de las regiones con menos inversión en salud (pública y privada) por habitante. El promedio de fondos que destinan los gobiernos centrales a la salud es del 2,3 % del PIB en los 22 países analizados por la CEPAL en su Panorama Social 2020.¹⁹⁶ Este porcentaje contrasta con las disposiciones de la Agenda de Salud Sostenible para la Américas 2018–2030, en la que se establece que para avanzar hacia la salud universal es preciso alcanzar un nivel de gasto público de al menos el 6 % del PIB, según la PAHO.¹⁹⁷ Dentro de la región hay también discrepancias enormes. La prioridad presupuestaria que dan al gasto sanitario **Centroamérica, República Dominicana y México** juntos es inferior a la de los países de Sudamérica, también según la CEPAL.¹⁹⁸ Y en cada país también hay disparidades enormes, especialmente entre las personas con acceso a sistemas de salud privados o públicos. Cabe hacer una descripción similar en el caso del gasto en seguridad social, que es otro de los derechos humanos en juego en esta crisis.

Implementar presupuestos públicos es una parte clave de la obligación internacional de los Estados de responder a las crisis de salud pública como la actual, y hacerlo garantizará que los gobiernos tengan más capacidad para asegurar que las vacunas sigan siendo gratuitas en el lugar de prestación de los servicios de salud, dando prioridad a quienes más las necesitan. La pandemia ha afectado gravemente a los medios de sustento, y con el fin de garantizar que el costo no es un obstáculo para la salud, la OMS recomendó en junio de 2020 que los Estados “financien la salud pública suspendiendo todo pago o cuota de usuario en el lugar donde se prestan los servicios de salud esenciales para todos los pacientes”.¹⁹⁹ Los Estados deben garantizar que el costo no constituye nunca un obstáculo para acceder a los productos sanitarios contra el COVID-19 y utilizar el máximo de los recursos de que disponen y la asistencia internacional, si es necesario, para proporcionar vacunas contra el COVID-19 gratuitas en el lugar donde se prestan los servicios de salud. Los Estados y las instituciones financieras internacionales deben trabajar en colaboración para garantizar que el costo no constituye un obstáculo en ningún lugar ni para nadie.



Una mujer y una niña caminan por la calle durante la pandemia de COVID-19 en San Salvador (El Salvador), 10 de julio de 2020. © Camilo Freedman/Bloomberg via Getty Images

¹⁹⁴ Congreso de Paraguay, "Ley que modifica los artículos 24 y 30 de la Ley Nacional de Vacunas 4.621" disponible en: <http://silpy.congreso.gov.py/expediente/122819>

¹⁹⁵ Diario Oficial de la República de Honduras, *Decreto No. 162-2020*, 7 de diciembre de 2020. Disponible en: <https://www.tsc.gob.hn/web/leyes/Decreto-162-2020.pdf>

¹⁹⁶ CEPAL, "Panorama Social de América Latina 2020", marzo de 2020. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46687-panorama-social-america-latina-2020>

¹⁹⁷ *Ibid.*, pág. 19.

¹⁹⁸ *Ibid.*, pág. 164. Véase cita directa: "“El promedio entre los países de América del Sur en 2019 llegó a un 2,7% del PIB en 2019, es decir, 0,9 puntos porcentuales más que entre los países de Centroamérica, México y la República Dominicana (1,8% del PIB)”

¹⁹⁹ OMS, "Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19", 1 de junio de 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334360/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

RECOMENDACIONES FINALES A TODOS LOS ESTADOS

ANTEPONER LOS DERECHOS HUMANOS A LOS DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

- Hacer públicos de inmediato los contratos y acuerdos firmados con empresas farmacéuticas, incluidos los detalles relativos al precio por dosis, las licencias y la duración de los contratos.
- Garantizar que el cumplimiento de los contratos firmados con empresas farmacéuticas es objeto de una auditoría independiente.
- Comprometerse de inmediato a apoyar el C-TAP (Acceso Mancomunado a Tecnología contra el COVID-19) y promover las licencias abiertas y no exclusivas que incluyan la transferencia de tecnología para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, y asequibilidad de los productos para el mayor número posible de personas. Todos los términos y condiciones deben hacerse públicos.
- Garantizar que las disposiciones de la legislación nacional sobre los derechos de propiedad no impiden a los países hacer valer el derecho a la salud.
- Comprometerse con urgencia a establecer una “exención” sobre determinados aspectos del acuerdo sobre los ADPIC para la producción de productos sanitarios contra el COVID-19.
- Poner condiciones a la financiación pública para garantizar que las empresas farmacéuticas comparten sus innovaciones, tecnología y datos con otros fabricantes.



CONSULTAR AMPLIAMENTE Y PUBLICAR PLANES ACCESIBLES

- Implementar políticas que garanticen la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y calidad de las vacunas contra el COVID-19 a todas las personas. Debe hacerse de acuerdo con los principios de transparencia, participación, rendición de cuentas, igualdad y no discriminación.
- Elaborar planes nacionales de distribución de vacunación contra el COVID-19 que sean accesibles, justos, inclusivos y no discriminatorios, de acuerdo con el derecho y las normas de derechos humanos. Además de los criterios determinados en la Hoja de Ruta del SAGE de la Organización Mundial de la Salud, los Estados deben tener en cuenta los factores que puedan contribuir a aumentar el riesgo de una persona o una comunidad a contraer COVID-19 y prestar especial atención a los grupos marginados y a las personas con condiciones jurídicas e identidades interseccionales. Entre tales factores podrían figurar los riesgos sociales, medioambientales y ocupacionales y el impacto de la discriminación sistémica.
- Difundir con urgencia los planes nacionales de vacunación en diversos formatos más allá de internet, aplicando medidas que garanticen que la brecha digital, debida a la condición socioeconómica, la raza o el género, no supone un obstáculo para acceder a esta información. Tomar de inmediato medidas para garantizar la disponibilidad de los planes nacionales de vacunación en todas las lenguas habladas en cada país, prestando especial atención a las lenguas indígenas.
- Garantizar que todo proceso de toma de decisiones sobre la asignación nacional está basado en la transparencia y en el derecho a la información, con una participación efectiva y significativa de representantes de la sociedad civil, en concreto de las poblaciones de riesgo que puedan verse especialmente afectadas por tales decisiones.



PROTEGER A LOS GRUPOS EN SITUACIÓN DE RIESGO E IMPEDIR LA DISCRIMINACIÓN Y LA DESIGUALDAD

- Garantizar que la implementación de los planes nacionales de vacunación está basada en la recopilación y análisis de datos sobre el impacto del COVID-19 en grupos específicos, incluidos los relacionados con la etnia, la raza, el género, la edad, la orientación sexual y otras condiciones. Todos los datos han de estar desglosados y disponibles de manera transparente y accesible.
- Garantizar que se elaboran protocolos especializados para la campaña de vacunación contra el COVID-19 en las poblaciones indígenas, garantizando que estos planes se consultan íntegramente con ellas para obtener su consentimiento libre, previo e informado y se consideran culturalmente apropiados.
- Hacer todo lo posible para dar prioridad a las personas presas y los guardias de prisiones en los planes nacionales de vacunación, garantizando al menos que las que corran especial riesgo de contraer el COVID-19 (como las de edad avanzada o con comorbilidades) tienen la misma preferencia en los planes de vacunación que los grupos comparables de la población general, dado en particular que las condiciones de reclusión no les permiten guardar la distancia física.



GARANTIZAR EL ACCESO A INFORMACIÓN EXACTA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PLANES

- Proporcionar información exacta sobre las vacunas contra el COVID-19, que esté basada en datos claros y científicos, evitando la difusión de información errónea y no probada.
- Garantizar que la aplicación de los planes nacionales de vacunación está basada en la recopilación y análisis de datos sobre el impacto del COVID-19 en grupos específicos.
- Proporcionar actualizaciones en tiempo real de implementación de la vacunación en el país. Todos los datos han de estar desglosados y disponibles de manera transparente y accesible.
- Garantizar que se aumentan los recursos y la autonomía de todas las instituciones públicas encargadas de garantizar la transparencia y responder a las solicitudes de acceso a la información.

FACILITAR LA COORDINACIÓN ENTRE TODOS LOS NIVELES DE GOBIERNO

- Garantizar la coordinación eficiente entre todos los niveles de gobierno –municipal, estatal y federal– para velar por que los funcionarios públicos estén debidamente informados y capacitados para llevar a cabo el plan nacional de vacunación.



TENER EN CUENTA A TODO EL PERSONAL SANITARIO Y PROTEGER SUS DERECHOS

- Garantizar la existencia de registros fiables de profesionales de la salud afectados por el COVID-19, desglosados por género, ocupación, ubicación geográfica, etnia, edad u otros factores. Al recopilar estos datos, garantizar que todos los profesionales de la salud están vacunados contra el COVID-19, incluido el personal de limpieza o de cualquier otra actividad esencial para la fuerza laboral sanitaria.
- Garantizar que los sistemas de salud cuentan con personal sanitario suficiente en todas las áreas geográficas. Este personal debe recibir formación adecuada para trabajar con personas y comunidades, en particular con las identificadas como poblaciones prioritarias en las iniciativas sanitarias contra el COVID-19.

- Garantizar que el personal sanitario recibe un salario justo y trabaja en condiciones aceptables, necesarias para proteger su salud y seguridad, así como proporcionarle un entorno seguro y propicio para realizar su trabajo sin sufrir represalias, intimidación ni amenazas.



- Investigar los ataques o actos de violencia de manera exhaustiva, independiente e imparcial. Al hacerlo, los Estados deben reconocer que algunos profesionales sanitarios pueden correr riesgos adicionales o específicos debido sus identidades múltiples e interseccionales, en especial las mujeres, que suelen constituir la mayoría de la fuerza laboral sanitaria.
- Invertir el máximo de los recursos disponibles para fortalecer los sistemas de salud. Además de dar prioridad al personal sanitario, deben hacerse inversiones en materia de transporte, almacenamiento y administración de la vacuna. Estas inversiones deben hacerse con miras a la consolidación de un sistema de salud más sólido, que pueda aumentar de manera sostenible la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad e igualdad de centros, bienes y servicios sanitarios para todas las personas.

GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE LAS VACUNAS PARA TODAS LAS PERSONAS CON INDEPENDENCIA DE LA CONDICIÓN MIGRATORIA

- Tomar medidas urgentes para reforzar la distribución de las vacunas a las personas migrantes irregulares, así como a las que trabajan en el sector informal y a las que viven en asentamientos informales.
- Permitir que quienes no tengan documento nacional de identidad se registren para su vacunación sin demoras administrativas.



GARANTIZAR QUE EL SECTOR PRIVADO NO MENOSCABA EL ACCESO JUSTO

- Brindar protección exhaustiva a quienes denuncien delitos de corrupción en el sector de la salud o en otros, lo que incluye garantizar el anonimato y la protección de las personas denunciantes de irregularidades.
- Prohibir legalmente las compras directas del sector privado y contemplar la imposición de sanciones a personas u organizaciones privadas que eludan el plan nacional de vacunación o que de algún otro modo obstaculicen indebidamente las medidas estatales para garantizar un acceso justo a las vacunas.



ABSTENERSE DE UTILIZAR LA VACUNAS PARA BENEFICIOS PERSONALES O POLÍTICOS

- Hacer auditorías independientes e *in situ* de las campañas de vacunación y garantizar que todos los organismos de lucha contra la corrupción cuentan con recursos suficientes en tanto que instituciones prioritarias del Estado.
- Brindar protección exhaustiva a quienes denuncien delitos de corrupción en el sector de la salud o en otros, lo que incluye garantizar el anonimato y la protección de las personas denunciantes de irregularidades.
- Garantizar que se aumentan los recursos y la autonomía de todas las instituciones públicas encargadas de garantizar la transparencia y responder a las solicitudes de acceso a la información.

ADMINISTRAR LAS VACUNAS GRATUITAMENTE EN EL LUGAR DONDE SE PRESTAN LOS SERVICIOS DE SALUD Y DESTINAR A ELLO EL MÁXIMO DE LOS RECURSOS DISPONIBLES

- Garantizar que el costo no constituye nunca un obstáculo para acceder a los productos sanitarios contra el COVID-19 y utilizar el máximo de recursos de que disponen y la asistencia internacional, si es necesario, para proporcionar vacunas contra el COVID-19 gratuitas en el lugar donde se prestan los servicios de salud.



RECOMENDACIONES A LAS EMPRESAS CON ACTIVIDADES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



- Abstenerse de tomar medidas que afecten indebidamente a la capacidad de los Estados para garantizar la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de las vacunas contra el COVID-19.
- Hacer públicos de inmediato los contratos y acuerdos firmados con gobiernos, incluidos los detalles relativos al precio por dosis, las licencias y la duración de los contratos de vacunas contra el COVID-19.
- Conceder de inmediato licencias abiertas y no exclusivas que incluyan la transferencia de tecnología; todos los términos y condiciones deben hacerse públicos.
- Sumarse de inmediato a los mecanismos mundiales como el C-TAP y hacer públicos los costos desglosados y datos conexos relacionados con la investigación, desarrollo, producción, distribución comercial, protocolos y diseños experimentales, conjuntos de datos, resultados de pruebas y datos de pacientes protegidos por el anonimato sobre los ensayos clínicos de manera oportuna y accesible.



**AMNISTIA 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



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

LAS VACUNAS EN LAS AMÉRICAS

DIEZ IMPERATIVOS DE DERECHOS HUMANOS PARA GARANTIZAR LA SALUD A TODAS LAS PERSONAS

El comienzo de la vacunación contra el COVID-19 en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe ha llevado esperanza a una región que es la más desigual del mundo y que se ha sido golpeada duramente por la pandemia. La mayoría de los países de la región entraron en confinamiento con decretos de emergencia a mediados de marzo de 2020 y, un año después, continúan lidiando con tasas de infección que siguen siendo altas. En este informe se indican medidas esenciales que deben adoptarse para orientar la vacunación en América Latina y el Caribe. Estas recomendaciones están basadas en el derecho internacional de los derechos humanos, que es vinculante para los Estados. Muchas de las recomendaciones pueden aplicarse de inmediato.