



Asamblea General

Distr. general
7 de abril de 2021
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

47º período de sesiones

21 de junio a 9 de julio de 2021

Tema 3 de la agenda

**Promoción y protección de todos los derechos humanos,
civiles, políticos, económicos, sociales y culturales,
incluido el derecho al desarrollo**

Prioridades estratégicas de la labor

Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng

Resumen

El presente informe contiene un resumen de las actividades realizadas por la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, desde que asumió las funciones de su cargo el 1 de agosto de 2020, y en él se señalan los temas prioritarios para su labor en los próximos años.

El enfoque de la Relatora Especial consistirá principalmente en examinar los conceptos de la colonialidad y el racismo y el efecto que tienen en el derecho a la salud, así como la forma de avanzar hacia una igualdad sustantiva. En el informe, la Relatora Especial argumenta que tomar como objetivo la igualdad sustantiva permite afrontar la discriminación estructural e indirecta, así como identificar y eliminar las dinámicas de poder que han perpetuado los sistemas y pautas de privilegio y desventaja que han sobrevivido al colonialismo formal. Para lograr la igualdad sustantiva en la realización del derecho a la salud, las leyes y políticas deben abordar el carácter interseccional de la discriminación, es decir, las experiencias vitales de quienes sufren discriminación por múltiples motivos. En particular, la Relatora Especial se propone examinar los obstáculos interrelacionados y arraigados que actúan a distintos niveles y que impiden que las personas disfruten de sus derechos a la salud sexual y reproductiva.

El presente informe comprende siete temas prioritarios que se irán desarrollando durante el mandato de la titular, así como dos cuestiones adicionales que se examinarán más a fondo.



Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción	3
II. Actividades realizadas durante el período que abarca el informe	3
III. El camino por recorrer: contexto, desafíos y oportunidades	3
A. Un enfoque normativo del derecho a la salud: importancia de la no discriminación en los derechos a la salud sexual y reproductiva	6
B. Un enfoque del derecho a la salud basado en la igualdad sustantiva	7
C. El derecho a la salud y la rendición de cuentas.....	8
IV. Temas considerados prioritarios.....	9
A. La salud mundial en la era de la pandemia de COVID-19.....	9
B. Sexualidad, violencia por motivos de género y femicidio	11
C. Derechos a la salud sexual y reproductiva	14
D. La innovación y la tecnología digital: derechos a la salud sexual y reproductiva, intervenciones digitales y telesalud	16
E. El racismo y el derecho a la salud.....	18
F. Equidad sanitaria	19
G. Enfermedades no transmisibles: cáncer del sistema reproductor	21
V. Conclusiones	21

I. Introducción

1. El presente informe es el primero que presenta al Consejo de Derechos Humanos la recién designada Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, y se preparó en cumplimiento de la resolución 42/16 del Consejo de Derechos Humanos.
2. En el informe, la Relatora Especial presenta un resumen de las actividades realizadas desde su nombramiento, incluidas las comunicaciones y la cooperación con el sistema de las Naciones Unidas y otros interesados fundamentales.
3. La Relatora Especial reflexiona sobre la forma de llevar adelante la labor del mandato, partiendo del contexto actual y de los desafíos y oportunidades para la plena realización del derecho a la salud. Expone los principales temas que serán prioritarios para los próximos años. En el último capítulo, la titular del mandato presenta sus conclusiones.

II. Actividades realizadas durante el período que abarca el informe

4. Entre el 1 de marzo de 2020 y el 25 de febrero de 2021, la Oficina de la Relatora Especial transmitió 134 comunicaciones a 61 Estados y 10 empresas privadas, y 6 comunicaciones a otros actores, entre ellos el Secretario General y la Comisión Europea. De las 140 comunicaciones enviadas, un total de 81 (58 %) se referían a vulneraciones del derecho a la salud relacionadas directamente con la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19). En el momento de redactar el informe se habían recibido en total 73 respuestas, lo cual representa una tasa de respuesta del 52 %.
5. Entre agosto de 2020 y febrero de 2021, la Relatora Especial participó en períodos de sesiones, reuniones y otros actos relacionados con el cumplimiento de su mandato, todos los cuales se celebraron a distancia a causa de la pandemia de COVID-19. Entre ellos figuraba el curso introductorio para nuevos titulares de mandatos, impartido del 14 al 18 de diciembre de 2020, y el septuagésimo quinto período de sesiones de la Asamblea General, durante el cual presentó, el 29 de octubre de 2020, el último informe de su predecesor.
6. La Relatora Especial también mantuvo contactos con otras partes del sistema de las Naciones Unidas y mecanismos regionales, como la Comisión de Estupefacientes, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina Regional para África Oriental y Meridional del Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Grupo Independiente sobre Rendición de Cuentas de la Iniciativa Todas las Mujeres, Todos los Niños, y el Banco Mundial.
7. Por otra parte, la Relatora Especial mantuvo consultas con una gran variedad de actores de la sociedad civil, instituciones académicas y organizaciones de profesionales médicos, con carácter bilateral o colectivamente, a fin de informar sobre su mandato y de definir sus prioridades al respecto.

III. El camino por recorrer: contexto, desafíos y oportunidades

8. Como declaró la autora feminista y defensora de los derechos humanos estadounidense Audre Lorde, “no existe ninguna lucha con un único objetivo porque nuestras vidas no se viven con un único objetivo”¹. Lo que estaba formulando, años antes de que existiera el concepto, puede comprenderse mejor aplicando la óptica de la interseccionalidad, que tuvo su origen como instrumento teórico, conceptualizado por Kimberle Crenshaw

¹ Declaración de Audre Lorde, “Learning from the 60s”, durante la celebración del fin de semana dedicado a Malcolm X en la Universidad de Harvard, febrero de 1982. Puede consultarse en www.blackpast.org/african-american-history/1982-audre-lorde-learning-60s/.

en 1989². Esta óptica permite observar y comprender la experiencia de las mujeres negras en los Estados Unidos de América, que no encontraban una respuesta adecuada en los planteamientos de justicia social que separaban la raza y el género. Desde entonces se ha utilizado como instrumento para reconocer cómo múltiples formas de opresión se combinan para producir experiencias vitales complejas³.

9. La Relatora Especial abordará las cuestiones más importantes relacionadas con el desempeño de su mandato teniendo esto presente. Esta idea se ve reforzada por la comprensión de la colonialidad y el racismo y sus efectos en el derecho a la salud. La colonialidad, un concepto acuñado por Walter Mignolo en 1995⁴, se refiere al legado del colonialismo europeo que sigue activo en los órdenes sociales y los sistemas de conocimientos, lo cual ha creado jerarquías sociales que hacen posible la discriminación social que ha sobrevivido al colonialismo formal. Desde este punto de vista, propugnar la institucionalización intencional del antirracismo en la estructura de los sistemas de salud pública —y por consiguiente la realización del derecho a la salud para todos— debe ser un objetivo primordial no solo en la labor de la Relatora Especial sino para todos los defensores del derecho a la salud.

10. Eliminar la discriminación en la práctica requiere dedicar una atención suficiente a los grupos de personas que sufren un prejuicio histórico o persistente en vez de limitarse a comparar el trato formal de las personas en situaciones similares. Esta es una medida necesaria para asegurar una comprensión de todos los matices y la utilización de la fuerza colectiva para conquistar la libertad de todos los pueblos oprimidos.

11. La Relatora Especial propugnará la aplicación del marco del derecho a la salud para profundizar en la comprensión de los efectos negativos de la colonialidad, el racismo y las estructuras opresoras integradas en la arquitectura de los servicios de salud a nivel mundial, que afectan de manera desproporcionada a las personas negras, las comunidades indígenas y otros grupos que son víctimas de discriminación racial en el Sur Global.

12. También seguirá reflexionando acerca de lo que la Relatora Especial sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia trató en un informe de 2018. En él, la Relatora Especial se refirió a la importancia de adoptar un enfoque interseccional de la discriminación racial en el contexto de las leyes relativas a la ciudadanía, la nacionalidad y la inmigración en el que se tuvieran en cuenta los efectos diferenciales del sexo y el género, entre otros factores, y señaló que los Estados seguían aplicando leyes patriarcales que utilizaban la discriminación por motivos de género para lograr la exclusión racial, étnica y religiosa⁵. La Relatora Especial sobre el derecho a la salud coincide en que los Estados deben cumplir las normas internacionales de derechos humanos a la hora de aplicar leyes y políticas en materia de ciudadanía, nacionalidad e inmigración, y que deben cumplir sus obligaciones relativas al logro de la igualdad racial sustantiva.

13. La Relatora Especial insistirá en la necesidad de que la igualdad sustantiva ocupe un lugar central en la tarea de instrumentalizar el derecho a la salud. Ello requiere un compromiso inequívoco con la realización de los principios universales de derechos humanos consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y otros instrumentos internacionales de derechos humanos, como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial y la Declaración y el Programa de Acción de Durban. La Declaración y el Programa de Acción de Durban constituyen un documento de gran alcance y orientado a la acción que

² Kimberle Crenshaw, “Demarginalizing the intersection of race and sex: a Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics”, *University of Chicago Legal Forum*, vol. 1989 (1).

³ La Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad ha aplicado el concepto de interseccionalidad en informes anteriores. Véanse, por ejemplo, A/HRC/34/58, A/72/133 y A/74/186.

⁴ Walter Mignolo, *The Darker Side of the Renaissance: Literacy, Territoriality, and Colonization* (Ann Arbor, University of Michigan Press, 1995).

⁵ A/HRC/38/52, párr. 12.

propone medidas concretas para luchar contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia.

14. La igualdad sustantiva se propone hacer frente a la discriminación estructural e indirecta y tiene en cuenta las relaciones de poder. Reconoce que el “dilema de la diferencia” supone ignorar y al mismo tiempo reconocer las diferencias entre los seres humanos a fin de alcanzar la igualdad.

15. La titular del mandato examinará la forma en que el género influye en la discapacidad, la discapacidad está interconectada con la clase social, la clase social tensiona los abusos, los abusos se entrelazan con la orientación sexual y la orientación sexual se superpone a la raza, todo lo cual se acumula en un único cuerpo humano⁶. En particular, examinará los obstáculos que se erigen entre las personas y el disfrute de sus derechos a la salud sexual y reproductiva. Esos obstáculos están interrelacionados y arraigados y actúan a distintos niveles: en la atención clínica, a nivel de los sistemas de salud y en el plano de los determinantes sociales de la salud subyacentes.

16. La Relatora Especial se propone aplicar a su labor un enfoque basado en el ciclo de la vida, prestando especial atención a los grupos que se encuentran en situaciones vulnerables o que históricamente han sido víctimas de discriminación. Además, seguirá prestando atención a la cuestión de la penalización de las relaciones entre personas del mismo sexo, la situación relativa a la transdiversidad y a las personas transgénero, el aborto, el trabajo sexual y distintas condiciones relacionadas con la salud, como la de las personas seropositivas o a quienes se ha diagnosticado una infección por COVID-19. Tiene la intención de formular propuestas para que los Estados incorporen una perspectiva de género en sus políticas, planes, programas e investigaciones en materia de la salud, haciendo especial hincapié en los derechos a la salud sexual y reproductiva como parte integrante del derecho a la salud.

17. Tal como lo definió el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho a la salud es un derecho inclusivo que no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas 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 internacional⁷. Asimismo, el derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, en particular el derecho a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud⁸.

18. En el actual contexto de la pandemia de COVID-19, en el último decenio de la labor dedicada a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible la titular del mandato procurará continuar la tarea de sus predecesores con respecto a la definición de buenas prácticas; al personal sanitario, en la medida en que es esencial para garantizar la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de atención de la salud; y a la instrumentalización efectiva del derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Se propone actuar sobre la salud, el bienestar mental, las prestaciones y la remuneración del personal sanitario, así como sobre la equidad en el lugar de trabajo, de forma que esas personas puedan prestar servicios de atención de la salud de buena calidad.

⁶ Eli Clare, *Exile and Pride: Disability, Queerness and Liberation*, Cambridge: South End Press, 1999, pág. 123.

⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 11.

⁸ *Ibid.*, párr. 3.

19. La crisis de la COVID-19 ha recordado a la comunidad mundial que la realización del derecho a la salud es interdependiente, indivisible y está interrelacionada con otros derechos humanos, y que finalizar con éxito el proceso de consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible requiere la solidaridad mundial y la equidad en el acceso a medicamentos esenciales, incluidas las vacunas contra la COVID-19, y que se den a conocer ampliamente los conocimientos científicos. Los mecanismos de rendición de cuentas son decisivos para asegurar que se respeten, protejan y cumplan las obligaciones de los Estados relacionadas con el derecho a la salud.

A. Un enfoque normativo del derecho a la salud: importancia de la no discriminación en los derechos a la salud sexual y reproductiva

20. La OMS⁹ indica que la salud sexual es fundamental para la salud y el bienestar generales de las personas, las parejas y las familias, y para el desarrollo social y económico de las comunidades y los países. La salud sexual, cuando se considera de una manera afirmativa, requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales. También requiere que exista la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, a salvo de toda coacción, discriminación y violencia. Las cuestiones relacionadas con la salud sexual son muy diversas y abarcan la orientación sexual y la identidad de género, la expresión sexual, las relaciones y el placer.

21. Los desafíos que se plantean a las personas en relación con el disfrute de sus derechos a la salud sexual y reproductiva actúan a distintos niveles: en la atención clínica, a nivel de los sistemas de salud y en los determinantes sociales de la salud subyacentes. Los principios fundamentales que configuran los derechos humanos, especialmente la no discriminación, la igualdad y el derecho a la vida privada, así como la integridad, autonomía, dignidad y bienestar de las personas, especialmente en relación con los derechos a la salud sexual y reproductiva, son parte integrante de la realización del derecho a la salud.

22. Por consiguiente, es importante contar con un enfoque normativo que reconozca que el concepto de sexualidad no está vinculado exclusivamente a la capacidad de reproducción. Lograr la salud y el bienestar sexuales depende de la posibilidad de acceder a una considerable información de buena calidad sobre el sexo y la sexualidad; del conocimiento de los riesgos que pueden correr las personas afectadas y su vulnerabilidad a las consecuencias adversas de la actividad sexual no protegida; de la capacidad de acceder a servicios de atención de la salud sexual; y de la vida en un entorno que afirme y promueva la salud sexual. Esos elementos garantizarán que se logre efectivamente “no dejar a nadie atrás”.

23. La Relatora Especial expresa su apoyo a la Declaración de Principios sobre la Igualdad¹⁰, aprobada por diversos expertos en 2008 y en que se destaca que la igualdad es parte integrante del disfrute de todos los derechos humanos y se reconoce no solo que cada forma de desigualdad es única sino también que diversas desigualdades coexisten englobadas bajo aspectos que las conectan. Con referencia a la Declaración, se ha observado que en el marco unificado se ponen de relieve las intersecciones entre:

- a) Tipos de discriminación basados en diferentes motivos prohibidos, como la raza, el género, la religión, la nacionalidad, la discapacidad, la orientación sexual y la identidad de género;
- b) Tipos de discriminación en diferentes ámbitos de la vida civil, política, social, cultural y económica, como el empleo, la educación y el suministro de bienes y servicios;

⁹ Véase, por ejemplo, OMS, “Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach” (Ginebra, 2017).

¹⁰ La Declaración de Principios sobre la Igualdad (Declaration of Principles on Equality) fue aprobada en 2008 en la conferencia titulada “Principles on equality and the development of legal standards on equality”, organizada por el Equal Rights Trust en Londres. Asistieron a la conferencia 128 expertos de distintas especialidades, como académicos, profesionales del derecho y activistas en defensa de los derechos humanos, de más de 40 países. El texto de la Declaración puede consultarse en www.equalrightstrust.org.

c) Tipos de discriminación con respecto al disfrute y el ejercicio de diferentes derechos humanos;

d) Discriminación basada en la condición social y en las desigualdades socioeconómicas¹¹.

24. En el logro de la equidad sanitaria, la interseccionalidad tiene un poder transformador en los marcos jurídicos y normativos nacionales para promover una igualdad sustantiva que impulse una jurisprudencia progresiva en los países. Un enfoque de este tipo consiste en examinar los marcos normativos nacionales, incluida la función de las leyes y de los litigios en los tribunales, lo cual entre otras cosas pone de relieve la importancia de la justiciabilidad del derecho a la salud. Una consideración notable con respecto a la interseccionalidad, en lo que se refiere a la discriminación integrada en las políticas nacionales, en los marcos legislativos y en leyes hostiles y en la penalización, es que solo será útil si se interpreta a la luz de un propósito específico.

25. También se ha observado que la interseccionalidad como concepto no alienta espontáneamente a los custodios de la ley, como los jueces, a tomar decisiones favorables a personas que se encuentran en situaciones de grave marginalidad y que experimentan múltiples intersecciones de opresión, y contrarias a personas que ocupan posiciones de poder o privilegio. Ello ofrece una motivación para examinar las leyes nacionales no solo con respecto a la protección que ofrecen a los derechos humanos sino también con respecto a su potencial para tender a la vulneración de los derechos humanos.

B. Un enfoque del derecho a la salud basado en la igualdad sustantiva

26. Para millones de personas de todo el mundo el punto de partida es desigual. Esa desigualdad afecta el acceso de una persona a determinantes de la salud como la educación, el acceso al agua, a un medio ambiente limpio y a la vivienda, entre otras cosas, lo cual a su vez influye en la salud de la persona. Por consiguiente, los efectos adversos para la salud no guardan relación únicamente con la predisposición genética individual sino también con sistemas opresivos que han establecido jerarquías raciales y que permiten la persistencia de la discriminación social más allá de las estructuras coloniales formales y continúan perpetuando las desigualdades en materia de salud.

27. La Relatora Especial tomará como punto de partida la labor realizada por los anteriores titulares del mandato, haciendo hincapié en la igualdad como elemento esencial del derecho a la salud. A lo largo de su labor, procurará distinguir entre la igualdad formal y la igualdad sustantiva con miras a alcanzar esta última. La igualdad formal pretende luchar contra la discriminación directa tratando de manera similar a personas en una situación similar. Puede contribuir a la lucha contra los estereotipos negativos y los prejuicios, pero no puede ofrecer soluciones para el “dilema de la diferencia”, ya que no tiene en cuenta ni asume las diferencias entre los seres humanos.

28. Por el contrario, la igualdad sustantiva también pretende abordar la discriminación estructural e indirecta y tiene en cuenta las relaciones de poder. Reconoce que el “dilema de la diferencia” entraña ignorar y al mismo tiempo reconocer las diferencias entre los seres humanos a fin de lograr la igualdad¹². La igualdad sustantiva es un principio que hace hincapié en la necesidad de lograr la auténtica igualdad en los resultados. Para alcanzar la igualdad sustantiva es necesario establecer sistemas y procesos que aseguren la igualdad de acceso a las oportunidades y servicios, y también lograr que las personas puedan acceder a ellos de una forma que satisfaga sus necesidades y circunstancias específicas.

29. Mediante el reconocimiento de que el “dilema de la diferencia” entraña ignorar y al mismo tiempo reconocer las diferencias entre los seres humanos, la igualdad sustantiva se

¹¹ Dimitrina Petrova, “Editorial” en *Equal Rights Review – Special Focus: Intersectionality*, vol. 16 (Londres, 2016), págs. 7 y 8.

¹² Véase Ben Smith, “Intersectional discrimination and substantive equality: a comparative and theoretical perspective”, en *Equal Rights Review – Special Focus: Intersectionality*, vol. 16, 2016.

propone afrontar la discriminación estructural e indirecta y tiene en cuenta las relaciones de poder a la hora de lograr la igualdad.

30. La Relatora Especial destaca que, a pesar de que en los últimos años se han promulgado y aplicado a nivel nacional, regional e internacional leyes relativas a la igualdad y a la lucha contra la discriminación, la igualdad sigue estando fuera del alcance de muchas personas. Así pues, para poner remedio a esta desigualdad persistente, es necesario adoptar la igualdad sustantiva como objetivo que todas las naciones deben esforzarse en alcanzar. Este enfoque nos permite afrontar la desigualdad como un problema de poder estructural, que crea y perpetúa sistemas de privilegio y de desventaja en la sociedad.

31. Esos sistemas de privilegio y desventaja tienen un efecto general en la vida privada y pública. Afectan los determinantes de la salud y la distribución de bienes básicos, como el acceso a los centros de atención de la salud, a los bienes y servicios y a la vivienda. Además, crean mitos y estereotipos negativos que hacen que ciertos grupos se encuentren en desventaja.

32. A fin de lograr la igualdad sustantiva en la realización del derecho a la salud es necesario abordar el carácter interseccional de la discriminación, dejando atrás las leyes y políticas que siguen utilizando modelos de discriminación “de eje único” y que no abordan las experiencias vitales de las personas que sufren discriminación por múltiples motivos.

33. Llegar a comprender la interseccionalidad, particularmente mediante el reconocimiento de la discriminación interseccional, y a través de marcos jurídicos y normativos nacionales tendentes a la igualdad sustantiva, hará posible identificar mejor y eliminar las dinámicas de poder que perpetúan los sistemas y las pautas de privilegio y desventaja.

34. La interseccionalidad, que es un medio para lograr la igualdad sustantiva, reconoce que la identidad no puede dividirse en categorías de experiencia y análisis mutuamente excluyentes. Afirmar que la identidad es una amalgama compleja de diferentes categorías y circunstancias sociales que existen simultáneamente para determinar los efectos en la salud de una persona.

35. En el párrafo 10 de su observación general núm. 6 (2018) sobre la igualdad y la no discriminación, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reconoció que la igualdad de oportunidades constituía un paso importante en la transición de un modelo de igualdad formal a un modelo de igualdad sustantiva. La igualdad formal lucha contra la discriminación directa tratando de manera similar a las personas que están en situación similar. Puede ayudar a combatir los estereotipos negativos y los prejuicios, pero no puede ofrecer soluciones al “dilema de la diferencia”, ya que no tiene en cuenta ni acepta las diferencias entre los seres humanos.

C. El derecho a la salud y la rendición de cuentas

36. Como destacó el anterior titular del mandato¹³, la rendición de cuentas es esencial para que el derecho a la salud sea más que una aspiración. Sus elementos constitutivos de vigilancia, examen y reparación contribuyen a revelar en qué se realizaron progresos y en qué no. Además, la rendición de cuentas permite a los garantes de derechos que expliquen qué han hecho y hagan ajustes. También ofrece una oportunidad para que los titulares de derechos colaboren con los garantes de derechos en la promoción y protección de sus derechos y obtengan reparación en los casos de infracciones.

37. Partiendo de lo que se acaba de señalar, la Relatora Especial afirma la importancia de crear un entorno positivo para la protección y promoción del derecho a la salud y otros derechos interconectados gracias a la transparencia, la confianza, los recursos, las reparaciones y la utilización de marcos interseccionales como medio de lograr la igualdad sustantiva y garantizar efectivamente que nadie quede atrás.

¹³ A/HRC/32/32, párr. 62.

38. Por ejemplo, durante la actual pandemia, en algunos países¹⁴ se adoptaron medidas para divulgar públicamente la identidad y la información personal de individuos afectados por la COVID-19, sin que existieran marcos jurídicos que protegieran la confidencialidad y el derecho a la vida privada mediante definiciones claras de los datos personales y médicos. Esos datos están sujetos a protección y exigen la formulación de un marco jurídico que prohíba su utilización, así como la publicación de la información relacionada con la COVID-19 sobre una determinada persona.

39. La pandemia global ha puesto a prueba las salvaguardias para la protección de los datos de salud. Mientras que el sistema de salud pública ofrece una base legal para la utilización de datos personales relacionados con la salud para los fines de combatir y contribuir a contener una pandemia, la utilización de datos relacionados con la salud solo es legítima cuando sirve a un interés público y, lo que es más importante, cuando se hace con las debidas salvaguardias legales. Un componente del derecho a la salud es el derecho a buscar, recibir e impartir información sobre cuestiones de salud, pero ello no menoscaba el derecho a que los datos sobre la salud personal se traten de manera confidencial ni el derecho a la vida privada.

IV. Temas considerados prioritarios

A. La salud mundial en la era de la pandemia de COVID-19

40. El análisis de la pandemia mundial de COVID-19 debe partir de la medida en que se han aplicado los principios del derecho a la salud para responder a la pandemia. La extensión y el impacto de la COVID-19 han puesto de relieve más que nunca hasta qué punto los derechos son interdependientes. El efecto desproporcionado de la pandemia en las personas negras, los pueblos indígenas y otros grupos raciales perseguidos, como los rohingya y los romaníes¹⁵, y más concretamente los habitantes del Sur Global, tiene raíces en los sistemas de opresión históricos y actuales. Es importante reconocer que en el Sur Global existen disparidades y desigualdades en el acceso a los determinantes de la salud, una situación que requiere respuestas estratificadas a los niveles superpuestos de crisis que tienen efectos en las personas que se ven afectadas de manera desproporcionada.

41. La COVID-19 hace que se pongan de manifiesto las líneas divisorias estructurales existentes y nos muestra que, incluso actuando de manera óptima como comunidad mundial, los sistemas de salud estaban poco preparados, no contaban con recursos suficientes y carecían de la agilidad necesaria para dirigir la atención a la emergencia sanitaria mundial sin poner en peligro otros derechos o servicios esenciales. Entre otras cosas, una atención de la salud de calidad y los servicios conexos solo son posibles en la medida en que el personal sanitario reciba protección adecuada contra la exposición que es consecuencia de su trabajo, pase por un proceso de contratación equitativo y tenga una remuneración justa.

42. En el informe que presentó a la Asamblea General en 2020, el anterior titular del mandato concluyó que para hacer efectivo el derecho a la salud, ya sea durante una crisis de salud pública, o antes o después de esta, hay que garantizar la protección plena de todos los derechos humanos¹⁶. Por ejemplo, se refirió a la vigilancia digital y la documentación de la inmunidad y reiteró la preocupación por la forma en que los avances en la tecnología digital estaban transformando la capacidad de los Estados y las entidades privadas para llevar a cabo la vigilancia masiva de poblaciones enteras en un grado sin precedentes.

¹⁴ Véase ACNUDH, “Cambodia: UN experts alarmed by ‘naming and shaming’ of COVID victims”, 11 de diciembre de 2020. Véanse también las comunicaciones KHM 10/2020, de fecha 10 de diciembre de 2020 (<https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=25768>) y MNE 1/2020, de fecha 8 de mayo de 2020 (<https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=25215>).

¹⁵ ACNUDH, “Addressing the disproportionate impact of COVID-19 on minority ethnic communities”, 24 de noviembre de 2020. Véase también A/HRC/46/57.

¹⁶ A/75/163, párr. 104.

43. Durante la pandemia, la utilización de esas tecnologías ha ido en aumento, con drones y cámaras en la vía pública equipados con tecnologías de reconocimiento facial para identificar a las personas que estaban en el exterior sin máscaras, o con instrumentos digitales de seguimiento que controlan los movimientos de una persona. Sin embargo, esas medidas no han tenido en cuenta las aportaciones de la sociedad civil a la hora de decidir si son excesivas, necesarias o siquiera útiles, y se corre el peligro de que tengan un efecto paralizador y quebranten la confianza en la sociedad, a causa de su falta de transparencia y de los obstáculos con que se topan las personas para obtener reparaciones si se producen errores.

44. El derecho a la salud se ve afectado por las afrentas a la dignidad y las vulneraciones de otros derechos, como los derechos a la igualdad, la seguridad y la igual participación en la sociedad. El efecto de la pandemia de COVID-19 no ha estado determinado tanto por factores biológicos como por las políticas de salud pública, el liderazgo, la desigualdad socioeconómica, el racismo sistémico y la discriminación estructural. Las diferencias entre los países con respecto a la gestión de la pandemia han sido evidentes. Los países con servicios de atención de la salud menos favorables y con acceso más limitado a los determinantes de la salud han experimentado una mayor carga de casos de COVID-19 y de fallecimientos.

45. Los ejemplos concretos de los países presentan un cuadro aún más sombrío, debido, entre otras cosas, a una aplicación desigual e injusta de las leyes nacionales, como indica un caso en Uganda, donde poco después de la emergencia causada por la pandemia, se detuvo a personas lesbianas, gais, bisexuales y transgénero presuntamente por no cumplir las normas de distanciamiento social en una redada que se hizo en un refugio de Kyengera. Varios expertos de las Naciones Unidas expresaron preocupación por el hecho de que la redada del refugio se había realizado a causa de la presunta orientación sexual e identidad de género de los residentes. En un boletín de prensa, señalaron que los poderes de emergencia para luchar contra las crisis, como la pandemia de COVID-19, tenían fuerza y legitimidad solo si se atenían estrictamente a su objetivo y propósito, y destacaron que cualquier respuesta de emergencia relacionada con la pandemia debía ser proporcionada, necesaria y no discriminatoria. Subrayaron que los poderes de emergencia que se utilizaban para diferentes finalidades —y no solo para una finalidad muy específica y definida— podían suponer un uso arbitrario. En este caso se expresó preocupación por una posible vulneración de la prohibición de la detención arbitraria¹⁷.

46. Es importante subrayar que, incluso en el marco de la desigualdad general que ya es evidente en el Sur Global, las desigualdades específicas de ciertos países de la región agudizan esa desigualdad. Ello debe tenerse en cuenta al definir los desafíos al acceso a los determinantes de la salud cuando la no discriminación, la descolonialidad y el antirracismo siguen siendo ideales inalcanzados.

47. Durante la crisis de la COVID-19 se ha demostrado que el derecho humano al agua limpia y al saneamiento para todas las personas era esencial para controlar la propagación del virus, y también se han puesto de relieve sus estrechas vinculaciones con el derecho a la salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su observación general núm. 15 (2002) sobre el derecho al agua, declara que el derecho humano al agua es el derecho de todos a disponer de agua suficiente, salubre, aceptable, accesible y asequible para el uso personal y doméstico. También insiste en que el acceso a servicios de saneamiento adecuados reviste importancia fundamental para la dignidad humana y la vida privada, que el derecho humano al agua es indispensable para vivir dignamente y que también está indisolublemente asociado al derecho al más alto nivel posible de salud¹⁸.

48. El acceso al agua limpia y al saneamiento es un elemento esencial de la vida humana y puede ser uno de los factores que la garantice. Sin embargo, como señaló el Relator Especial sobre los derechos humanos al agua potable y al saneamiento, lavarse las manos

¹⁷ ACNUDH, “UN rights experts fear Uganda is using COVID-19 emergency powers to target LGBT people”, 27 de abril de 2020; y comunicación UGA 2/2020 (<https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=25207>).

¹⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 15 (2002) sobre el derecho al agua, párrs. 1 a 3 y 29.

frecuentemente es actualmente una de las medidas preventivas más eficaces para protegerse contra la difusión de la COVID-19, pero no es razonable decir a las personas que se laven las manos con frecuencia si no tienen acceso a agua salubre¹⁹.

49. El acceso al agua salubre ha tenido una importancia primordial durante la pandemia de COVID-19, ya que uno de los medios de limitar la propagación del virus es lavarse regularmente las manos con agua y jabón y desinfectarlas con productos que contengan alcohol. En muchos países en desarrollo, la obligación fundamental mínima de los Estados de ofrecer acceso a un suministro fiable de agua salubre y limpia no se ha cumplido. En muchos países del Sur Global, por ejemplo, las disparidades entre las comunidades urbanas, periurbanas y rurales siguen poniendo de relieve profundas desigualdades.

B. Sexualidad, violencia por motivos de género y femicidio

50. En la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, proclamada por la Asamblea General en su resolución 48/104, la expresión “violencia contra la mujer” se define como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”. En virtud del artículo 4 c) de la Declaración, los Estados deben proceder con la debida diligencia a fin de prevenir, investigar y, conforme a la legislación nacional, castigar todo acto de violencia contra la mujer, ya se trate de actos perpetrados por el Estado o por particulares.

51. Algunos estudios indican que, a nivel mundial, más de una de cada tres mujeres (35,6 %) denuncian haber experimentado violencia física y/o sexual a manos de una persona distinta de su pareja. A nivel mundial, el 38 % del total de homicidios de mujeres son cometidos por sus parejas. Según los datos disponibles de 31 países, un 42 % de las mujeres que fueron asaltadas física y/o sexualmente por su pareja sufrieron lesiones físicas como consecuencia de ello. En todo el mundo, un 7,2 % de mujeres adultas han experimentado violencia sexual a manos de una persona distinta de su pareja²⁰.

52. La violencia contra las mujeres afecta la vida y los medios de subsistencia de mujeres de todo el mundo. Incide negativamente en la salud de las mujeres, es un obstáculo para su plena participación en la sociedad, afecta el disfrute de sus derechos a la salud sexual y reproductiva y, en muchos casos, les niega esos derechos, lo cual produce graves secuelas físicas y mentales que tienen efectos tanto en las mujeres como en sus familias.

53. La violencia contra las mujeres y las niñas se manifiesta de muchas formas, como la violencia y las muertes relacionadas con la brujería y la dote; los crímenes cometidos en nombre de lo que se ha denominado “femicidio por honor”; la violencia doméstica; y prácticas nocivas como el matrimonio infantil y forzado y la mutilación genital femenina. Incluye también la violencia sexual en sus distintas formas, como la esterilización forzada; la desnudez forzada; los abortos forzados o denegados; el acoso sexual; y el incesto y la violación, que incluye la violación en el matrimonio y la violación en grupo²¹. En muchos Estados hay leyes y normas que impiden la igualdad de acceso de las mujeres a la tierra, la propiedad y la vivienda. La discriminación económica y social limita la calidad y la disponibilidad de opciones sobre los medios de subsistencia de las mujeres, lo cual las hace vulnerables a la trata.

¹⁹ ACNUDH, “UN expert: at time of crisis, we must guarantee water and sanitation for all”, 2 de noviembre de 2020.

²⁰ OMS, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y Consejo de Investigaciones Médicas de Sudáfrica, *Global and Regional Estimates of Violence against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence* (Ginebra, OMS, 2013).

²¹ ACNUDH, *Information Series on Sexual and Reproductive Health and Rights: Violence against Women*. Puede consultarse en www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_VAW_WEB.pdf.

54. Sin embargo, hay grupos específicos de mujeres afectadas por distintas formas de discriminación, como las mujeres con discapacidad, las mujeres migrantes y las mujeres lesbianas, bisexuales y transgénero, que son particularmente vulnerables a la violencia. Por ejemplo, las mujeres lesbianas se enfrentan a violencia a causa de su orientación sexual o identidad de género. Tanto el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer como la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer han expresado preocupación por los casos de violación de mujeres lesbianas con la intención de “curarlas” de su orientación sexual²².

55. La Relatora Especial afirma que la expresión “violación correctiva” es errónea y que “violación homófoba” designa mejor la violencia que sufren las personas, y particularmente las mujeres lesbianas, a causa de su orientación sexual. Rechaza la idea de que haya algo fundamentalmente equivocado y que por tanto necesite corregirse. Es importante reconocer también la violencia basada en la sexualidad para asegurar que el derecho a la protección de la salud no se centra exclusivamente en el género de una persona. Otro motivo de preocupación es el referente a las mujeres y niñas con discapacidad, que son especialmente vulnerables a la esterilización forzada, sobre todo si tienen una discapacidad intelectual²³.

56. Según un informe reciente de la Asociación Internacional de Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans e Intersex, 69 países siguen penalizando las relaciones consentidas entre adultos del mismo sexo²⁴. Teniendo en cuenta las estadísticas que describen la violencia contra las mujeres, que se han señalado anteriormente, la consecuencia de esta penalización de las mujeres lesbianas y transgénero que son víctimas de violaciones homófobas y otras formas de violencia sexual es que cuando son violadas o agredidas se les niega la asistencia médica y jurídica apropiada a causa de los prejuicios que ya existen contra ellas en la ley y en la práctica.

57. Uno de los anteriores titulares del mandato explicó que la legislación que penalizaba las actividades consentidas entre personas del mismo sexo vulneraba la realización del derecho a la salud porque disuadía a las personas que tenían relaciones consentidas con otras personas del mismo sexo de solicitar y obtener acceso a los servicios de salud²⁵. Las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales se ven afectadas de manera desproporcionada por la discriminación interseccional en el contexto de la salud sexual y reproductiva. En los casos en que está disponible, el tratamiento de reafirmación del género suele ser muy costoso, y normalmente no está cubierto por los seguros médicos públicos o privados. Muchas personas de ese grupo, incluso adolescentes, vacilan en ponerse en contacto con profesionales sanitarios por temor a ser juzgados sobre la base de actitudes relacionadas con las normas sociales que estigmatizan su conducta sexual.

58. Por otra parte, no es habitual que el personal sanitario haya recibido capacitación para atender las necesidades de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero, no solo por lo que se refiere a la salud sexual sino también con respecto a su salud general. No es raro que los profesionales de la salud les nieguen tratamiento médico o respondan con hostilidad si son obligados a darlo, con actitudes que van desde la humillación pública, vejaciones verbales y evaluaciones psiquiátricas hasta diversos procedimientos obligatorios como la esterilización forzada, exámenes anales forzosos, permitidos por el Estado y dirigidos a enjuiciar la comisión de presuntos actos homosexuales, y reconocimientos invasivos para constatar la virginidad. En otros casos, son sometidas a terapias hormonales y cirugía reconstructiva urogenital, bajo el pretexto de las llamadas “terapias reparativas o de conversión”. Estos procedimientos rara vez son necesarios desde el punto de vista médico, y pueden causar cicatrices, pérdida de sensibilidad sexual, dolor, incontinencia y depresión

²² Véase, por ejemplo, CEDAW/C/ZAF/CO/4, párr. 39; y A/HRC/32/42/Add.2, párrs. 33 y 34.

²³ A/HRC/20/5, párr. 22.

²⁴ Asociación Internacional de Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans e Intersex, *State-Sponsored Homophobia: Global Legislation Overview Update* (Ginebra, diciembre de 2020); y ACNUDH, *Information Series on Sexual and Reproductive Health and Rights: Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex Persons* (2020).

²⁵ A/HRC/14/20, párr. 18.

crónica. También pueden carecer de rigor científico, ser potencialmente perjudiciales y, en todos los casos, contribuir a agrandar el estigma²⁶.

59. Desde 2011, el Consejo de Derechos Humanos ha aprobado varias resoluciones sobre los derechos humanos, la orientación sexual y la identidad de género. Mientras que las vulneraciones pertinentes relacionadas con la orientación sexual y la identidad de género han sido abordadas por el mandato desde su creación, la primera resolución del Consejo sobre esta cuestión particular, aprobada en 2011, allanó el camino para el primer informe exhaustivo de las Naciones Unidas sobre ella. En el informe se presentaban pruebas de un cuadro de vulneración y discriminación sistemáticas contra personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales, en todas las regiones. En 2016 se creó un mandato para ocuparse específicamente de estas cuestiones.

60. Las defensoras de los derechos humanos también están en el punto de mira del poder de los Estados y son marginadas por sus comunidades, que las consideran amenazas para la cultura y la religión. Por ejemplo, en su 79º período de sesiones, el Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria observó con preocupación la detención arbitraria, el hostigamiento y la tortura, al parecer a manos de miembros de las fuerzas del orden, de una defensora de los derechos humanos ugandesa dedicada a los derechos de la mujer y a los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales, por haber manifestado duras críticas contra el Presidente en las redes sociales²⁷.

61. En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en 1994, los Estados reconocieron la necesidad de eliminar todas las formas de violencia contra la mujer y se comprometieron a adoptar medidas exhaustivas para eliminar todas las formas de explotación, abuso, acoso y violencia contra las mujeres, las adolescentes y las niñas²⁸. Análogamente, en la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing se estableció que los derechos de las mujeres incluían su derecho a la salud sexual, sin coacción, discriminación ni violencia.

62. En 2013, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer celebró su 57º período de sesiones, que se centró en la eliminación y prevención de todas las formas de violencia contra la mujer y la niña. En ese período de sesiones, la Comisión reconoció que la violencia contra las mujeres tenía consecuencias negativas, tanto a corto como a largo plazo, en sus derechos a la salud sexual y reproductiva. La Comisión subrayó que la protección y el ejercicio de los derechos reproductivos eran una condición necesaria para lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y permitirles disfrutar plenamente de sus derechos humanos y libertades fundamentales y prevenir y mitigar la violencia contra las mujeres²⁹.

63. La Relatora Especial coincide con la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y sus consecuencias, en que la prevención de los homicidios relacionados con el género y la investigación y el castigo de la violencia exigen un enfoque holístico en todas las medidas que adopten los Estados, particularmente en el diseño, la aplicación y la evaluación de las leyes y políticas. Dicho enfoque abarca lo siguiente: promover la transformación social, incluida la erradicación de estereotipos nocivos; elaborar sistemas de información y datos de buena calidad sobre los homicidios motivados por el género; asegurar que la policía y los jueces apliquen de manera adecuada las reparaciones civiles y las sanciones penales; y asegurar que se presten de manera adecuada servicios jurídicos, sociales y de atención de la salud a las mujeres víctimas de la violencia³⁰.

64. En su resolución 275, sobre la protección contra la violencia y otras vulneraciones de los derechos humanos de las personas a causa de su orientación sexual o identidad de género reales o atribuidas, la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos instó

²⁶ A/HRC/22/53, párr. 76.

²⁷ Véase A/HRC/WGAD/2017/57.

²⁸ Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Programa de Acción, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 (A/CONF.171/13/Rev.1), párr. 4.9.

²⁹ *Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 2013, Suplemento núm. 7* (E/2013/27), párr. 22.

³⁰ Véase A/HRC/20/16.

enérgicamente a los Estados a poner fin a todos los actos de violencia y abusos, cometidos por el Estado o por agentes no estatales, incluso promulgando y aplicando en la práctica leyes apropiadas que prohibieran y castigaran todas las formas de violencia, incluida la dirigida contra las personas a causa de su orientación sexual o identidad de género reales o atribuidas, asegurando una investigación apropiada y un enjuiciamiento sin demora de los culpables, y estableciendo procedimientos judiciales que respondieran a las necesidades de las víctimas³¹.

C. Derechos a la salud sexual y reproductiva

65. En su observación general núm. 22 (2016) relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aclaró que el derecho a la salud sexual y reproductiva era una parte integrante del derecho a la salud. No obstante, hay un gran número de factores estructurales y sistémicos que impiden que todas las personas gocen plena y libremente de esos derechos. Esas barreras no solo están interrelacionadas sino también muy arraigadas en muchas sociedades a distintos niveles, incluida la atención clínica, a nivel de los sistemas de atención de la salud y en los determinantes sociales de la salud subyacentes. Además, esas barreras son interseccionales y determinan si se producirá o no un efecto negativo o positivo para la salud de una persona.

66. En el marco del derecho a la salud, los Estados tienen la obligación de respetar, cumplir y proteger el derecho a la salud sexual y reproductiva, incluso en relación con la anticoncepción y la planificación de la familia. Las vulneraciones de la obligación de respetar los derechos a la salud sexual y reproductiva incluyen la penalización de las mujeres que han tenido un aborto; la penalización de la actividad sexual consentida entre adultos; la prohibición o la denegación de acceso en la práctica a los servicios y medicamentos de salud sexual y reproductiva, incluso como consecuencia de la discriminación por motivos de raza u origen étnico³²; y la prescripción de intervenciones médicas involuntarias, coercitivas o forzadas, como en el caso de la esterilización forzada de mujeres con discapacidad o de mujeres pertenecientes a grupos minoritarios o indígenas.

67. Prohibir o negar en la práctica el acceso a los anticonceptivos, incluso por falta de autorización del marido de la mujer, su pareja, sus padres o una autoridad sanitaria, o porque una mujer es soltera, constituye también una vulneración de los derechos a la salud sexual y reproductiva. Los Estados están obligados a adoptar medidas para impedir la injerencia de terceros en los derechos de las personas a la salud sexual y reproductiva y a asegurar que el acceso de las mujeres a los anticonceptivos y a la información y los servicios de planificación de la familia no esté limitado por terceros.

68. Los Estados también tienen la obligación de adoptar las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, de promoción y de otro tipo apropiadas para asegurar la plena realización de los derechos a la salud sexual y reproductiva, incluso los relacionados con la anticoncepción, y de asegurar el acceso a la información y a una amplia gama de métodos anticonceptivos, como los preservativos y los anticonceptivos de emergencia, medicamentos para la asistencia en casos de aborto y después del aborto, y medicamentos, incluidos los medicamentos genéricos, para la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y el VIH³³.

69. Esto debería guiar por encima de cualquier otra consideración toda intervención relacionada con el acceso a los derechos a la salud sexual y reproductiva. La dignidad y la autonomía corporal son aspectos centrales, por lo que los Estados deben incorporar una política de adopción de decisiones orientada a los derechos humanos en todas las medidas

³¹ Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, resolución 275 (ACHPR/Res.275(LV)2014).

³² Por ejemplo, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial expresó preocupación por el trato discriminatorio y la violencia verbal y física de que son víctimas las mujeres romaníes en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y por la falta de vías de reparación para las mujeres romaníes que han sido sometidas a esterilización forzada en Eslovaquia (CERD/C/SVK/CO/11-12, párr. 23).

³³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22, párr. 13.

legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales y de otro tipo respecto de los derechos a la salud sexual y reproductiva.

70. La Relatora Especial, consciente de las barreras preexistentes que impiden disfrutar plena y libremente del derecho a la salud, se basará en la labor ya realizada por sus predecesores y seguirá examinando los subtemas siguientes como parte de la realización de los derechos a la salud sexual y reproductiva.

1. Efectos que la penalización y otras restricciones legales siguen teniendo en el aborto, la conducta durante el embarazo, la anticoncepción y la planificación de la familia, y en el suministro de información y educación sexual y reproductiva

71. La Relatora Especial se propone llevar a cabo una evaluación exhaustiva de las restricciones legales y normativas existentes para poner de relieve su carácter discriminatorio y los efectos que tienen en el disfrute del derecho a la salud. La penalización de ciertas conductas es una afrenta al derecho de la persona a la salud, particularmente con respecto a la adopción de decisiones y la integridad corporal. Ello socava la propia dignidad humana y genera además resultados de salud pública que son negativos y afectan de manera desproporcionada a las personas que tienen la posibilidad de quedar embarazadas³⁴.

2. Penalización de la actividad sexual consentida entre adolescentes de edades similares

72. La actividad sexual entre adolescentes está generalizada, si bien las tasas varían considerablemente. No obstante, en muchos países se siguen adoptando criterios punitivos con respecto a la actividad sexual de los adolescentes, que contribuyen a su mayor estigmatización, demonización y discriminación. El desarrollo sexual saludable de los adolescentes requiere tanto una maduración física como una comprensión de las conductas sexuales sanas, además de un sentimiento positivo de bienestar sexual. Los criterios punitivos con respecto a la actividad sexual consentida entre adolescentes de edades similares levantan barreras importantes al acceso de esas personas a la información, los servicios y los productos necesarios para proteger su salud sexual y reproductiva.

73. Como ya destacó el anterior titular del mandato, los adolescentes tienen derecho a contar con instrumentos e información para mantener relaciones sexuales en condiciones de seguridad³⁵. Por consiguiente, los Estados deben adoptar una política amplia de salud sexual y reproductiva que tenga en cuenta los aspectos de género y no sea discriminatoria, dirigida a todos los adolescentes, e integrarla en las estrategias y los programas nacionales. La política debe ser acorde con las normas pertinentes de derechos humanos y reconocer que la desigualdad de acceso para los adolescentes es una forma de discriminación. La Relatora Especial se propone tomar como punto de partida los informes de sus predecesores sobre el derecho a la salud de los adolescentes y sobre la penalización de las conductas entre personas del mismo sexo y de la orientación sexual, el trabajo sexual y la transmisión del VIH, desde el punto de vista de la igualdad sustantiva y la interseccionalidad.

3. Trabajadores sexuales

74. En abril de 2020, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) instó a los países a adoptar de inmediato medidas decisivas, basadas en principios de derechos humanos, particularmente durante la pandemia de COVID-19, para proteger la salud y los derechos de los trabajadores sexuales³⁶. La Relatora Especial hace suyo este llamamiento y está de acuerdo en que crisis sanitarias como la pandemia de COVID-19 ponen de manifiesto las desigualdades existentes que afectan de manera desproporcionada a personas que ya están penalizadas, que se encuentran en situaciones de marginación o vulnerabilidad, o que viven en situaciones de precariedad económica, normalmente fuera de los mecanismos de protección social.

³⁴ Véase A/66/254.

³⁵ A/HRC/32/32, párr. 83.

³⁶ ONUSIDA, "Sex workers must not be left behind in the response to COVID-19", 8 de abril de 2020

75. En un informe sobre la privación de libertad y el derecho a la salud, el anterior titular del mandato hizo referencia a las restricciones de la libertad de movimientos que han surgido en los dos últimos siglos como instrumento de control social, utilizadas a menudo por defecto para promover la “moral”, la seguridad pública y la salud pública. Destacó la existencia de marcos jurídicos y políticas públicas punitivas que daban lugar a la reclusión a causa de conductas, identidades o condiciones que la sociedad calificaba de “inmorales”. Estas incluyen el trabajo sexual, la orientación sexual, la identidad de género, el consumo de drogas, la situación en relación con el VIH, el hecho de no seguir un tratamiento para la tuberculosis y la exposición a enfermedades infecciosas, y los servicios de salud necesarios únicamente para las mujeres, como el aborto. La privación de libertad relacionada con esos tipos de conductas impide la realización del derecho a la salud³⁷.

76. En otro informe anterior correspondiente al mandato se señaló que la penalización del trabajo sexual se justificaba a menudo como medio de proteger la moral y la decencia públicas y que a menudo los trabajadores sexuales eran víctimas de hostigamiento policial en forma de castigo moral³⁸.

77. La Relatora Especial se propone seguir explorando el concepto de moralidad en la medida en que se relaciona con el trabajo sexual. Coincide con la Sexual Rights Initiative y la Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual³⁹ en que la moralidad es un factor decisivo para controlar la sexualidad por considerarla una desviación, y que ello constituye una herencia de la conquista colonial, que se proponía controlar al conjunto de la población. El colonialismo convirtió la moralidad en un producto que poseían las potencias coloniales y que ulteriormente se utilizó para fundamentar el carácter nacional y que se sustenta en normas y valores aplicados a súbditos marginados en relación con la sexualidad y el género. El efecto de la moralidad conservadora se ha debatido en el marco de las relaciones entre personas del mismo sexo, pero no tanto en el marco de la construcción de la sexualidad de las mujeres y sus efectos en las leyes y políticas pertinentes.

D. La innovación y la tecnología digital: derechos a la salud sexual y reproductiva, intervenciones digitales y telesalud

78. El progreso tecnológico en materia de atención de la salud ha demostrado ser un elemento destacado para la prestación de servicios de atención de la salud y ha mejorado nuestra calidad de vida. Las innovaciones y la tecnología digital han mejorado nuestra capacidad de almacenar, impartir y analizar información sobre la salud. También han mejorado las capacidades de los prestadores de servicios de atención de la salud y han mejorado el acceso de los pacientes a dichos servicios, todo lo cual ha tenido un papel destacado, entre otras cosas para hacer frente a la pandemia de COVID-19.

79. Por consiguiente, dado que la innovación y la tecnología digital van a seguir transformando el sistema de atención de la salud más que cualquier otra fuerza, es importante que se dirijan más inversiones a mejorar la innovación y la tecnología digital. El acceso universal a los servicios de atención de la salud no será posible sin políticas que aseguren un acceso asequible a las tecnologías de salud. No obstante, existen preocupaciones legítimas sobre las vulneraciones de los derechos humanos que la tecnología digital puede hacer posibles en el ámbito de la atención de la salud.

80. La Relatora Especial observa las directrices sobre las intervenciones digitales en materia de salud centradas en la juventud, un marco interinstitucional formulado por la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. En dicho marco se ofrecen orientaciones y principios sobre la planificación, el desarrollo y la aplicación eficaces de soluciones digitales para los jóvenes, contando con su participación,

³⁷ A/HRC/38/36, párrs. 8 y 19.

³⁸ A/HRC/14/20, párrs. 4 y 42.

³⁹ Sexual Rights Initiative y Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, presentación de octubre de 2018 al Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra las mujeres y las niñas, párr. 5.

para hacer frente a los numerosos desafíos de salud que se les presentan en su tránsito a la vida adulta. Se parte de la experiencia de muchas organizaciones y personas dedicadas a la cuestión, incluidos los propios jóvenes, sobre la base de los conocimientos e instrumentos existentes.

81. Teniendo esto presente, la Relatora Especial procurará promover las soluciones digitales en el campo de la atención de la salud al mismo tiempo que propugna una vigilancia constante y la rendición de cuentas respecto de los mecanismos que impulsan la tecnología a fin de asegurar un acceso equitativo y no discriminatorio para todos.

82. Entre los factores que requieren atención en la ejecución de un sistema equitativo de salud digital figuran la accesibilidad y la asequibilidad. La brecha digital en gran parte del Sur Global y en otros contextos de países en desarrollo sigue excluyendo a muchas personas de lo que se ha denominado la cuarta revolución industrial. Como se destaca en un informe de la Relatora Especial sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia, las tecnologías digitales emergentes agudizan y amplifican las desigualdades existentes, muchas de las cuales obedecen a motivos de raza, etnia y origen nacional⁴⁰. Esta es una consideración importante a la luz de las pruebas bien fundadas del racismo que está tan profundamente arraigado en el sistema mundial de atención de la salud, de modo que las soluciones digitales para la atención de la salud probablemente adquirirán esos mismos defectos.

83. En el informe mencionado se aportó un ejemplo concreto de esos aspectos. En un estudio sobre los algoritmos utilizados por los servicios de salud se observó que en los Estados Unidos se asignaban sistemáticamente puntuaciones de menor riesgo a los pacientes negros que estaban tan enfermos como los blancos, lo cual reducía la probabilidad de que los pacientes negros fueran derivados hacia programas de actuación para la mejora de su salud⁴¹.

84. La vigilancia digital, el seguimiento y el reconocimiento facial como parte de tecnologías que se están utilizando en las innovaciones en el campo de la salud pueden perpetuar el racismo e integrarlo de este modo en la tecnología aplicada a la salud. Si esas intervenciones no se controlan ni se cuestionan, probablemente darán lugar a sistemas de inteligencia artificial en programas de salud que seguirán siendo racistas. Esos progresos no son neutrales y la discriminación puede producir resultados injustos en el diagnóstico, la investigación, los análisis y los algoritmos.

85. El costo de acceder a la información suele estar fuera del alcance de las personas empobrecidas. Con este fin, la salud digital y la atención autogestionada deben actuar paralelamente con un acceso subvencionado o gratuito a los datos de modo que todas las personas, independientemente de su condición económica, puedan disfrutar del nivel más elevado de salud en todas sus formas, incluidos los aspectos digitales.

86. En el marco de la misión de la Relatora Especial de aplicar la no discriminación, la anticolonialidad y la interseccionalidad en el cumplimiento de su mandato, cabe señalar que las soluciones digitales deben ir más allá de la tecnología y que no son neutrales. Está de acuerdo en que las soluciones digitales y de inteligencia artificial pueden basarse en normas, tener un carácter abierto, comercializado o autoritario, y que pueden basarse en la participación de los ciudadanos, las comunidades y los pacientes, o que pueden centrarse exclusivamente en los profesionales de la salud. Es necesario comprender la forma en que una distribución desigual, una calidad desigual, diferentes niveles de aceptación en culturas diferentes y diferentes modelos de gobernanza afectarán el éxito de la aplicación. A fin de lograr un efecto y de garantizar los derechos, es esencial pensar más allá de la tecnología⁴².

⁴⁰ A/HRC/44/57, párr. 4.

⁴¹ *Ibid.*, párr. 30.

⁴² The Lancet y Financial Times Commission, "Growing up in a digital world", 2019. Puede consultarse en www.governinghealthfutures2030.org/wp-content/uploads/2019/10/Two-page-Commission-brief.pdf.

E. El racismo y el derecho a la salud

87. En 2018, Charles Ngwena escribió lo siguiente:

Es innecesario destacar que la raza determina una presencia existencial y permanente como construcción social que tiene una materialidad real en un sentido político, económico y cultural... La raza sigue siendo un criterio de asociación que las personas reivindican a menudo como parte de su identidad o que les puede ser atribuida por otras personas o por la comunidad política de la que forman parte. La raza tiene consecuencias políticas cuando la estructura política está racializada, explícita o implícitamente, en el sentido de que la diferenciación racial se vincula a esencias jerarquizadas que conllevan significados sociales, políticos y económicos que pueden ser positivos o negativos para el sujeto racializado, en función del lado de la “línea de color” en que está la persona o en que se considera que debe estar⁴³.

88. La misma perspectiva puede ampliarse a la etnicidad para afirmar que esta tiene consecuencias políticas cuando la estructura política está etnicizada, explícita o implícitamente, en formas que conllevan significados sociales, políticos y económicos que pueden ser positivos o negativos para el sujeto etnicizado. Los sistemas de salud no indígenas a menudo no tienen en cuenta el concepto indígena de salud y, en consecuencia, crean barreras para el acceso⁴⁴. Las poblaciones indígenas de todo el mundo experimentan niveles superiores de riesgos para la salud, peores resultados en cuanto al estado de salud y más necesidades no atendidas respecto de la atención de la salud en comparación con sus homólogos no indígenas.

89. Teniendo presentes esos principios, se comprende que los afrodescendientes ocupen en la sociedad una posición que les hace experimentar formas múltiples de opresión sistémica. Esos sistemas, que actúan simultáneamente, afectan de manera desproporcionada a los afrodescendientes, y aumentan, entre otras cosas, su vulnerabilidad a la COVID-19. Esos sistemas se basan en prácticas discriminatorias y distribuyen sistemáticamente los recursos, el poder y las oportunidades atendiendo a criterios raciales, y de este modo impiden que todas las personas, especialmente las afrodescendientes, participen plena y libremente en la sociedad, la gobernanza y la economía. Por lo que respecta al derecho a la salud, el racismo sistémico se manifiesta mediante diferencias de acceso a los servicios de atención de la salud y a los determinantes de la salud subyacentes.

90. El hecho de que el racismo da lugar a niveles superiores de mortalidad y morbilidad está bien documentado⁴⁵. Por consiguiente, para hacer frente de manera global al racismo sistémico integrado en la salud mundial hay que aplicar un enfoque interseccional, ya que la raza interactúa con otros factores sociales, como el género, la orientación sexual, el nivel de educación, la condición económica, la discapacidad u otras condiciones, para determinar el acceso de una persona a los servicios de atención de la salud.

91. La interseccionalidad requiere una comprensión del efecto de la opresión racial y de género y sus manifestaciones. Por ejemplo, con frecuencia las mujeres afrodescendientes tienen dificultades para acceder a métodos anticonceptivos modernos⁴⁶; tienen experiencias negativas en lo relativo a la gestión del dolor; y tienen un acceso insuficiente o inexistente a una atención prenatal y del embarazo adecuada. En comparación con las mujeres blancas, es más frecuente que las mujeres negras mueran a causa de dolencias relacionadas con la maternidad que podrían prevenirse y de complicaciones en el parto, y las muertes neonatales

⁴³ Charles Ngwena, *What is Africanness?: Contesting Nativism in Race, Culture and Sexualities* (Pretoria, Pretoria University Law Press, 2018).

⁴⁴ A/HRC/30/41, párr. 31.

⁴⁵ Véase, por ejemplo, Mohammad S. Razai y otros, “Mitigating ethnic disparities in covid-19 and beyond”, *The BMJ*, vol. 372 (15 de enero de 2021); Sharrelle Barber, “Death by racism”, *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 20, núm. 8 (1 de agosto de 2020); Michelle A. Albert y otros, “Perceptions of race/ethnic discrimination in relation to mortality among Black women: results from the Black women’s health study”, *Archives of Internal Medicine*, vol. 170, núm. 10 (24 de mayo de 2010).

⁴⁶ Jennifer S. Barber y otros, “Contraceptive Desert? Black-White Differences in Characteristics of Nearby Pharmacies”, *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, vol. 6 (20 de febrero de 2019).

también son más frecuentes en el caso de los niños negros⁴⁷. Además, las mujeres negras no tienen acceso a asistencia en casos de violencia doméstica, o si lo tienen es inadecuado, y a unos ingresos suficientes para mantener a sus familias.

92. En la práctica, muchas mujeres y niñas afrodescendientes no tienen una capacidad de elegir suficiente; su derecho a la autonomía y a la integridad corporal y a tomar decisiones acerca de si quieren o no tener hijos o de si el embarazo es soportable y se puede llevar a término dependen de otros factores, como la posibilidad de asegurar el derecho de sus hijos a un nivel de vida apropiado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

93. El racismo y su influencia en la planificación urbana de las poblaciones y ciudades ha dado lugar a que muchos afrodescendientes y sus comunidades habiten zonas con niveles elevados de contaminación atmosférica, de la tierra y de las aguas a causa de las actividades industriales. Una alta ocupación de los espacios genera mala ventilación y niveles superiores de enfermedades crónicas, todo lo cual ha contribuido a aumentar la gravedad de la enfermedad y las tasas de mortalidad en el contexto de la pandemia de COVID-19.

94. Una intersección importante que hay que considerar al examinar las numerosas manifestaciones de racismo y los aspectos de género es la convergencia de la raza y los deportes y sus efectos en la salud física y mental. Históricamente, los atletas y deportistas afrodescendientes se han enfrentado a un cuestionamiento intenso y a veces injusto de sus capacidades, y han sido víctimas de una aplicación mucho más severa de las normas en sus deportes respectivos. Vale la pena señalar este cuadro observable al examinar en qué medida el racismo se infiltra en el deporte y en otras instituciones y afecta las vidas de las personas negras a distintos niveles de la sociedad.

F. Equidad sanitaria

95. Todas las personas tienen una necesidad fundamental de servicios de atención de la salud, y sin embargo persisten las desigualdades en cuanto al nivel de salud y al acceso a los servicios. Debido a factores sociales y económicos más amplios, las personas marginadas a causa de la pobreza, el género, la etnicidad, las normas sociales o la estigmatización y la discriminación experimentan resultados negativos en materia de salud. Las intervenciones médicas no son los principales determinantes de la salud. Los resultados en materia de salud vienen determinados más bien por factores sociales subyacentes, como la nutrición, la vivienda, el medio laboral, la educación, la discriminación, la violencia y la presencia o ausencia de guerra, entre otras cosas.

96. Para alcanzar la equidad sanitaria, es necesario eliminar las barreras estructurales y sistémicas al acceso a los servicios, productos y centros de atención de la salud. Entre esas barreras figuran la pobreza y la discriminación y sus consecuencias, como la indefensión y la falta de acceso a buenos empleos con una remuneración justa, una educación de calidad, la vivienda y un medio seguro.

97. En 2005, la OMS estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud con objeto de abordar los factores sociales que conducen a la mala salud y a las desigualdades en materia de salud. La Comisión presentó su informe final a la OMS en julio de 2008. Sus recomendaciones generales eran mejorar las condiciones de vida, abordar la distribución desigual de poder, dinero y recursos; y determinar la magnitud del problema para evaluar el impacto de las medidas.

98. En un informe sobre el papel fundamental de los factores sociales que son determinantes básicos de la salud en relación con el ejercicio efectivo del derecho a la salud mental, el anterior titular del mandato reiteró que el derecho a la salud no es el derecho a estar sano, sino el derecho tanto a condiciones como a servicios que conduzcan a una vida digna e igualitaria, y a la no discriminación en relación con la salud⁴⁸. A las condiciones

⁴⁷ Brad N. Greenwood y otros, “Physician–patient racial concordance and disparities in birthing mortality for newborns”, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 117, núm. 35 (17 de agosto de 2020).

⁴⁸ A/HRC/41/34, párr. 11.

necesarias para la salud de las personas que se enumeran con mayor frecuencia, como la alimentación, la vivienda, la educación y el trabajo, agregó los elementos psicosociales que promueven el bienestar tanto de las personas como de la sociedad.

99. La calidad de las conexiones entre las personas, las familias y las comunidades en el curso de la vida, entre generaciones, entre los Gobiernos y la población, entre diferentes naciones y entre la humanidad y la naturaleza es decisiva para la salud mental. A su vez, esas relaciones vienen determinadas por las estructuras socioeconómicas, políticas y culturales en los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo, los centros de atención de la salud y la comunidad, y se ven afectadas por problemas como las relaciones abusivas, la violencia y las disparidades sociales, entre otras cosas.

100. La pandemia de COVID-19 ya ha demostrado ser un medio propicio para la desigualdad que amenaza la integridad de los procesos de distribución de las vacunas contra la COVID-19. En este contexto, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha destacado el derecho de todas las personas a gozar de los beneficios del progreso científico. El Comité subraya que las pandemias son un ejemplo crucial de la necesidad de la cooperación científica internacional para hacer frente a las amenazas transnacionales. Los virus y otros patógenos no respetan fronteras. Para combatir eficazmente las pandemias, es necesario que los Estados asuman compromisos más firmes en materia de cooperación internacional, puesto que las soluciones nacionales son insuficientes. Si se desarrolla una pandemia, compartir los mejores conocimientos científicos y sus aplicaciones, especialmente en el campo de la medicina, se convierte en un factor crucial para mitigar los efectos de la enfermedad y acelerar el descubrimiento de tratamientos y vacunas eficaces⁴⁹.

101. Lamentablemente, parece que algunos Gobiernos han obtenido vacunas únicamente para sus ciudadanos⁵⁰. Las políticas sanitarias y los procedimientos de adquisición que tienen un carácter aislacionista son incompatibles con las normas internacionales de derechos humanos. Se ha expresado preocupación por el hecho de que países con más recursos financieros hayan llegado a acuerdos para tener un acceso preferente a las vacunas contra la COVID-19, lo cual amenaza con dejar atrás a otros países. La OMS y otros han advertido de los peligros del nacionalismo en el suministro y en la vacunación. En una declaración formulada en la reunión del Consejo de los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio de la Organización Mundial del Comercio celebrada en julio de 2020, Sudáfrica señaló que los líderes mundiales del norte y del sur se habían referido a las vacunas como un bien público mundial que debía estar disponible para todo el mundo de manera justa y equitativa, sin dejar atrás a nadie, y que ese era el momento de hacer realidad ese principio⁵¹.

102. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha reiterado⁵² el derecho de toda persona a tener acceso a una vacuna segura y eficaz contra la COVID-19 basado en las mejores aplicaciones disponibles del progreso científico. Por consiguiente, tal como también reiteró el Comité, los Estados tienen la obligación de adoptar todas las medidas necesarias, hasta el máximo de los recursos disponibles, para garantizar el acceso de todas las personas, sin discriminación y con la máxima rapidez posible, a esas vacunas. Los Estados tienen además la obligación de evitar una discriminación injustificada y las desigualdades en dicho acceso y de garantizar igualmente el acceso universal y equitativo al tratamiento contra la COVID-19.

103. Esto es particularmente pertinente para las personas en situación vulnerable que a menudo están desatendidas por lo que respecta a la atención de la salud, como las personas que viven en la pobreza, las mujeres, los pueblos indígenas, las personas con discapacidad, las personas de edad, las minorías, los desplazados internos, las personas que viven en medios superpoblados y en instituciones residenciales, las personas privadas de libertad, las personas

⁴⁹ E/C.12/2020/1, párr. 23. Véase también E/C.12/2020/2.

⁵⁰ ACNUDH, "Statement by UN Human Rights Experts Universal access to vaccines is essential for prevention and containment of COVID-19 around the world", 9 de noviembre de 2020.

⁵¹ Declaración de Sudáfrica en la reunión del Consejo de los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio de la Organización Mundial del Comercio celebrada el 30 de julio de 2020. Puede consultarse en www.keionline.org/33593.

⁵² E/C.12/2020/2.

sin hogar, los migrantes y refugiados, las personas que consumen drogas y las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero y con diversidad de género.

104. Los beneficios de la industria y de las empresas privadas no pueden tener prioridad sobre los derechos a la vida y la salud de miles de millones de personas, en particular con consecuencias de tanta trascendencia. El Comité también ha destacado que, mientras que las empresas privadas reciben una remuneración razonable por sus inversiones y su investigación sobre las vacunas, también deben abstenerse de invocar derechos de propiedad intelectual de manera incompatible con el derecho de toda persona a acceder a una vacuna segura y eficaz para la COVID-19⁵³. A este respecto, en los programas de distribución de las vacunas es necesario asegurar que nadie quede atrás, en beneficio del conjunto de la humanidad.

G. Enfermedades no transmisibles: cáncer del sistema reproductor

105. La OMS se ha propuesto eliminar el cáncer cervicouterino para 2050 en un esfuerzo por evitar la muerte de millones de mujeres y niñas. La estrategia, que hicieron suya los Estados miembros de la OMS en la Asamblea Mundial de la Salud de 2020, incluye vacunar al 90 % de las niñas antes de cumplir los 15 años; hacer pruebas de detección al 70 % de las mujeres antes de cumplir los 35 años y de nuevo antes de cumplir los 45; y dar tratamiento al 90 % de las mujeres a las que se ha detectado una enfermedad cervical. Las cifras correspondientes a 2018 indican que 570.000 mujeres recibieron un diagnóstico de cáncer cervicouterino, y que 311.000 fallecieron. Si no se pone coto a esta situación, se prevé que para 2030 se llegará a los 700.000 casos anuales, con 400.000 muertes asociadas⁵⁴.

106. La actual disponibilidad de vacunas para el virus del papiloma humano, que es la causa del cáncer cervicouterino, beneficia a los países más ricos y, al igual que con la COVID-19, los Estados deben dar muestras de solidaridad para lograr que todas las personas tengan un acceso equitativo a vacunas asequibles y a la tecnología de inteligencia artificial necesaria para la detección del cáncer cervicouterino.

107. Con arreglo a la orientación seguida por la Relatora Especial para asegurar la aplicación efectiva del derecho al más alto nivel de salud para todos, se destacarán los principios de la no discriminación, el antirracismo y la interseccionalidad como forma de guiar el compromiso de los Estados con la solidaridad a la hora de suministrar las vacunas y la tecnología de detección necesarias para poner fin al cáncer cervicouterino.

108. Como parte de sus prioridades, la Relatora Especial está considerando la posibilidad de analizar los progresos y los desafíos en relación con la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en el último decenio. También está considerando un análisis de la función de los determinantes de la salud —como el cambio climático y el medio ambiente, el agua y saneamiento, la educación y la igualdad de género— y la función de las alianzas, la jerarquía y las Naciones Unidas en este proceso.

109. Por último, la Relatora Especial está considerando un examen de la función desempeñada por la privatización de los servicios de atención de la salud, incluidas las alianzas público-privadas, la asistencia financiera y la filantropía, para alcanzar una cobertura universal de los servicios de salud.

V. Conclusiones

110. **Si bien los progresos en las tecnologías de atención de la salud han contribuido a mejores resultados en materia de salud en los últimos decenios, las desigualdades integradas en los sistemas públicos de salud han creado un acceso incompleto e insuficiente a los beneficios de los citados progresos. Se ha dejado atrás a un número excesivo de personas, que siguen relegadas, debido a la renuencia de las sociedades a identificar y designar los sistemas opresivos de organización social.**

⁵³ E/C.12/2021/1.

⁵⁴ OMS, *Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Problem* (Ginebra, 2020).

111. Partiendo de las contribuciones pioneras del anterior titular del mandato —que ampliaron la comprensión de la autonomía y de los derechos humanos en el contexto de los adolescentes, entre otras cosas— puede afirmarse que la influencia del mandato en las políticas centradas en los derechos humanos ha quedado bien establecida. La Relatora Especial confía en seguir ampliando esta influencia para hacer efectivo el derecho a la salud aportando criterios sobre la forma de seguir contribuyendo a la plena efectividad del derecho a la salud utilizando todas las oportunidades disponibles para afrontar los desafíos que se plantean en la actualidad.

112. En el empeño por hacer efectivo el derecho a la salud para todos, los enfoques que tengan en cuenta la pluralidad de las experiencias humanas deben seguir siendo una prioridad de los Estados en su labor dedicada a respetar, hacer realidad y proteger el derecho a la salud para todos.

113. La igualdad debe entenderse en el contexto de las injusticias históricas que la hacen necesaria. Por consiguiente, las soluciones orientadas al logro de la igualdad no pueden pasar por alto la posición que ocupan en la matriz social de poder las personas a las que se quiere prestar servicio.
