



Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial

Distr. general
21 de febrero de 2025
Español
Original: inglés

Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial

Recomendación general núm. 37 (2024), relativa a la igualdad y al derecho a no ser objeto de discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud*

I. Introducción

1. La efectividad del derecho a la igualdad y a la no discriminación es un requisito previo incluyente para el disfrute efectivo del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental. Estos derechos están consagrados en numerosos instrumentos internacionales de derechos humanos¹, y la salud de todos los pueblos ha sido reconocida como “una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad”². El compromiso de garantizar una vida sana para todos a todas las edades y de reducir las desigualdades dentro de los países y entre ellos se renovó en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, concretamente en los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3 y 10. La igualdad está integrada en el enfoque de “Una sola salud”, cuyo objetivo es equilibrar y optimizar de manera sostenible la salud de las personas, los animales y los ecosistemas³ en aras de la seguridad sanitaria mundial.

2. El empleo, la educación, la exposición al entorno físico, los riesgos profesionales, la vivienda, los productos químicos, la calidad del aire y del agua, el saneamiento y la higiene, el cambio climático y las políticas económicas, sociales y de desarrollo repercuten significativamente en la salud y el bienestar, ya que afectan al acceso a los recursos, las oportunidades y la calidad de vida. Los determinantes estructurales son los que más influyen en los patrones de las inequidades en materia de salud⁴. El racismo, el clasismo, el sexism, el capacitismo, la xenofobia, la homofobia y la transfobia son algunos de los determinantes estructurales de la salud⁵.

3. Los grupos desfavorecidos experimentan mayores niveles de exposición a riesgos para la salud y niveles más altos de mortalidad asociada⁶, mientras que la denegación de acceso a medicamentos esenciales, vacunas y otros productos sanitarios genera

* Aprobada por el Comité en su 113^{er} período de sesiones (5 a 23 de agosto de 2024).

¹ Véase, por ejemplo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, arts. 2, párr. 2, 3 y 12; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, art. 12; la Convención sobre los Derechos del Niño, arts. 2, párr. 2, y 24; la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 25; y la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, arts. 43 y 45.

² Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

³ OMS, Cuadro de Expertos de Alto Nivel para el Enfoque de “Una sola salud”, “The One Health definition and principles developed by OHLEP” (2023).

⁴ OMS, *Operational Framework for Monitoring Social Determinants of Health Equity* (2024), pág. 2. Véase también Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health* (OMS, 2008), pág. 8; y resolución WHA74.16 de la Asamblea Mundial de la Salud.

⁵ OMS, *Operational Framework*.

⁶ OMS, *World Health Statistics 2023: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals* (2023).



discriminación o la perpetúa y exacerba las desigualdades existentes en la efectividad del derecho a la salud⁷, incluida la salud mental. Los vestigios del colonialismo, la esclavitud y el *apartheid* persisten⁸, y los Estados partes se han mostrado reacios a reconocer efectivamente en sus políticas y actuaciones los efectos negativos que siguen poniendo en condiciones desventajosas a los afrodescendientes⁹ y a los miembros de otros grupos raciales y étnicos.

4. Los datos demuestran que reducir las desigualdades y eliminar la discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud tienen un efecto positivo en los resultados de salud¹⁰. Esto contribuye a construir unas sociedades más saludables en las que se respete, se proteja y se haga efectivo el derecho de todos a la salud. Con la presente recomendación general, el Comité atiende a los llamamientos urgentes a la acción y aspira a promover una mejor coordinación dentro de los Estados partes y entre ellos para aclarar las medidas que es necesario adoptar en virtud de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial para eliminar la discriminación racial y garantizar el disfrute del derecho a la salud en condiciones de igualdad¹¹.

II. Marco normativo

A. Derecho a la igualdad y a no ser objeto de discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud

5. En los artículos 1, párrafo 1, y 5 e) iv) de la Convención se establece el derecho de toda persona a no ser objeto de ninguna forma de discriminación racial y el derecho a la igualdad en el disfrute del derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales. Todas las personas¹², también las que pertenecen a grupos étnicos o minoritarios, como los romaníes, los nómadas, los miembros de Pueblos Indígenas, los miembros de castas, los afrodescendientes, las personas de origen asiático, los migrantes, los solicitantes de asilo, los refugiados, los apátridas y las personas que son objeto de discriminación por su color de piel, incluidas las personas con albinismo¹³, tienen derecho a la salud independientemente de su edad, religión y creencias, su estado de salud, su discapacidad, su situación migratoria, su clase social, su situación socioeconómica, su sexo, su orientación sexual, su identidad de género, su expresión de género, sus características sexuales o su consumo de sustancias¹⁴.

6. En el marco de la Convención, la salud se entiende a la luz del artículo 12, párrafo 1, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, es decir, como el más alto nivel posible de salud física y mental, y se plantea cada vez más desde un prisma ecocéntrico. Esta perspectiva concuerda con elementos de las definiciones de salud de los Pueblos Indígenas, que incluyen dimensiones individuales y colectivas e integran la espiritualidad, la medicina tradicional, la biodiversidad y la interconexión¹⁵, están estrechamente ligadas al derecho a la libre determinación y están respaldadas por los principios de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. El derecho a la salud no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable

⁷ A/HRC/53/50, párr. 8.

⁸ A/HRC/54/4.

⁹ Recomendación general núm. 34 (2011).

¹⁰ OMS, *Operational Framework*, pág. 29.

¹¹ El Comité celebró un debate temático sobre la discriminación racial y el derecho a la salud durante su 107º período de sesiones, además de cuatro consultas regionales en línea entre julio de 2023 y marzo de 2024. Formularon observaciones los Estados partes, organizaciones y organismos internacionales, instituciones nacionales de derechos humanos, organizaciones de la sociedad civil, asociaciones de profesionales de la salud y representantes del mundo académico.

¹² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 1.

¹³ CERD/C/SEN/CO/19-23, párrs. 22 y 23; y CERD/C/ZAF/CO/4-8, párrs. 20 y 21.

¹⁴ Recomendación general núm. 32 (2009), párr. 7; y A/77/197, párrs. 3 y 6.

¹⁵ E/C.19/2023/5 y A/HRC/33/57. Véase también E/2013/43-E/C.19/2013/25, párr. 4.

y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos inocuos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones saludables en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional¹⁶. Este enfoque holístico va en consonancia con el texto del artículo 5 e) iv) de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial. La salud pública se centra en la prevención y el control de enfermedades y lesiones, la mejora de los determinantes subyacentes de la salud y la calidad de la interacción entre las autoridades, los profesionales sanitarios y la población. La atención médica engloba el derecho a un acceso oportuno a bienes y servicios de salud adecuados e incluye la salud paliativa, curativa y rehabilitadora. La seguridad social y los servicios sociales, inextricablemente vinculados a los esfuerzos de la sociedad por mejorar los determinantes de la salud¹⁷, son derechos estratégicos para acabar con la discriminación racial en la salud¹⁸.

1. Protección de todas las formas de discriminación racial

Discriminación racial directa, indirecta y estructural

7. La Convención prohíbe la discriminación directa e indirecta¹⁹. Esta prohibición incluye aquellas medidas, ya sean acciones u omisiones, adoptadas en virtud de leyes, políticas o prácticas que desfavorezcan desproporcionadamente a determinados grupos raciales o étnicos, que tengan efectos dispares injustificables sobre ciertos grupos raciales o étnicos o que no aseguren el adecuado progreso de grupos raciales o étnicos desfavorecidos para que puedan disfrutar de sus derechos en condiciones de igualdad (art. 1, párr. 4)²⁰. El estatus de la prohibición de la discriminación racial en el derecho internacional²¹ hace necesaria la imposición de la norma de efectuar un examen riguroso a la hora de evaluar la proporcionalidad²² del efecto de cualquier distinción, exclusión o restricción en el disfrute del derecho a la salud. Una distinción basada en motivos de raza, color, ascendencia u origen nacional o étnico que anule, de hecho o de derecho, el ejercicio del derecho a la salud es desproporcionada con respecto a cualquier objetivo legítimo y constituye una violación de la Convención.

8. Para la adopción de decisiones, se sigue partiendo de criterios discriminatorios, como los basados en estereotipos sobre enfermedades por motivos de raza, aunque no estén explícitamente recogidos en la ley. Las prácticas discriminatorias, como las que se derivan de la tergiversación de prácticas de curación tradicional, perjudican a las personas o grupos protegidos por la Convención.

9. Los actos discriminatorios pueden tener efectos individuales como, por ejemplo, la falta de acceso a una atención obstétrica de calidad²³, o grupales, como la segregación geográfica y residencial sin acceso a proveedores de atención de salud²⁴. Las omisiones discriminatorias pueden ser individuales, por ejemplo, cuando no se ofrece un tratamiento a una persona debido a prejuicios raciales en relación con su estado de salud, o grupales, como cuando no se adoptan medidas contra el racismo, en particular contra la estigmatización, la calificación y la designación de determinados grupos como chivos expiatorios, lo que a

¹⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 11.

¹⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 19 (2007), párrs. 2, 29 y 30.

¹⁸ Recomendaciones generales núm. 27 (2000), párr. 33, y núm. 34 (2011), párr. 55.

¹⁹ Recomendación general núm. 32 (2009), párr. 7; y *L. R. y otros c. Eslovaquia (CERD/C/66/D/31/2003 y CERD/C/66/D/31/2003/Corr.1)*, párr. 10.4.

²⁰ Recomendación general núm. 14 (1993), párr. 2.

²¹ A/77/10, pág. 87.

²² Recomendación general núm. 30 (2004), párr. 4.

²³ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Da Silva Pimentel c. el Brasil (CEDAW/C/49/D/17/2008)*, párr. 7.7.

²⁴ Recomendación general núm. 27 (2000), párr. 31.

menudo redundante en actos discriminatorios e incluso en violencia contra ciertos grupos y minorías²⁵.

10. La discriminación racial se produce también a nivel estructural, especialmente en relación con la falta de políticas adecuadas para hacer frente a las inequidades de larga data en materia de salud y las elevadas tasas de pobreza y exclusión social²⁶, y se refleja en los bajos índices de participación y representación de las personas protegidas por la Convención en los procesos políticos e institucionales de adopción de decisiones; el escaso reconocimiento y valoración social de la diversidad étnica y cultural; la presencia desproporcionada de personas protegidas por la Convención entre la población reclusa²⁷; y el internamiento involuntario en hospitales psiquiátricos, que afecta de forma desmedida a las personas protegidas por la Convención.

11. Las desigualdades estructurales se agravaron durante la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), que exacerbó las vulnerabilidades vinculadas a prácticas persistentes de discriminación y exclusión²⁸. Los efectos desproporcionados de la pandemia sobre las personas y grupos protegidos por la Convención se debieron a una combinación de varios factores²⁹. Las tasas más elevadas de pobreza y el acceso limitado a los determinantes sociales de la salud dificultaron el cumplimiento de las medidas de salud pública, como el lavado de manos y el distanciamiento físico. La mayor prevalencia de enfermedades subyacentes aumentó su vulnerabilidad a padecer una enfermedad grave. El control policial excesivo y el recurso desproporcionado al encarcelamiento aumentaron el riesgo de infección en los centros de detención e incrementaron los niveles de estrés y ansiedad, lo que contribuyó aún más a la probabilidad de padecer una enfermedad grave.

Discriminación interseccional y desigualdad

12. La prohibición de la discriminación racial incluye la interseccionalidad como “un concepto y un marco teórico que facilitan la comprensión de las formas en que las identidades sociales se superponen y crean experiencias acumuladas de discriminación y formas de opresión concomitantes”³⁰ por motivos de raza, color, ascendencia u origen nacional o étnico y otros factores, como la edad, la religión y las creencias, el estado de salud, la discapacidad, la situación migratoria, la situación socioeconómica, el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, la expresión de género o las características sexuales. Por ejemplo, las barreras en la atención de la salud reproductiva tienen un efecto acumulativo sobre las mujeres y niñas indígenas³¹, las mujeres y niñas afrodescendientes, las mujeres y niñas pertenecientes a minorías étnicas o castas, y las personas de género diverso; entre esos grupos, las personas más afectadas son aquellas que están en la adolescencia, que están desfavorecidas socioeconómicamente o que viven en zonas rurales³². Los datos demuestran que quienes viven en la pobreza o en condiciones de vulnerabilidad tienen más probabilidades de ser detenidos y procesados por delitos relacionados con las drogas que las personas de grupos socioeconómicos más acomodados, y que las tasas de detenciones son especialmente elevadas entre los jóvenes indígenas y los jóvenes afrodescendientes³³.

²⁵ Declaración 3 (2020) sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y sus implicaciones en el marco de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial ([A/76/18](#), párr. 18).

²⁶ [CERD/C/MEX/CO/16-17](#), párr. 18; [CERD/C/RWA/CO/13-17](#), párr. 16; [CERD/C/SLV/CO/18-19](#), párr. 14; y [CERD/C/HUN/CO/18-25](#), párr. 20.

²⁷ Recomendación general núm. 34 (2011), párrs. 5 y 6.

²⁸ Declaración 3 (2020) sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19).

²⁹ Declaración 2 (2022) sobre la falta de acceso equitativo y no discriminatorio a las vacunas contra la COVID-19 ([A/77/18](#), párr. 20).

³⁰ Red de las Naciones Unidas sobre discriminación racial y protección de las minorías, *Guidance Note on Intersectionality, Racial Discrimination and Protection of Minorities* (2023), pág. 11.

³¹ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 39 (2022), párr. 51.

³² Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24 (1999), párr. 7.

³³ OMS, *Global Status Report on Alcohol and Health and Treatment of Substance Use Disorders* (2024), pág. 12.

Prejuicios raciales, también en los algoritmos

13. Las actitudes, creencias y estereotipos determinados por prejuicios raciales son omnipresentes e influyen en las percepciones, decisiones, comportamientos e interacciones de manera consciente e inconsciente. Históricamente vinculados a las desigualdades de poder³⁴, los prejuicios raciales se ven reforzados por las normas sociales y culturales y por las experiencias personales. La Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ha afirmado que reconocer los prejuicios implícitos y tomar medidas para salvar las barreras institucionales son los primeros pasos para eliminar las disparidades raciales generalizadas en la atención sanitaria y mejorar los resultados para los pacientes³⁵.

14. Varios estudios sobre salud han puesto de manifiesto que los prejuicios llevan a generar imágenes estereotipadas de los pacientes pertenecientes a grupos raciales y étnicos, perpetúan el sexismoy otras jerarquías de poder y generan desconfianza con respecto a los síntomas que estos pacientes declaran o a su capacidad para tomar decisiones informadas. Los prejuicios implícitos son frecuentes en el sector de la salud y pueden dar lugar a diagnósticos de dolor y recomendaciones terapéuticas erróneas, lo que en última instancia afecta a la calidad de la atención prestada³⁶.

15. A pesar del efecto positivo que las nuevas tecnologías pueden tener en la calidad de la asistencia sanitaria y el disfrute del derecho a la salud, la discriminación racial puede calar en la inteligencia artificial a través de los historiales médicos electrónicos suministrados a los algoritmos de aprendizaje automático³⁷, que cada vez se utilizan más en los sistemas sanitarios. Los algoritmos clínicos reproducen las desigualdades estructurales en los resultados hospitalarios al traducirlas en indicadores de salud o al no evaluar los efectos combinados de factores psicosociales, genéticos y ambientales. La falta de transparencia impide a los proveedores de atención de salud ajustar los algoritmos en la práctica.

2. Alcance de la igualdad

16. El principio de igualdad enunciado en la Convención combina la igualdad formal ante la ley con la protección igual de la ley, siendo el objetivo la igualdad sustantiva en el disfrute del derecho a la salud³⁸. Para lograr la igualdad formal, la legislación nacional debe prohibir la discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud. La ley debería aplicarse a todos por igual, sin discriminación racial de ningún tipo, y todos deberían tener el mismo derecho a interponer recursos contra la discriminación racial. Lograr la igualdad sustantiva o *de facto* requiere esfuerzos activos para corregir las disparidades estructurales en curso y las desigualdades existentes. El objetivo de estos esfuerzos es el adecuado progreso de los grupos desfavorecidos, garantizando su disfrute pleno y en igualdad de condiciones del derecho a la salud, teniendo en cuenta las necesidades específicas de los distintos grupos o individuos afectados por la discriminación racial³⁹.

17. De conformidad con lo establecido en la Convención, los Estados partes deberían: reconocer y remediar los efectos de los prejuicios raciales y la estigmatización (arts. 2, párr. 1 d), y 4)⁴⁰; corregir la desventaja de las personas y grupos protegidos velando por que se adopten medidas positivas y especiales (art. 2, párr. 2); favorecer la participación activa

³⁴ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Declaración sobre la Raza y los Prejuicios Raciales, art. 2.

³⁵ [A/77/197](#), párr. 49.

³⁶ OMS, *Fortalecer la atención primaria de salud para hacer frente a la discriminación racial, promover servicios interculturales y reducir las desigualdades sanitarias: síntesis de la investigación* (2022), pág. 10.

³⁷ [A/HRC/53/65](#), párr. 82.

³⁸ Recomendación general núm. 32 (2009), párr. 6.

³⁹ Recomendaciones generales núm. 27 (2000), párr. 33, núm. 32 (2009), párrs. 11 y 14, y núm. 34 (2011), párr. 55.

⁴⁰ [CERD/C/NLD/CO/22-24](#), párrs. 27 y 28; y [CERD/C/RWA/CO/13-17](#), párr. 16.

de los grupos infrarrepresentados (art. 2, párr. 1 e))⁴¹; e impulsar cambios estructurales (art. 2, párr. 1)⁴².

3. Prevención, autonomía y atención de la salud en el marco de la Convención

18. La discriminación racial es al mismo tiempo un riesgo independiente para la salud y un determinante social estructural de esta. La discriminación racial genera y agrava las inequidades sanitarias, provocando o aumentando la incidencia de casos de enfermedades y muertes evitables. El derecho a la igualdad y a no ser objeto de discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud incluye: el derecho a la prevención de enfermedades, lesiones y condiciones perjudiciales para la salud, también durante situaciones de emergencia; el derecho a la autonomía corporal y a la integridad física, incluido el derecho al consentimiento informado; el derecho a un acceso equitativo y sin trabas a la información y a instalaciones, bienes y servicios sanitarios culturalmente apropiados, sensibles a las cuestiones de género y adaptados al contexto, así como el derecho a la intimidad y la confidencialidad en ese contexto; el derecho a ser protegidos frente a las prácticas de agentes privados que resulten perjudiciales para la salud; el derecho a participar en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional; y el derecho a un recurso efectivo y a la reparación de cualquier daño sufrido como consecuencia de la discriminación racial.

B. Prevención y protección frente a vulnerabilidades y desigualdades en los principales determinantes de la salud

19. Eliminar la discriminación racial y las desigualdades estructurales de los principales determinantes de la salud implica evitar la exposición desproporcionada a la vulnerabilidad y a condiciones perjudiciales para la salud y garantizar el derecho a la igual protección de las condiciones materiales y psicosociales necesarias, el derecho a gozar de igual protección frente a las prácticas nocivas de agentes privados y el derecho a la mitigación y reparación de los daños. Los niños y adolescentes, las personas de edad, las personas con discapacidad, las mujeres y las personas de género diverso tienen derecho a medidas de prevención y protección que tengan en cuenta el contexto y estén dirigidas a combatir la discriminación estructural e interseccional.

1. Agua potable salubre, saneamiento adecuado, alimentos inocuos y vivienda

20. En consonancia con el párrafo 6 *supra*, se entiende que el artículo 5 e) iv) abarca el derecho a agua potable aceptable y salubre en cantidad suficiente y a un saneamiento adecuado⁴³, así como a alimentos inocuos⁴⁴ y vivienda. Esto incluye el derecho a un mantenimiento adecuado de las infraestructuras de agua y saneamiento, pues las deficiencias de mantenimiento conllevan riesgos para la salud como las enfermedades transmitidas por el agua y la contaminación ambiental. Los grupos raciales y étnicos tienen derecho a ser protegidos de la segregación residencial, la discriminación en los mercados privados de alquiler, el hacinamiento en los lugares de residencia y los desalojos forzados. Tienen derecho a medidas que aborden problemas como los desiertos alimentarios, la escasez de recursos económicos, las prácticas discriminatorias en la industria alimentaria y otros obstáculos para acceder a una alimentación saludable. La vulnerabilidad y la pobreza afectan a su dieta y su salud, y contribuyen al aumento de la prevalencia de enfermedades relacionadas con la dieta y carencias nutricionales.

⁴¹ CERD/C/USA/CO/10-12, párr. 9; y recomendación general núm. 34 (2011), párr. 56.

⁴² CERD/C/ARG/CO/24-26, párr. 21; y CERD/C/USA/CO/10-12, párr. 36.

⁴³ Véase también A/62/214.

⁴⁴ A/78/185, párr. 26.

2. Entorno de trabajo seguro y saludable

21. Los trabajadores que pertenecen a minorías raciales o étnicas, y/o que son migrantes, solicitantes de asilo, refugiados o apátridas, tienen derecho a un entorno de trabajo seguro y saludable⁴⁵ y a unas condiciones laborales dignas, un empleo justo y oportunidades de salud y bienestar en condiciones de igualdad. Esto incluye el derecho a no estar expuestos a un riesgo mayor de sufrir lesiones o enfermedades profesionales, o de exponerse a toxinas y contaminantes u otros riesgos físicos y psicosociales relacionados con factores como la segregación laboral, la discriminación en la contratación y la promoción y la aplicación desigual de la normativa sobre salud y seguridad en el lugar de trabajo.

3. Cambio climático y riesgos para la salud relacionados con el medio ambiente

22. Los grupos raciales y étnicos tienen derecho a un medio ambiente limpio y saludable y a ser protegidos contra los riesgos provocados por el clima⁴⁶. Tienen derecho a ser protegidos frente a la degradación del medio ambiente y los efectos adversos derivados de la explotación de los recursos naturales, las pruebas nucleares, el almacenamiento de desechos tóxicos, la minería, la tala de árboles y otras fuentes de daños ambientales y a no sufrir sus consecuencias⁴⁷, así como derecho a ser protegidos contra la violencia de las autoridades estatales y el personal de seguridad privada⁴⁸. Asimismo, tienen derecho a participar y ser escuchados en consultas significativas centradas en los efectos perjudiciales para la salud. Los Pueblos Indígenas tienen derecho a la conservación y protección del medio ambiente y de la capacidad productiva de sus tierras o territorios y recursos, lo que incluye el derecho al consentimiento libre, previo e informado⁴⁹.

23. Los grupos raciales y étnicos, algunos de los cuales son especialmente vulnerables a los efectos del cambio climático en la salud debido a su ubicación geográfica, su situación socioeconómica, las normas culturales y factores psicológicos intrínsecos, tienen derecho a no verse expuestos de manera desproporcionada a los peligros para la salud causados por el clima y a recibir protección frente a ellos⁵⁰. Esto se extiende a la prevención y protección frente a los efectos negativos relacionados con las olas de calor, la contaminación atmosférica y la creciente frecuencia e intensidad de los fenómenos meteorológicos extremos y los desastres naturales, así como al impacto que estos peligros tienen en las redes sociales y las tradiciones culturales. En ese sentido, los Pueblos Indígenas tienen derecho a la mitigación, a través de medidas inocuas orientadas a proteger la diversidad cultural y lingüística, los sistemas de conocimiento, la seguridad alimentaria, la salud y los medios de subsistencia⁵¹.

4. Género

24. Las mujeres, las niñas y las personas de género diverso pertenecientes a grupos raciales y étnicos están expuestas a riesgos sanitarios desproporcionados⁵², comportamientos y prácticas nocivas y desigualdades en los sistemas de salud y la atención sanitaria. Con

⁴⁵ Véase Conferencia Internacional del Trabajo, documento ILC.110/Resolución I.

⁴⁶ Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Habitantes de La Oroya vs. Perú*, sentencia, 27 de noviembre de 2023.

⁴⁷ CERD/C/USA/CO/10-12, párrs. 45 y 46; CERD/C/USA/CO/7-9, párr. 10; CERD/C/USA/CO/6, párr. 29; CERD/C/64/CO/9, párr. 15; CERD/C/GUY/CO/14, párr. 19; CERD/C/NGA/CO/18, párr. 19; y CERD/C/62/Dec/3.

⁴⁸ CERD/C/NGA/CO/18, párr. 19.

⁴⁹ Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, art. 29; Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) vs. Argentina*, sentencia, 6 de febrero de 2020; y Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, *Social and Economic Rights Action Center (SERAC) and Center for Economic and Social Rights (CESR) v. Nigeria*, comunicación núm. 155/96, 27 de octubre de 2001.

⁵⁰ A/HRC/32/23.

⁵¹ Comité de Derechos Humanos, *Billy y otros c. Australia* (CCPR/C/135/D/3624/2019).

⁵² Orielle Solar y Alec Irwin, “A conceptual framework for action on the social determinants of health”, *Social Determinants of Health Discussion Paper*, núm. 2 (OMS, 2010), págs. 33 y 34.

frecuencia están más expuestas a sufrir violencia, incluido el feminicidio⁵³, así como al matrimonio forzado o al engaño (migración matrimonial transfronteriza), la trata, el abuso y la explotación, debido a su posición social subordinada y a sus mayores niveles de vulnerabilidad. Los hombres pertenecientes a determinados grupos raciales y étnicos también están desproporcionadamente expuestos a riesgos para la salud debido a la violencia armada⁵⁴ o a estereotipos sobre su capacidad para soportar condiciones de trabajo extremas.

25. Los niveles desproporcionadamente elevados de infecciones de transmisión sexual se han visto alimentados por patrones de coerción sexual, matrimonio forzado y dependencia económica. En el ámbito del VIH, la desigualdad y la violencia contra las mujeres y las niñas, la negación de los derechos a la salud sexual y reproductiva, el uso indebido del derecho penal, los enfoques punitivos⁵⁵ y la obligatoriedad de las pruebas son algunos de los principales obstáculos para dar respuestas eficaces. Las mujeres y las niñas tienen derecho a no ser sometidas a prácticas nocivas como la mutilación genital femenina o el *ukuthwala*, que tienen graves consecuencias para la salud⁵⁶. Las mujeres de las comunidades afectadas, incluidas las comunidades migrantes, deben participar directamente en el diseño y la aplicación de las políticas orientadas a proteger a las mujeres y las niñas de las prácticas tradicionales nocivas, y debe evitarse toda forma de discriminación racial en este contexto⁵⁷.

5. Situación migratoria

26. El artículo 5 e) iv) de la Convención se aplica independientemente de la situación migratoria de la persona. Los migrantes, los refugiados, los solicitantes de asilo y los apátridas tienen derecho a no tener que exponer su salud a riesgos derivados de unas condiciones de vida deficientes, de la confiscación del pasaporte u otros documentos pertinentes, de situaciones laborales perjudiciales para la salud y de su exclusión de los sistemas de seguridad social. Los no ciudadanos tienen derecho a integrarse en los sistemas locales de prestación de servicios de salud, incluidos los sistemas de seguro médico, y a acceder a la seguridad social en igualdad de condiciones y sin discriminación⁵⁸. Tienen derecho asimismo a no verse expuestos a condiciones que perjudiquen su salud, como tener que vivir en el domicilio del empleador o sufrir malos tratos físicos o psíquicos⁵⁹. Facilitar el acceso a la atención preventiva y primaria a todos los migrantes, también los indocumentados, más allá de la atención de urgencia, reduce los costos sanitarios y garantiza la protección de los migrantes frente a la discriminación racial.

6. Privación de libertad

27. Los miembros de grupos raciales y étnicos tienen derecho a no ser objeto de un encarcelamiento desproporcionado⁶⁰, que los expone a recibir una atención sanitaria inadecuada, así como a tener que enfrentar violencia, problemas de salud mental y obstáculos para su reinserción en la sociedad, con lo que se perpetúan las disparidades existentes en materia de salud. Los migrantes, los solicitantes de asilo y los apátridas tienen derecho a no estar recluidos en condiciones perjudiciales para su salud en centros de inmigración u otros centros de detención. Las mujeres y los niños tienen derecho a no estar expuestos a mayores riesgos de explotación, abusos y violencia de género en estos entornos. Las personas con discapacidad se enfrentan a barreras adicionales para acceder a la asistencia sanitaria y a los servicios de apoyo en los lugares de detención. A fin de eliminar la discriminación racial

⁵³ CERD/C/BRA/CO/18-20, párr. 16.

⁵⁴ CERD/C/USA/CO/10-12, párr. 16.

⁵⁵ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), *The Path that Ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023* (2023), págs. 58 y 144.

⁵⁶ CERD/C/ZAF/CO/9-11, párr. 33; CERD/C/ZMB/CO/17-19, párr. 23; CERD/C/KGZ/CO/8-10, párr. 15; y recomendación general núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño (2019), aprobadas de manera conjunta, sobre las prácticas nocivas, párr. 19.

⁵⁷ End FGM European Network, “Position paper: FGM, antiracism & intersectionality” (2022), pág. 17.

⁵⁸ CERD/C/KOR/CO/17-19, párr. 32.

⁵⁹ CERD/C/CHN/CO/14-17, párrs. 30 y 31.

⁶⁰ CERD/C/USA/CO/10-12, párr. 28.

inherente al encarcelamiento desproporcionado, es necesario ofrecer alternativas a la detención y, cuando esta sea estrictamente necesaria, garantizar unas condiciones humanas, en particular en lo que respecta al acceso a la atención médica, la asistencia jurídica y el apoyo a las personas vulnerables, como los niños, las embarazadas y los supervivientes de torturas o traumas.

7. Crisis humanitarias, conflictos armados y medidas coercitivas unilaterales

28. Cuando el racismo y la discriminación racial se encuentran entre las causas profundas de los conflictos armados internacionales y no internacionales, las personas protegidas por la Convención pueden verse expuestas de manera desproporcionada a homicidios, mutilaciones y otros actos de violencia, incluida la tortura y la violencia sexual, a los desplazamientos forzados y a la discriminación en el disfrute del derecho a la salud y sus principales determinantes. Las armas autónomas letales⁶¹ aumentan el riesgo de sistematizar los prejuicios raciales y deshumanizar a sus objetivos. La Convención se aplica también en este tipo de conflictos armados. Todas las personas tienen derecho a no ser sometidas a violencia y traumas, que pueden contribuir, entre otras cosas, a trastornos de estrés postraumático, depresión y ansiedad, y también tienen derecho a disfrutar en igualdad de condiciones del derecho a la salud y a acceder en pie de igualdad a la asistencia humanitaria, la protección y las oportunidades de recuperación y reconstrucción.

29. Los grupos raciales y étnicos tienen derecho a ser protegidos de los efectos desproporcionados de las medidas coercitivas unilaterales y el exceso de celo en el cumplimiento de estas. Deben aplicarse sistemas eficaces de exención de sanciones por motivos humanitarios⁶² para garantizar el paso de equipos sanitarios y medicamentos, alimentos, ayuda humanitaria y otros tipos de asistencia para infraestructuras y servicios críticos, como el agua, el saneamiento y la electricidad.

8. Derecho a la autonomía corporal y a la integridad física

30. Las personas y grupos protegidos en virtud de la Convención tienen derecho a la autonomía corporal y a la integridad física. Esto abarca el derecho a otorgar el consentimiento para un tratamiento médico, el derecho a acceder a servicios de salud reproductiva, incluidos medicamentos y productos sanitarios, y el derecho a no sufrir violencia, coerciones o intervenciones forzosas⁶³. Este derecho implica el pleno respeto de los principios de dignidad, autonomía y libre determinación. Las pruebas obligatorias del VIH/sida limitadas a los no ciudadanos, o basadas en la raza, el color, la ascendencia o el origen nacional o étnico, a efectos de empleo, entrada, estancia o residencia son ineficaces para los fines de salud pública y son discriminatorias⁶⁴.

Internamiento, aislamiento y tratamiento involuntarios

31. Los prejuicios raciales pueden llevar al sobrediagnóstico de problemas de salud mental y al uso desproporcionado de prácticas coercitivas en el ámbito de la salud mental, como el ingreso y el tratamiento involuntarios, así como el aislamiento y la contención. Los derechos a la igualdad y a no sufrir discriminación racial engloban la prevención y la protección frente al ingreso y el tratamiento involuntarios, así como el aislamiento y la contención, de las personas protegidas por la Convención, tanto en el contexto de los servicios de salud mental como en la comunidad en general⁶⁵.

⁶¹ Resolución 78/241 de la Asamblea General.

⁶² A/HRC/54/23.

⁶³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observaciones generales núm. 14 (2000), párr. 8, y núm. 22 (2016), párr. 5; y A/HRC/35/21, párrs. 30 a 34.

⁶⁴ ONUSIDA y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), “Still not welcome: HIV-related travel restrictions” (2019). Véase también CERD/C/MDA/CO/8-9, párr. 13. Véase además L. G. c. la República de Corea (CERD/C/86/D/51/2012); el Estado parte ha suprimido desde entonces la prueba obligatoria del VIH/sida y el peticionario ha recibido una indemnización.

⁶⁵ CERD/C/GBR/CO/21-23, párr. 31.

Esterilización forzada

32. Las mujeres indígenas, las afrodescendientes, las romaníes y las pertenecientes a otros grupos étnicos y castas han sido objeto de políticas relacionadas con el control de la población, por ejemplo, políticas que conllevaban esterilizaciones coercitivas⁶⁶, y de políticas para controlar el VIH y otras infecciones. Dentro de esos grupos, a las mujeres con discapacidad intelectual y/o psicosocial se les ha negado su capacidad jurídica y, en consecuencia, su derecho a dar su consentimiento. La esterilización forzada es una violación de la Convención; vulnera los derechos a la autonomía reproductiva, al acceso a la información, a la integridad personal y la vida privada, y a no sufrir violencia ni discriminación por motivos raciales o de género⁶⁷.

Penalización del aborto y aborto en condiciones de riesgo

33. El acceso legal y efectivo al aborto seguro forma parte del derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo y del derecho a la vida de las personas protegidas por la Convención⁶⁸. Las mujeres indígenas, las personas de género diverso y las mujeres de minorías raciales y étnicas suelen correr un mayor riesgo de embarazo no deseado, y a menudo carecen de medios para superar las barreras socioeconómicas y de otro tipo que les impiden acceder a métodos anticonceptivos modernos y al aborto seguro. Prohibir el acceso al aborto tiene efectos profundos y dispares y contraviene el principio de no regresión con respecto a las normas sobre la provisión de acceso a un aborto seguro, legal y efectivo detalladas en las *Directrices sobre la atención para el aborto* de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶⁹.

34. La criminalización del aborto en todas las circunstancias constituye una forma indirecta de discriminación racial y de género interrelacionadas, ya que tiene mayor impacto en las mujeres indígenas y afrodescendientes, en particular las de bajos ingresos⁷⁰, exponiéndolas a situaciones que ponen en peligro su vida y vulnerando el principio de no regresión. La criminalización del aborto agrava aún más la subdeclaración de importantes indicadores de salud y socava el seguimiento de las desigualdades raciales⁷¹. No reconocer el impacto de la violencia sexual por motivos raciales, obstaculizar el acceso a la información y a los programas sobre anticoncepción moderna y atención para el aborto seguro, así como criminalizar y castigar el acceso al aborto constituyen una cadena de exposición discriminatoria agravada a condiciones perjudiciales para la salud, y cada una de estas acciones u omisiones supone una violación del artículo 5 e) iv).

C. Derecho a un sistema de protección de la salud, incluidos los derechos a la sanidad pública y a instalaciones, bienes y servicios sanitarios

35. El derecho establecido en el artículo 5 e) iv) engloba el derecho a un sistema sanitario inclusivo, el derecho a un acceso igual y sin obstáculos a instalaciones, bienes y servicios

⁶⁶ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y otros, “Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement” (OMS, 2014). Véase también Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), párr. 30.

⁶⁷ Corte Interamericana de Derechos Humanos, *I. V. v. Bolivia*, sentencia, 30 de noviembre de 2016; Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *A.P., Garçon and Nicot v. France*, demandas núms 79885/12, 52471/13 y 52596/13, sentencia, 6 de abril de 2017; Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, observación general núm. 4 (2017), párr. 58; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), párr. 30; Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 3 (2016), párr. 32; y *A/HRC/31/57*, párr. 45.

⁶⁸ OMS, *Directrices sobre la atención para el aborto* (2022).

⁶⁹ “Web annex A: key international human rights standards on abortion”, puede consultarse en <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349317/9789240039506-eng.pdf>.

⁷⁰ CERD/C/SLV/CO/18-19, párr. 27. Véanse también CERD/C/USA/CO/10-12, párr. 35; y CERD/C/BRA/CO/18-20, párr. 16 b).

⁷¹ *A/66/254*, párr. 19.

sanitarios de calidad, culturalmente apropiados, sensibles al género y adaptados al contexto, el derecho a la intimidad y la confidencialidad y el derecho a la participación. El principio de no discriminación racial y el derecho a la igualdad sustantiva se aplican a los cuatro elementos esenciales del derecho a la salud⁷², que se describen a continuación.

1. Disponibilidad

36. Los grupos raciales y étnicos tienen derecho a la igualdad sustantiva en lo relativo a acceder a un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios y programas de salud, y a la disponibilidad de prácticas curativas y medicamentos tradicionales, a una distancia geográfica razonable⁷³. Para ello, deben tenerse en cuenta las desigualdades preexistentes, los altos niveles de vulnerabilidad y las disparidades de larga data en los resultados de salud, a fin de garantizar una igualdad sustantiva en la distribución de personal médico y profesional capacitado y de medicamentos esenciales, vacunas, pruebas y otros bienes y servicios preventivos⁷⁴, así como abordar las causas de mortalidad y morbilidad que afectan de manera desproporcionada a los grupos incluidos en el ámbito de aplicación de la Convención⁷⁵, incluidas las enfermedades tropicales desatendidas. Las microagresiones, los delitos de odio racista y los discursos de odio racista, así como el estrés que conllevan, se han relacionado con una serie de consecuencias negativas para la salud, como depresión, ansiedad y problemas de salud física, como hipertensión y enfermedades cardiovasculares⁷⁶. Los grupos raciales y étnicos tienen derecho a servicios que presten apoyo a las personas con trastornos psicosociales y a las personas con enfermedades no transmisibles.

2. Accesibilidad física, económica (asequibilidad), informativa y digital

37. Las personas y los grupos protegidos por la Convención tienen derecho a una accesibilidad igual y sin obstáculos, incluida la accesibilidad física, económica (asequibilidad), informativa y digital, a los establecimientos, bienes, servicios y programas sanitarios, incluidos los medicamentos y prácticas tradicionales⁷⁷. La igualdad en la accesibilidad incluye la protección frente al acoso y la violencia contra las personas que intentan acceder a los servicios⁷⁸, incluidos los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva, especialmente los de interrupción del embarazo⁷⁹. El derecho engloba el acceso universal y no discriminatorio a los establecimientos, bienes y servicios sanitarios para todos; la discriminación interseccional debe tenerse en cuenta en los esfuerzos por mitigar y corregir las desventajas, la exclusión y la marginación. La igualdad en la accesibilidad puede reforzarse con formas digitales de asistencia sanitaria, como la telemedicina, siempre que las garantías de igualdad y no discriminación aseguren la prohibición de la discriminación racial y la protección equitativa de los datos personales sensibles, y que dichas formas de asistencia sanitaria no refuercen la brecha digital como consecuencia del uso de herramientas digitales y espacios en línea⁸⁰.

38. Se debe asegurar la accesibilidad física a todas las personas pertenecientes a grupos raciales y étnicos, incluidas las que viven en zonas rurales y remotas, las personas con discapacidad, los refugiados y los desplazados internos, los apátridas y las personas detenidas. La igualdad sustantiva incluye el derecho a medidas positivas, como las que garantizan la disponibilidad y asequibilidad de la comunicación con esos servicios y el transporte para llegar a ellos.

⁷² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observaciones generales núm. 14 (2000), párr. 12, y núm. 22 (2016), párrs. 12 a 21.

⁷³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observaciones generales núm. 14 (2000) y núm. 22 (2016). Véase también CERD/C/SLV/CO/18-19, párrs. 34 y 35.

⁷⁴ CERD/C/HUN/CO/18-25, párr. 20; CERD/C/BRA/CO/18-20, párr. 15; y CERD/C/THA/CO/4-8, párr. 37.

⁷⁵ CERD/C/CZE/CO/12-13, párr. 15 c); y CERD/C/RUS/CO/25-26, párr. 30 g).

⁷⁶ A/77/197.

⁷⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000).

⁷⁸ CERD/C/HUN/CO/18-25, párr. 21.

⁷⁹ CERD/C/SLV/CO/18-19, párrs. 26 y 27.

⁸⁰ WHO Guideline: Recommendations on Digital Interventions for Health System Strengthening (2019); y A/HRC/53/65, párrs. 31 a 36.

39. La igualdad de acceso a servicios de salud esenciales que sean asequibles requiere que los servicios de salud resulten accesibles para todos y que no generen dificultades económicas⁸¹; deben ser gratuitos en el lugar donde se presta la asistencia. Los Estados partes deberían eliminar las barreras económicas de acceso a la atención sanitaria avanzando hacia la cobertura sanitaria universal y garantizando que los sistemas de seguros de salud, públicos y privados, no discriminan a nadie, tampoco a las personas incluidas en el ámbito de aplicación de la Convención⁸².

40. La accesibilidad de la información incluye el derecho de las personas pertenecientes a grupos raciales y étnicos a la educación sanitaria y a la información con base empírica que precisan para participar activamente en la atención de su propia salud y reivindicar sus necesidades conexas⁸³. Esto incluye el derecho a la alfabetización en materia de salud. Abarca el derecho a: acceder a información fiable y pertinente sobre salud; comprender esta información; evaluar la credibilidad, corrección y pertinencia de la información sobre salud para tomar decisiones informadas; utilizar esa información para tomar decisiones sobre atención sanitaria, medidas preventivas y opciones de estilo de vida que favorezcan el bienestar; comunicarse de manera efectiva con los profesionales sanitarios; y entender el funcionamiento de los sistemas sanitarios, incluida la cobertura de seguros y los procesos administrativos.

3. Aceptabilidad

41. Todos los proveedores, bienes, servicios e información de salud deben ser respetuosos con las culturas de los grupos raciales y étnicos y de los Pueblos Indígenas, y han de tener en cuenta las cuestiones de género, edad, discapacidad, diversidad sexual y de género y ciclo vital. Ha de haber servicios de atención de la salud que tengan en cuenta los aspectos culturales y sean culturalmente aceptables y respetuosos a una distancia geográfica razonable⁸⁴. Estos servicios deberían: adaptarse a las características lingüísticas de los beneficiarios; haberse diseñado conjuntamente o en estrecha colaboración con las comunidades afectadas; e incluir a miembros de las comunidades afectadas en el personal sanitario⁸⁵. Garantizar la igualdad en la aceptabilidad de la atención de la salud implica combatir activamente los estereotipos y los vestigios de las teorías de la superioridad racial, la esclavitud y el colonialismo⁸⁶, así como los prejuicios contra los conocimientos y prácticas tradicionales y contra los curanderos⁸⁷. La falta de reconocimiento, o la prohibición arbitraria, de los curanderos y de las medicinas y farmacopeas tradicionales específicas de determinados grupos étnicos hacen que los miembros de esos grupos sean vulnerables a las enfermedades.

4. Calidad

42. Los grupos raciales y étnicos tienen derecho a acceder a establecimientos, bienes, servicios e información sobre salud de buena calidad, con base empírica, adecuados desde un punto de vista científico y médico, y actualizados. Para ello es necesario contar con personal sanitario formado y capacitado, así como medicamentos y equipos científicamente aprobados y en buen estado. Los prejuicios raciales institucionales siguen impidiendo y restringiendo el acceso a bienes y servicios sanitarios adecuados y de calidad debido a una

⁸¹ OMS, “Cobertura sanitaria universal”, 5 de octubre de 2023, puede consultarse en [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

⁸² CERD/C/KOR/CO/17-19, párr. 32; y CERD/C/CHN/CO/14-17, párrs. 29 y 31.

⁸³ CERD/C/SLV/CO/18-19, párrs. 34 y 35.

⁸⁴ CERD/C/MNG/CO/23-24, párr. 24 e). Véanse también CERD/C/GTM/CO/16-17, párr. 14 c); y Nueva Zelanda, Ministerio de Salud, “Māori health”, puede consultarse en <https://www.health.govt.nz/maori-health>.

⁸⁵ CERD/C/ECU/CO/20-22, párr. 21; CERD/C/MEX/CO/16-17, párr. 19; CERD/C/COL/CO/14, párr. 22; y CERD/C/GTM/CO/16-17, párrs. 33 y 34.

⁸⁶ A/77/197, párrs. 47 a 60.

⁸⁷ OMS, Estrategias y planes de acción mundiales que está previsto que expiren en el plazo de un año: Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023, documento EB152/37. Véase también la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, arts. 21, 24, 29 y 31.

participación desigual en la toma de decisiones clínicas y a la normalización de las construcciones sociales en las prácticas, protocolos y políticas de salud. Los estereotipos sobre las enfermedades y los prejuicios en los enfoques y los materiales de formación médica se perpetúan al confundir raza y ascendencia, al utilizar términos con connotaciones raciales y al referirse a diferencias en la prevalencia de enfermedades.

43. Bajo el legado histórico de la esclavitud, las mujeres y los hombres afrodescendientes han sido considerados más fuertes físicamente y capaces de soportar más dolor⁸⁸. El Grupo de Trabajo de Expertos sobre los Afrodescendientes ha recibido informes que indican una falta de conocimiento entre los profesionales sanitarios sobre cómo se manifiestan los síntomas en los cuerpos de las personas negras⁸⁹. Las mujeres afrodescendientes, las mujeres indígenas y las mujeres romaníes suelen esperar más tiempo antes de tener acceso a los medicamentos⁹⁰, también durante el parto. Los grupos comprendidos en el ámbito de aplicación de la Convención son a menudo excluidos de la investigación médica y de los estudios sobre tratamientos y medicamentos. Los médicos señalan que, debido a los prejuicios, las barreras estructurales y la falta de voluntad para demostrar flexibilidad y capacidad de respuesta con respecto a la integración de la participación de los miembros de grupos étnicos y raciales, las situaciones de estos grupos no se tienen en cuenta cuando se prueban medicamentos y otros bienes y servicios.

D. Salud sexual y reproductiva

44. El derecho a no ser objeto de discriminación y a la igualdad en materia de salud sexual y reproductiva engloban la igualdad, tanto en términos de acceso como de calidad, de los servicios de salud sexual, reproductiva y neonatal. Para alcanzarla es necesario poner en práctica una cobertura sanitaria universal e integral, a fin de evitar prácticas discriminatorias relacionadas con los costos de la atención durante el trabajo de parto y el parto y disminuir el riesgo de urgencias obstétricas y complicaciones durante el parto⁹¹. Garantizar el derecho a la igualdad exige abordar las causas de la mortalidad materna, la morbilidad reproductiva y materna y las discapacidades asociadas que afectan de manera desproporcionada a las personas comprendidas en el ámbito de aplicación de la Convención; reforzar los sistemas de salud para recopilar datos de alta calidad con el fin de atender las necesidades y prioridades de las mujeres, las niñas y las personas de género diverso; y exigir que se rindan cuentas cuando se vulneren estos derechos, a fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad. Las mujeres y las personas de género diverso protegidas por la Convención tienen derecho a la igualdad en: la disponibilidad de atención prenatal y posnatal, personal cualificado para atender partos y servicios obstétricos de urgencia; la accesibilidad, en la ley y en la práctica, de los servicios de salud materna; la aceptabilidad de los servicios de salud materna, que deben respetar su dignidad y tener en cuenta sus necesidades y perspectivas; y la adecuación de la calidad de los establecimientos, bienes, servicios e información relacionados con la salud sexual y reproductiva, incluida la norma de que los servicios deben tener una base empírica y ser adecuados desde el punto de vista científico y médico, estar actualizados y ser de buena calidad.

E. Derecho a la privacidad

45. El derecho a la privacidad garantiza a los grupos raciales y étnicos y a los Pueblos Indígenas el derecho a la igualdad y a no ser objeto de discriminación racial con respecto a la protección y el uso de sus datos relacionados con la salud⁹². Toda persona protegida por la Convención tiene derecho a la protección de sus datos personales, lo que incluye el derecho a la transparencia en el procesamiento de datos; el derecho a oponerse al tratamiento de sus

⁸⁸ CERD/C/CHL/CO/22-23, párr. 12.

⁸⁹ Presentación del Grupo de Trabajo para el día de debate general del Comité dedicado a la discriminación racial y el derecho a la salud, pág. 2, disponible en <https://www.ohchr.org/en/events/days-general-discussion-dgd/2022/thematic-discussion-racial-discrimination-and-right-health>.

⁹⁰ CERD/C/CHL/CO/22-23, párrs. 12 y 13.

⁹¹ CERD/C/CZE/CO/12-13, párr. 23.

⁹² A/74/277, anexo, caps. II y III.

datos de salud; el derecho de acceso, portabilidad, rectificación y supresión de los datos de salud; y el derecho a recursos efectivos cuando se produzcan vulneraciones. Los profesionales de la salud y los beneficiarios protegidos por la Convención deben poder disfrutar del derecho a la privacidad sin ningún tipo de discriminación racial o cualquier otro motivo interseccional reconocido en la presente recomendación general.

III. Obligaciones y recomendaciones

46. Los artículos 5 e) iv), 6 y 7 conllevan la obligación de garantizar: a) la prevención de condiciones perjudiciales para la salud, como el cambio climático y los peligros ambientales; b) el acceso a agua potable salubre, a un saneamiento adecuado, a alimentos inocuos, a la vivienda y a unas condiciones de trabajo seguras y saludables; c) unos servicios sanitarios preventivos, curativos y rehabilitadores adecuados tanto en términos de cantidad como de calidad, y el acceso a medicamentos esenciales, incluidas las medicinas y las prácticas curativas tradicionales, a una distancia geográfica razonable; d) el acceso a la información y la tecnología y medidas para reducir la brecha digital; e) la eliminación de las disparidades raciales en los resultados y recursos de salud y la protección contra los peligros para la salud derivados de acciones de terceros; f) la recopilación y el desglose de estadísticas actualizadas y el seguimiento de las inequidades sanitarias; g) la promoción de la concienciación y la educación públicas sobre la lucha contra la discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud; h) la participación directa de los grupos raciales y étnicos en la toma de decisiones; i) la adopción y aplicación de una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública; y j) la rendición de cuentas y la reparación de los daños sufridos como consecuencia de la discriminación racial. Los Estados deben prevenir la discriminación, proteger a las personas contra los daños derivados de ella y promover la igualdad y la dignidad de todos los miembros de la sociedad. La lucha contra las desigualdades estructurales requiere estrategias integrales que aborden las causas profundas de las inequidades sanitarias y promuevan la justicia social, la igualdad y la inclusión. Esto incluye invertir en iniciativas y recursos dirigidos por la comunidad, promover la diversidad y la competencia cultural en la atención sanitaria y otros sectores, e identificar y corregir las desigualdades estructurales más amplias y las barreras sistémicas que perpetúan las disparidades raciales en materia de salud.

A. Principios generales sobre las obligaciones derivadas de la Convención

47. El artículo 2, leído conjuntamente con el artículo 5 e) iv), conlleva la obligación de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la igualdad y a no ser objeto de discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud. Los Estados partes deben aplicar una política de eliminación de la discriminación; deben adoptarse “sin demora” toda una serie de medidas concretas, incluidas medidas especiales. Las obligaciones contraídas en virtud del artículo 5 e) iv) tienen efecto inmediato⁹³. Las medidas regresivas no son admisibles⁹⁴. Los Estados deben examinar estrictamente la necesidad y proporcionalidad de las medidas que afecten a los grupos raciales y étnicos y a los Pueblos Indígenas. Habida cuenta de los datos objetivos disponibles acerca de los efectos del racismo en la salud, las medidas interseccionales contra el racismo deberían priorizarse sobre otros intereses contrapuestos. Las obligaciones derivadas de la Convención se aplican no solo al territorio de cada Estado parte, sino también a todos los demás territorios sobre los que este ejerce control, también en situación de conflicto armado⁹⁵.

⁹³ Véase también Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observaciones generales núm. 14 (2000), párr. 30, y núm. 3 (1990), párr. 1.

⁹⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 32.

⁹⁵ CERD/C/RUS/CO/25-26, párr. 4. Véase también CERD/C/MDA/CO/8-9, párr. 3.

B. Obligación de respetar

48. La obligación de respetar el derecho a la salud sin discriminación racial exige a los Estados que se abstengan de todo acto u omisión, también en lo relativo a cualquier ley, política o práctica, que restrinja directa o indirectamente el disfrute del derecho a la salud de los grupos raciales y étnicos o afecte a este último de manera desproporcionada. Asimismo, exige a los Estados que adopten medidas positivas generales y especiales para garantizar la igualdad en el disfrute del derecho a la salud.

1. Abstenerse de todo acto discriminatorio y derogar las políticas o leyes que provoquen daños corporales y una morbilidad evitable⁹⁶

49. Las autoridades, incluidos los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y las autoridades sanitarias, deben abstenerse de cometer actos de prejuicio racial, estigmatización, discriminación, violencia motivada por prejuicios e incitación al odio racial.

50. Los Estados partes deberían derogar:

- a) Toda ley y política que limite desproporcionadamente el acceso, también por parte de los no ciudadanos, a los servicios preventivos, curativos y paliativos de salud;
- b) Las leyes que obliguen a los proveedores de asistencia sanitaria a denunciar a la policía a los migrantes indocumentados⁹⁷.

51. Los Estados partes deberían abstenerse de:

- a) Prohibir o dificultar el acceso a la medicina y las prácticas tradicionales;
- b) Llevar a cabo investigaciones experimentales discriminatorias, así como aplicar tratamientos coercitivos y restricciones discriminatorias, en el control de enfermedades transmisibles y no transmisibles y en el ámbito de la salud mental;
- c) Internar a personas con vulnerabilidades de salud preexistentes;
- d) Aprobar leyes migratorias desproporcionadas y adoptar prácticas de aplicación de leyes que sean perjudiciales para la salud;
- e) Aprobar leyes y adoptar prácticas discriminatorias en materia de salud sexual y reproductiva; en lugar de ello, se debería prohibir la esterilización forzada; despenalizar el acceso al aborto; y garantizar el acceso a anticonceptivos y otros productos sanitarios;
- f) Realizar actividades que causen daños ambientales desproporcionados;
- g) Promover la segregación residencial y ubicar a los grupos raciales y étnicos en zonas remotas sin acceso a asistencia sanitaria ni a otros proveedores⁹⁸;
- h) Expropiar tierras a los Pueblos Indígenas y desplazarlos sin su consentimiento previo, libre e informado; e instalar vertederos de eliminación de desechos u otros peligros ambientales en los territorios de los Pueblos Indígenas⁹⁹;
- i) Imponer restricciones a los derechos permanentes de los Pueblos Indígenas y poner en peligro su libre determinación, sus medios de vida tradicionales y sus derechos culturales, de conformidad con las normas de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas¹⁰⁰;
- j) Participar en los controles policiales excesivos de las comunidades, el perfilamiento racial, el aumento de la vigilancia y otras formas de control que repercuten negativamente en la salud mental y el bienestar de las personas y sus familias;

⁹⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párrs. 48 a 50.

⁹⁷ CERD/C/DEU/CO/23-26, párr. 38 b); y CERD/C/CZE/CO/12-13, párr. 24.

⁹⁸ Recomendación general núm. 27 (2000), párr. 31.

⁹⁹ CERD/C/CHL/CO/22-23, párr. 28; y CERD/C/USA/CO/7-9, párr. 24.

¹⁰⁰ CERD/C/ZMB/CO/17-19, párrs. 25 y 26; y CERD/C/MNG/CO/23-24, párr. 23.

- k) Internar de manera involuntaria a personas protegidas por la Convención en instituciones psiquiátricas, someterlas a tratamientos involuntarios, o aplicarles medidas de aislamiento o contención;
- l) Utilizar la reclusión en régimen de aislamiento y agentes químicos, salvo en condiciones estrictamente definidas que se evalúen periódicamente para determinar si existen prejuicios raciales;
- m) Criminalizar prácticas sanitarias tradicionales seguras y el ejercicio de los derechos reproductivos, como el derecho al aborto;
- n) Incurrir en violencia obstétrica, incluidas las prácticas de segregación en las maternidades; los Estados partes deberían incluir una prohibición explícita de tales prácticas en su legislación;
- o) Negar el acceso a los servicios sanitarios, por ejemplo, imponiendo requisitos excesivos relacionados con las pólizas de seguro médico o criminalizando el ingreso y la estancia de migrantes indocumentados;
- p) Adoptar políticas y legislación que vinculen las subvenciones y ayudas económicas a la vivienda a condiciones que afectan de manera desproporcionada a los miembros de familias con bajos ingresos, especialmente a las mujeres de minorías étnicas¹⁰¹;
- q) Implantar sistemas obligatorios de gestión de los ingresos; los Estados partes deben, además, eliminar las condiciones discriminatorias en el acceso a las prestaciones¹⁰²;
- r) Participar en conflictos armados, el uso de armas y el comercio de armas que causen daños corporales a las comunidades incluidas en el ámbito de aplicación de la Convención;
- s) Firmar acuerdos bilaterales o multilaterales que refuercen las vulnerabilidades de los grupos incluidos en el ámbito de la Convención y que tengan efectos negativos para la salud;
- t) Utilizar datos sesgados desde el punto de vista racial, y algoritmos sesgados, en la formulación de políticas sanitarias y sociales;
- u) Utilizar estereotipos raciales e información errónea como base para tomar decisiones relativas a la protección o el tratamiento de la salud;
- v) Exponer a grupos raciales y étnicos a riesgos sanitarios en los sistemas de gobernanza de datos.

2. Igual acceso a establecimientos, bienes y servicios sanitarios de calidad, culturalmente apropiados, sensibles a las cuestiones de género y adaptados al contexto, así como a los determinantes sociales de la salud, al derecho a la privacidad y a la confidencialidad y el derecho a la participación

52. Los Estados deben adoptar medidas para promover y garantizar la igualdad en el disfrute del derecho a la salud:

- a) Aprobando legislación exhaustiva que prevea explícitamente medidas positivas que garanticen la igualdad y la salud intercultural¹⁰³, incluidas medidas para proteger el derecho a la privacidad y la confidencialidad;
- b) Distribuyendo equitativamente personal médico y profesional formado, medicamentos esenciales y bienes y servicios preventivos, entre otras cosas, a través de clínicas de salud móviles¹⁰⁴;

¹⁰¹ CERD/C/SGP/CO/1, párrs. 17 y 18.

¹⁰² CERD/C/AUS/CO/18-20, párr. 24.

¹⁰³ CERD/C/SLV/CO/18-19, párrs. 34 y 35.

¹⁰⁴ CERD/C/MNG/CO/23-24, párr. 24 e).

- c) Haciendo frente, mediante políticas con base empírica, a las causas de morbimortalidad, incluidos los determinantes comerciales de la salud, que afectan de manera desproporcionada a los grupos raciales y étnicos;
- d) Proporcionando acceso a la cobertura sanitaria universal y adoptando un enfoque inclusivo para promover la salud de los más necesitados, incluidos los migrantes y solicitantes de asilo y las personas LGBTQI+ que pertenecen a esos grupos¹⁰⁵;
- e) Asegurándose de que suficientes profesionales de la salud presten servicios a los Pueblos Indígenas, y estableciendo parámetros para evaluar los progresos logrados en esferas esenciales en que los Pueblos Indígenas están desfavorecidos¹⁰⁶;
- f) Velando por que los proveedores de asistencia sanitaria: informen a todos los pacientes protegidos por la Convención acerca de la naturaleza de los procedimientos, las opciones terapéuticas y las alternativas razonables, así como sus posibles riesgos y beneficios; tengan en cuenta las necesidades de las personas y se aseguren de que estas comprenden la información facilitada; y se aseguren de que dan su consentimiento de forma libre y voluntaria;
- g) Incluyendo a profesionales específicamente centrados en la atención intercultural, ampliando además las competencias interculturales del personal existente;
- h) Facilitando la comunicación con los proveedores de asistencia sanitaria y el transporte necesario para acceder a los establecimientos, bienes y tratamientos de salud;
- i) Garantizando que en todos los contextos, también en los lugares de privación de libertad, se tenga acceso a exámenes médicos, atención sanitaria y registros médicos, farmacéuticos y de laboratorio adecuados;
- j) Asegurando el acceso a intérpretes cuando sea necesario¹⁰⁷, así como a los servicios sociales y sanitarios en los idiomas pertinentes¹⁰⁸;
- k) Proporcionando acceso en condiciones de igualdad a educación sobre cuestiones relacionadas con la salud y a información con base empírica, y eliminando las barreras lingüísticas y culturales¹⁰⁹;
- l) Llevando a cabo campañas de concienciación específicas para difundir información sobre los servicios de salud disponibles y los requisitos para la cobertura sanitaria universal¹¹⁰.
- m) Diseñando conjuntamente, con los grupos raciales y étnicos y los Pueblos Indígenas, servicios de salud preventivos, curativos y paliativos culturalmente aceptables y sensibles a las cuestiones de género;
- n) Velando por que la atención primaria se base, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal sanitario que incluya, según proceda, a médicos, enfermeros, comadronas, auxiliares y trabajadores comunitarios, así como personas que practiquen la medicina tradicional, en la medida en que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas por la comunidad¹¹¹;
- o) Velando por que los servicios sanitarios preventivos, curativos y paliativos sean de calidad y no den cabida a prejuicios raciales; y por que se disponga de medicamentos eficaces y asequibles, incluidos medicamentos tradicionales; vacunas; pruebas diagnósticas y otras tecnologías¹¹².

¹⁰⁵ CERD/C/DEU/CO/23-26, párr. 38 a).

¹⁰⁶ CERD/C/AUS/CO/14, párr. 19.

¹⁰⁷ CERD/C/SGP/CO/1, párr. 18.

¹⁰⁸ CERD/C/FIN/CO/20-22, párr. 14.

¹⁰⁹ CERD/C/MEX/CO/16-17, párr. 18; y CERD/C/LAO/CO/16-18, párr. 19.

¹¹⁰ CERD/C/LTU/CO/9-10, párr. 18 d).

¹¹¹ Declaración de Alma-Ata.

¹¹² Declaración de Astaná.

3. Medidas especiales

53. Los Estados deben adoptar y aplicar medidas especiales, como cuotas de personal sanitario y recursos y servicios adicionales para grupos raciales y étnicos, a fin de eliminar las disparidades y las desventajas persistentes, de conformidad con la recomendación general núm. 32 (2009)¹¹³. Esas medidas han de diseñarse y aplicarse con un enfoque interseccional para identificar a las personas más desfavorecidas y que son objeto de formas concurrentes de discriminación. Los Estados son responsables de diseñar un marco para la aplicación coherente de medidas especiales en todo el Estado¹¹⁴. Asimismo, deben abstenerse de abandonar las medidas especiales dirigidas específicamente a los grupos vulnerables, a fin de no exacerbar las desigualdades ya existentes¹¹⁵. Las reparaciones por los daños derivados del colonialismo y la esclavitud podrían ser un instrumento para financiar medidas especiales y eliminar las disparidades sanitarias, promoviendo al mismo tiempo una sociedad más saludable y cohesionada.

C. Obligación de proteger

54. La obligación de proteger el derecho a la igualdad y a no ser objeto de discriminación racial en el derecho a la salud implica que los Estados han de adoptar y aplicar todas las medidas necesarias para garantizar que las personas físicas y jurídicas, o los grupos de personas, no anulen ni menoscaben, directa o indirectamente, el reconocimiento, disfrute o ejercicio del derecho a la salud de cualquier persona por motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico. Los efectos de la discriminación racial en la salud activan la obligación de los Estados partes de: prevenir los riesgos relacionados con la discriminación racial y adoptar medidas operacionales de protección; supervisar y garantizar el cumplimiento del marco jurídico y operacional; y proporcionar recursos efectivos en caso de vulneración. En particular, los Estados partes deben:

- a) Velar por la igualdad de acceso a productos y servicios de salud preventivos, curativos y paliativos proporcionados por terceros que sean culturalmente apropiados y sensibles a las cuestiones de género;
- b) Asegurar la disponibilidad y la asequibilidad de las vacunas, medicamentos y otros productos sanitarios para todos, y abordar los factores sociales y económicos subyacentes que contribuyen a las inequidades sanitarias y a la discriminación racial¹¹⁶;
- c) Cerciorarse de que el aumento de la participación de agentes privados en la financiación de la atención sanitaria o en la prestación o el suministro de servicios, bienes y tratamientos de salud no afecte a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los establecimientos y suministros sanitarios, incluidos los medicamentos y otros productos de salud, para los grupos raciales y étnicos, incluidas las mujeres embarazadas indocumentadas y las personas de género diverso que pertenecen a esos grupos;
- d) Velar por que la privatización no rebaje el nivel del derecho a la salud del que anteriormente disfrutaban los grupos objeto de discriminación racial;
- e) Cerciorarse de que las políticas preventivas se diseñen a partir de los datos científicos más fidedignos y sin prejuicios raciales ni conflictos de intereses;
- f) Velar por que se lleve a cabo una evaluación del impacto sobre los derechos humanos de la participación de agentes privados en la prestación de asistencia sanitaria antes de que esta se produzca; todo agente privado que intervenga en la asistencia sanitaria debe contribuir positivamente a la efectividad del derecho a la salud y no obstaculizarlo;

¹¹³ Párr. 34.

¹¹⁴ CERD/C/USA/CO/10-12, párr. 9.

¹¹⁵ CERD/C/GBR/CO/21-23, párr. 13.

¹¹⁶ A/HRC/53/50. Véanse también A/HRC/49/35 y A/HRC/52/56.

- g) Velar por que la degradación ambiental causada por agentes privados no menoscabe de manera desproporcionada el disfrute del derecho a la salud de los miembros de grupos raciales y étnicos, adoptando normas y políticas ambientales, vigilando los riesgos ambientales para la salud, exigiendo el cumplimiento de las normas de calidad y garantizando la sostenibilidad en la gestión de los recursos naturales;
- h) Velar por que no se empleen prácticas nocivas que afecten al acceso de los miembros de grupos raciales y étnicos a la atención prenatal y posnatal y al aborto;
- i) Impedir que los agentes privados empleen prácticas coercitivas como la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado y la investigación sanitaria experimental;
- j) Cerciorarse de que los agentes privados no restrinjan el acceso a la información y la participación en la esfera de la salud;
- k) Cerciorarse de que toda restricción impuesta por agentes privados al derecho a la privacidad de los grupos raciales y étnicos cumpla el principio de derechos humanos de no causar daño;
- l) Velar por que se investigue y se sancione en consecuencia toda conducta de motivación racial que tenga por objeto o efecto atentar contra la integridad física o mental de las personas protegidas por la Convención;
- m) Velar por que las empresas privadas, los proveedores privados de asistencia sanitaria y otras organizaciones pertinentes respeten los derechos a la igualdad y a la no discriminación¹¹⁷;
- n) Velar por que los agentes privados: identifiquen y evalúen los efectos adversos reales o potenciales sobre el derecho a la salud basados en la raza, el color, la ascendencia o el origen nacional o étnico con los que puedan estar involucrados, ya sea a través de sus propias actividades o como resultado de sus relaciones comerciales; integren las conclusiones de sus evaluaciones en todas las funciones y procesos internos pertinentes, y adopten las medidas oportunas; hagan un seguimiento de la eficacia de su respuesta; y den cuenta de cómo abordan sus repercusiones en los derechos humanos¹¹⁸;
- o) Velar por que las empresas presten especial atención a los factores relacionados con los datos que puedan tener un propósito o efecto discriminatorio y que las empresas se sometan a auditorías independientes de sus sistemas de inteligencia artificial¹¹⁹;
- p) Velar por que los agentes privados se abstengan de implantar sistemas de inteligencia artificial cuando el riesgo de discriminación u otras violaciones de los derechos humanos se haya evaluado como demasiado alto o imposible de mitigar, por ejemplo, debido a la naturaleza del uso previsto o previsible por parte de un Estado, hasta que puedan garantizar que el resultado discriminatorio se mitiga de manera efectiva. La exposición y la vulnerabilidad a los riesgos para la salud debidos a la discriminación racial deberían incorporarse en las evaluaciones *ex ante* y *ex post* con la cooperación de un equipo multidisciplinar y entendiendo las maneras en que pueden experimentarse el racismo y la discriminación racial;
- q) Asegurar que los agentes privados, en función de su implicación, respondan y rindan cuentas por los daños causados en relación con el derecho a la salud. Si los agentes privados fueron los causantes del daño, deberían poner fin a los actos que causaron del daño y remediarlo. Si contribuyeron al daño causado por una tercera parte, deberían poner fin al acto que contribuyó al daño, tratar de utilizar o de aumentar su influencia en la tercera parte para prevenir o mitigar el riesgo de daños futuros y contribuir a la reparación del daño, entre otras cosas mediante una indemnización. Si los agentes privados solo están vinculados a un daño que no causaron o al que no han contribuyeron, deberían tratar de utilizar o aumentar

¹¹⁷ Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos, principios 1 a 3. Véanse también los principios rectores 11 y 24.

¹¹⁸ Principios rectores 17 a 21.

¹¹⁹ Véase la Declaración de Toronto sobre la protección del derecho a la igualdad y la no discriminación en los sistemas de aprendizaje automático.

su influencia para prevenir o mitigar el riesgo de futuros daños por la tercera parte, pero no se espera que contribuyan a la reparación;

r) Documentar los casos de discriminación racial asociados a proveedores de asistencia sanitaria, incluidos los agentes privados, así como las medidas de prevención, las sanciones y los recursos conexos, e incluir información al respecto en sus informes al Comité.

D. Obligación de dar efectividad

55. La obligación de dar efectividad requiere que los Estados, tanto individualmente como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, adopten las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales y promocionales y otras medidas positivas apropiadas para la plena efectividad del derecho a la igualdad y a no ser objeto de discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud. El efecto inmediato de las obligaciones contraídas en virtud de la Convención y del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 2, párrs. 1 y 2) exige que los Estados diseñen, adopten, apliquen y evalúen periódicamente medidas deliberadas, concretas y específicas, teniendo en cuenta la interseccionalidad y sin demora.

1. Representación

56. Los Estados deben alentar la representación multidimensional de los grupos protegidos por la Convención en su ámbito de competencia, tanto en calidad de proveedores y expertos de salud, como en calidad de agentes receptores de atención sanitaria. Los indicadores específicos de representación deben estar en consonancia con otras obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, igualdad y no discriminación, al tiempo que reflejan el contexto y el alcance de la situación. Los Estados deberían promover, en sus políticas de cadena de suministro y transacciones con entidades privadas, la representación de los grupos incluidos en el en el ámbito de aplicación de la Convención como indicador medible de la calidad de la salud.

57. Los Estados deberían garantizar la formación y reducir las barreras a la promoción de profesionales médicos de grupos étnicos y raciales discriminados a fin de asegurar su representatividad en todos los niveles del escalafón.

2. Participación, consulta y empoderamiento

58. El artículo 2, párrafo 1 e), establece la obligación de los Estados partes de estimular, cuando sea el caso, organizaciones y movimientos multirraciales integracionistas y otros medios encaminados a eliminar las barreras entre las razas, y a desalentar todo lo que tienda a fortalecer la división racial. Las organizaciones y movimientos multirraciales integracionistas deberían entenderse como organizaciones comunitarias de base de la sociedad civil que apoyan los principios de la Convención. Los Estados deberían asignar recursos para diseñar conjuntamente estrategias interculturales de salud con los grupos raciales y étnicos y los Pueblos Indígenas a nivel comunitario, regional o nacional¹²⁰. Los Estados deberían recabar la participación de las comunidades y sus representantes, también de las mujeres, para la formulación y ejecución de programas y proyectos de salud que afecten a los grupos raciales y étnicos¹²¹.

3. Vigilancia de las desigualdades raciales

59. La vigilancia de la discriminación racial a escala nacional¹²² con un enfoque interseccional es un elemento esencial de la aplicación de las disposiciones de los artículos 2, párrafo 2, y 9 de la Convención. Una de las obligaciones fundamentales que establece la Convención es proporcionar a todas las personas el derecho a autoidentificarse como

¹²⁰ CERD/C/ECU/CO/19, párr. 20; y CERD/C/GTM/CO/12-13, párr. 13.

¹²¹ Recomendación general núm. 27 (2000), párr. 34; y OMS, resolución WHA77.2.

¹²² Programa de Acción de Durban, párrs. 92 y 110.

pertenecientes a un grupo¹²³ y a ser incluidas en estadísticas y encuestas sociales. Los datos desglosados permiten a las autoridades supervisar los determinantes sociales de la salud e identificar los efectos de la discriminación racial en combinación con las desigualdades de género y de otro tipo. Estos datos deberían recopilarse de forma voluntaria, anónima, sobre la base de la autoidentificación y de acuerdo con las normas y principios de derechos humanos, como las disposiciones sobre protección de datos y las garantías de protección de la privacidad, incluido el principio de derechos humanos de no causar daño y las garantías relativas al consentimiento informado. Las personas protegidas por la Convención deberían tener acceso a la información sobre la recopilación de sus datos, el uso que se hace de ellos y los resultados de ese uso.

60. En cooperación con la OMS y otras organizaciones y organismos regionales, los Estados deberían desglosar los datos y poner las estadísticas anonimizadas a disposición de los grupos raciales y étnicos y del conjunto de la sociedad. Los Estados deberían adoptar y aplicar un plan de acción nacional de salud y otras políticas conexas para analizar el racismo y la discriminación interseccional, incluidas sus causas profundas, y hacerles frente¹²⁴. Los Estados partes deberían:

- a) Desarrollar sistemas de información sobre salud que reúnan datos desglosados;
- b) Garantizar que los esfuerzos de recopilación de datos también favorezcan el monitoreo integral de la salud pública¹²⁵;
- c) Desglosar los datos periódicamente para asegurar la rendición de cuentas;
- d) Garantizar el apoyo a los ministerios de salud y a otros ministerios, entre otras cosas recabando el apoyo de entidades de las Naciones Unidas, a fin de desarrollar una perspectiva interseccional en los procesos de presentación de informes en virtud de la Convención y otros tratados internacionales de derechos humanos.

4. Adopción y aplicación de planes nacionales de acción sobre salud

61. Los Estados deberían adoptar estrategias y planes nacionales de acción sobre salud, en consulta con los grupos pertinentes, a fin de identificar lagunas, establecer objetivos claros, prever medidas especiales de conformidad con el artículo 2, párrafo 2, y asegurar la coordinación de todas las autoridades pertinentes y una presupuestación eficaz. Asimismo, deberían adoptar y aplicar eficazmente políticas dotadas de recursos suficientes, incluidas medidas especiales, orientadas a mejorar la situación socioeconómica de los grupos raciales y étnicos y de los Pueblos Indígenas, con programas específicos para las mujeres, los niños, las personas de edad y las personas con discapacidad, y abordar la discriminación profundamente arraigada¹²⁶. Debería haber programas específicos de prevención en materia de salud dirigidos a aquellas personas, incluidos los migrantes indocumentados, que no están cubiertas por el plan de seguro público de salud¹²⁷. Aplicar una perspectiva de género en todas las políticas y estrategias para combatir la discriminación racial es esencial para poner fin a la discriminación múltiple e interseccional que enfrentan las mujeres indígenas, migrantes y afrodescendientes¹²⁸.

62. Se alienta encarecidamente a los Estados a que coordinen eficazmente los servicios de apoyo promoviendo modelos de cooperación entre las autoridades, las comunidades y organizaciones de la sociedad civil, los organismos de igualdad, las instituciones nacionales de derechos humanos y los proveedores privados de asistencia sanitaria. Los Estados deberían examinar, como medida especial de mitigación y en consulta con las comunidades

¹²³ CERD/C/ZMB/CO/17-19, párrs. 25 y 26.

¹²⁴ A/HRC/4/28, párrs. 90 a 92.

¹²⁵ OMS, *World Report on the Health of Refugees and Migrants* (2022), pág. 211.

¹²⁶ CERD/C/AUS/CO/18-20, párr. 24; CERD/C/CHN/CO/14-17, párrs. 28 y 29; CERD/C/ISR/CO/17-19, párrs. 28 a 31; CERD/C/HUN/CO/18-25, párr. 20; y CERD/C/LTU/CO/9-10, párr. 18.

¹²⁷ CERD/C/CZE/CO/12-13, párr. 24; y recomendación general núm. 30 (2004).

¹²⁸ CERD/C/GTM/CO/16-17, párrs. 14 c), 33 y 34. Véase también CERD/C/ISR/CO/17-19, párrs. 32 y 33.

afectadas, la posibilidad de proporcionar asistencia médica a través de clínicas móviles¹²⁹ y ofrecer programas específicos de prevención en materia de salud, así como atención integral de urgencia, todo tipo de atención obstétrica y atención pediátrica a menores de 5 años de manera gratuita para todos.

63. Los Estados deberían regular el uso de la inteligencia artificial en todos los sectores relacionados con la salud y garantizar que se respete la prohibición de la discriminación racial. Esos sistemas solo deberían implantarse con el claro objetivo de promover el disfrute del derecho a la salud para todos sin discriminación racial ni de ningún otro tipo. Antes de adquirir o implantar dichos sistemas, los Estados deberían adoptar las medidas legislativas, administrativas y de otra índole adecuadas para determinar la finalidad de su uso, regular con la mayor precisión posible los parámetros de dicho uso y ofrecer garantías de prevención y protección frente a la discriminación racial. Los Estados deberían adoptar un enfoque de la inteligencia artificial basado en los derechos humanos que incorpore la eliminación de la discriminación racial en todas las fases y en todas las normas mínimas¹³⁰. Antes de implantar la inteligencia artificial en la esfera de la salud, los Estados deberían evaluar su impacto potencial sobre los derechos humanos y deberían considerar la posibilidad de comenzar con un período de prueba bajo la supervisión de un órgano de supervisión multidisciplinar independiente que incluya a personas que reflejen la composición diversa de la población.

5. Educación, formación y concienciación públicas

64. En consonancia con el artículo 7 de la Convención, los Estados partes deberían promover la concienciación y la educación públicas sobre la prohibición de la discriminación racial y el derecho a la igualdad en el disfrute del derecho a la salud. Esto incluye educar a los proveedores de asistencia sanitaria, los encargados de formular políticas y la sociedad en general sobre la importancia de abordar las disparidades raciales en la salud y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios para todos.

65. Los Estados deberían:

- a) Desarrollar y ofrecer formación contra el racismo y la discriminación y sobre competencia cultural a los miembros del personal sanitario, como mínimo a los que trabajan en la atención primaria, también en los asentamientos humanitarios, a escala local, regional y nacional;
- b) Garantizar que las personas que son objeto de formas interseccionales de discriminación participen en el desarrollo y la impartición de la formación mencionada, siempre que sea posible. Los hospitales, los centros de atención primaria de la salud y los servicios sociales deberían velar por que la formación se complementase con intervenciones institucionales para limitar la discrecionalidad en la toma de decisiones y aumentar la supervisión en esferas vulnerables a los estereotipos y los prejuicios;
- c) Incluir la educación en derechos humanos como asignatura obligatoria en los planes de estudio de las facultades de medicina y garantizar la impartición de formación en el empleo en materia de salud intercultural, las inequidades sanitarias relacionadas con la discriminación y el racismo y la exclusión, y el papel de los servicios de salud a la hora de exacerbar y paliar estas inequidades;
- d) Alentar a las facultades de medicina a que revisen sus planes de estudios e identifiquen prejuicios y estereotipos en los enfoques y materiales de formación médica;
- e) Alentar a las facultades de medicina a que aumenten la diversidad y la representatividad de los Pueblos Indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y los miembros de otros grupos étnicos, según proceda en el contexto nacional;

¹²⁹ CERD/C/MNG/CO/23-24, párr. 24 e).

¹³⁰ Grupo de Expertos de Alto Nivel sobre Inteligencia Artificial, “The assessment list for trustworthy artificial intelligence (ALTAI) for self-assessment” (2020).

f) Alentar a las asociaciones de profesionales de la salud a que consideren la posibilidad de integrar la formación en derechos humanos y lucha contra la discriminación en sus políticas de afiliación, y apoyarlas en tales esfuerzos;

g) Llevar a cabo campañas de concienciación específicas para difundir información sobre los servicios de salud disponibles y los requisitos de cobertura obligatoria del seguro médico y evitar la difusión de información falsa o engañosa en entornos digitales y físicos¹³¹.

E. Rendición de cuentas

66. De conformidad con el artículo 6, los Estados deben garantizar a todas las personas que se hallen en su jurisdicción, protección y recursos efectivos contra todo acto de discriminación racial que viole su derecho a la salud, así como el derecho a pedir satisfacción o reparación adecuada por todo daño que puedan haber sufrido como consecuencia de dicha discriminación.

67. Los Estados deberían:

a) Establecer mecanismos eficaces e independientes de supervisión y rendición de cuentas, tanto internos —en los establecimientos sanitarios— como externos, y prever medidas disciplinarias por conducta indebida;

b) Realizar auditorías periódicas, con la ayuda de expertos independientes, para identificar lagunas en las políticas y prácticas internas. Se recomienda encarecidamente la transparencia en relación con los resultados de estos procedimientos, ya que puede reforzar la rendición de cuentas y la confianza de las personas y las comunidades;

c) Establecer mecanismos independientes no judiciales de rendición de cuentas y reclamación con competencia para establecer los hechos e identificar a los responsables de actos u omisiones que constituyan discriminación racial;

d) Establecer recursos no judiciales diseñados conjuntamente con los grupos raciales y étnicos y los Pueblos Indígenas;

e) Velar por la participación de las organizaciones y movimientos multirraciales integracionistas e incluir otros medios para eliminar las barreras en los mecanismos de rendición de cuentas y reparación;

f) Adoptar un enfoque centrado en las víctimas e impulsado por la comunidad y una perspectiva interseccional;

g) Garantizar, con respecto a cualquier violación de la Convención que haya provocado un daño, la reparación integral del perjuicio causado¹³²;

h) Adoptar medidas estructurales junto con la reparación individual;

i) Como parte de la reparación, adoptar medidas positivas, como la educación y la formación, las garantías relativas a la participación, y el empoderamiento de la comunidad afectada, a fin de garantizar el cumplimiento de la obligación que se ha incumplido.

F. Cooperación internacional y desarrollo

68. La cooperación internacional en la esfera de la salud es un elemento clave para avanzar en la igualdad y prohibir la discriminación racial. Los Estados deberían garantizar la coherencia con sus obligaciones contraídas en virtud de la Convención en el contexto de todas las organizaciones, incluidas las instituciones financieras y de desarrollo internacionales y regionales. Los Estados deberían garantizar el acceso efectivo y no discriminatorio a los establecimientos, bienes, servicios y tecnologías de salud preventivos, curativos y rehabilitadores. Para ello, los Estados deben promover un desarrollo basado en

¹³¹ CERD/C/LTU/CO/9-10, párr. 18 d).

¹³² Pérez Guartambel c. el Ecuador (CERD/C/106/D/61/2017), párr. 6.

los derechos humanos¹³³. Los Estados no deberían promover, consentir ni perpetuar políticas y prácticas que establezcan o refuercen las barreras a las que se enfrentan los grupos expuestos a la discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud y que no estén dirigidas a eliminarlas.

69. En la lucha contra las inequidades en la salud mundial dentro de los Estados y entre ellos, los Estados partes deberían trabajar guiados por el principio de solidaridad internacional mediante la cooperación internacional, entre otras cosas apoyando propuestas como la exención temporal completa de las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y adoptando todas las medidas nacionales y multilaterales adicionales necesarias para mitigar el impacto desigual de estos desafíos y sus consecuencias socioeconómicas en los grupos y minorías protegidos por la Convención¹³⁴.

70. Se alienta encarecidamente a los Estados a que incluyan, en los acuerdos multilaterales y bilaterales y en otras negociaciones que repercutan en la no discriminación sanitaria mundial, cláusulas que estén en consonancia con el artículo 1, párrafo 1, de la Convención y que garanticen la igualdad en el disfrute del derecho a la salud para todos los grupos étnicos y raciales, incluidas las castas.

IV. Difusión de la recomendación general

71. Los Estados deberían difundir la presente recomendación general a todas las autoridades pertinentes, así como a los grupos raciales y étnicos y a los Pueblos Indígenas en sus idiomas y otras formas de comunicación.

¹³³ Véase A/HRC/54/50.

¹³⁴ Declaración 2 (2022) sobre la falta de acceso equitativo y no discriminatorio a las vacunas contra la COVID-19 (A/77/18, párr. 20).