



Asamblea General

Distr. general
22 de julio de 2022
Español
Original: inglés

Septuagésimo séptimo período de sesiones

Tema 69 b) del programa provisional*

**Promoción y protección de los derechos humanos:
cuestiones de derechos humanos, incluidos otros
medios de mejorar el goce efectivo de los derechos
humanos y las libertades fundamentales**

El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de transmitir a la Asamblea General el informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, presentado de conformidad con las resoluciones del Consejo de Derechos Humanos 6/29 y [42/16](#).

* [A/77/150](#).



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

El racismo y el derecho a la salud

Resumen

En su segundo informe a la Asamblea General, la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, se centra en el impacto del racismo en la dignidad humana, la vida, la no discriminación, la igualdad, el derecho a controlar la propia salud y el cuerpo, y el derecho a un sistema de protección de la salud. Analiza el impacto del racismo y la discriminación, en particular en las personas negras, afrodescendientes, migrantes, pueblos indígenas y minorías, y la intersección de factores en juego, como la pobreza y la discriminación basada en la edad, el sexo, la identidad de género, la expresión, la orientación sexual, la discapacidad, la situación migratoria, el estado de salud y la localización en comunidades rurales o urbanas.

Utilizando los marcos de interseccionalidad y contra la colonialidad y el racismo, la Relatora Especial examina el impacto global que tiene en la salud de las personas racializadas el legado vivo de las formas pasadas y actuales de racismo, apartheid, esclavitud, colonialidad y estructuras opresivas. Además, aclara el marco jurídico que se aplica a los distintos grupos de población afectados por el racismo y llama la atención sobre las medidas específicas que se recomiendan a los Estados. También identifica buenas prácticas que afirman el derecho a un sistema de protección de la salud en el que las personas tengan las mismas oportunidades de disfrutar del más alto nivel posible de salud y proporciona ejemplos de reparaciones por discriminación racial relacionadas con violaciones y abusos del derecho a la salud.

Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción.....	4
II. Racismo e igualdad sustantiva.....	5
III. Metodología.....	5
IV. Marco jurídico.....	6
V. Manifestaciones continuas de racismo y formas conexas de discriminación en los determinantes subyacentes de la salud.....	9
VI. Historia de la medicina y vínculos con el racismo.....	16
VII. Impacto del colonialismo en la disponibilidad de los sistemas de conocimiento, medicina y prácticas de salud indígenas y tradicionales.....	18
VIII. Financiación sanitaria y ayuda mundial.....	19
IX. Buenas prácticas en las intervenciones de salud pública.....	20
X. Ejemplos de reparaciones por discriminación racial relacionadas con violaciones y abusos del derecho a la salud.....	23
XI. Conclusiones y recomendaciones.....	24

I. Introducción

1. La Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental coincide con la Alta Comisionada para los Derechos Humanos en que la discriminación racial sistémica va más allá de cualquier expresión de odio individual¹. Reconoce que es el resultado de un sesgo en múltiples sistemas e instituciones de política pública y que también se cristaliza en las leyes. Tanto por separado como en conjunto, estos factores perpetúan y refuerzan las barreras a la igualdad.

2. El presente informe se centra en las repercusiones del racismo en la dignidad humana, la vida, la no discriminación, la igualdad, el derecho a controlar la propia salud y el cuerpo, incluidos el derecho a no ser sometido a tratamientos y experimentos médicos no consentidos y el derecho a un sistema de protección de la salud². Sobre la base de los marcos contra la colonialidad y el racismo, el informe expone el impacto global que tiene en la salud de las personas racializadas el legado vivo de las formas pasadas y actuales de racismo, apartheid, esclavitud, colonialidad y estructuras opresivas, como la arquitectura económica mundial, los mecanismos de financiación y los sistemas nacionales de salud³.

3. La Relatora Especial subraya el hecho de que el racismo es un determinante social clave de la salud y un motor de las desigualdades sanitarias. Partiendo de una perspectiva histórica, considera el impacto de las formas pasadas y contemporáneas de racismo en el derecho a la salud y en la capacidad de las personas y las comunidades para hacer realidad sus derechos a los determinantes subyacentes de la salud, como el acceso a la atención, los servicios y los bienes sanitarios, incluso con respecto a la salud sexual y reproductiva. También presenta información sobre el impacto del racismo y la discriminación, en particular en las personas negras, afrodescendientes, migrantes, pueblos indígenas y minorías, y la intersección de factores en juego, como la pobreza y la discriminación basada en la edad, el sexo, la identidad de género, la expresión, la orientación sexual, la discapacidad, la situación migratoria, el estado de salud (por ejemplo, el VIH/sida) y la localización en comunidades rurales o urbanas.

4. La Relatora Especial identifica buenas prácticas para ratificar el derecho a un sistema de protección de la salud, incluida la atención sanitaria y los determinantes sociales subyacentes de la salud, por el que las personas deben tener las mismas oportunidades de disfrutar del más alto nivel posible de salud. También ofrece ejemplos de cómo acabar con el racismo y la discriminación por motivos de raza, color, ascendencia, origen nacional o étnico en el acceso a los determinantes subyacentes de la salud, las protecciones sociales y los centros de atención los bienes y los servicios sanitarios.

¹ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), “Un informe fundamental de las Naciones Unidas ofrece un programa para eliminar el racismo sistémico”, 29 de junio de 2021.

² ACNUDH, “Acerca del derecho a la salud y los derechos humanos”. Véase también [A/HRC/35/21](#), párr. 31; [A/HRC/35/21](#); y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 8.

³ Zaneta M. Thayer y Christopher W. Kuzawa, “Biological memories of past environments: epigenetic pathways to health disparities”, *Epigenetics*, vol. 6, núm. 7 (julio de 2011).

II. Racismo e igualdad sustantiva

5. La principal propuesta de la Relatora Especial es hacer operativo el derecho a la salud en un intento de fomentar la igualdad sustantiva, en consonancia con la agenda de paz, seguridad, desarrollo y derechos humanos de las Naciones Unidas.

6. En el informe, afirma que la interseccionalidad es el puente hacia la igualdad sustantiva y debe ocupar un lugar central al hacer operativo el derecho a la salud. Esto requiere un compromiso inequívoco con la realización de los principios universales de derechos humanos consagrados en las normas internacionales más importantes de derechos humanos (véase la secc. IV).

7. Las consecuencias para la salud del racismo y la discriminación pueden ser persistentes y transmitirse de una generación a otra a través de la “memoria biológica” del cuerpo de las experiencias perjudiciales⁴. Arraigado en el colonialismo, la esclavitud y otros desequilibrios históricos de poder, el racismo sigue manifestándose en resultados sanitarios deficientes y evitables en todo el mundo, como las flagrantes disparidades en la morbilidad y mortalidad maternas y los mayores niveles de riesgo de enfermedades transmisibles y no transmisibles. La discriminación racial también está institucionalizada en determinantes subyacentes de la salud como la educación, el empleo y la vivienda. Además de estar vinculado a la pobreza, el racismo está presente en múltiples localidades y conduce a índices excesivamente altos de brutalidad policial, escaso acceso a la justicia y a los recursos, encarcelamiento masivo, exposición a contaminantes ambientales tóxicos y falta de acceso a la vivienda, la educación, el empleo, la atención sanitaria y la alimentación sana⁵.

8. Los datos disponibles corroboran los resultados adversos para la salud. Está ampliamente documentado que el racismo provoca un aumento de las tasas de mortalidad y morbilidad⁶. Sin embargo, hay otros resultados sanitarios afectados por el racismo que son difíciles de medir debido a las preocupantes y generalizadas lagunas existentes en la recopilación de datos⁷. La imagen completa del impacto del racismo en el derecho a la salud no puede discernirse sin desagregar los datos sanitarios por raza, etnia, género, edad, orientación sexual, identidad de género, discapacidad y localización rural o urbana, entre otros factores⁸.

III. Metodología

9. El presente informe se basa en el análisis de las leyes y normas internacionales de derechos humanos existentes, así como en la información recibida sobre el racismo y el derecho a la salud de diferentes partes interesadas y en la bibliografía pertinente.

⁴ Ayesha Khan, “Racism, not race, is a risk factor for infectious diseases”, *Infectious Diseases Society of America*, 3 de agosto de 2020.

⁵ Mohammad S. Razai y otros, “Mitigating ethnic disparities in COVID-19 and beyond”, *BMJ*, vol. 372 (15 de enero de 2021); Sharrelle Barber, “Death by racism”, *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 20, núm. 8 (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).

⁶ Organización Panamericana de la Salud, “Por qué es importante la desagregación de datos durante una pandemia”, 13 de abril de 2020; ACNUDH, “International human rights standards and recommendations relevant to the disaggregation of Sustainable Development Goal indicators”, documento de trabajo (9 de abril de 2018).

⁷ Rhonda Vonshay Sharpe, “Disaggregating data by race allows for more accurate research”, *Nature Human Behaviour*, vol. 3, núm. 12 (2019).

⁸ Para conocer las comunicaciones recibidas, véase XXX.

10. Desde el comienzo de su mandato, el 1 de agosto de 2020, la Relatora Especial ha iniciado o suscrito al menos 3 comunicados de prensa o declaraciones en los medios de comunicación en relación directa con el racismo.

11. Para la preparación de este informe, la titular del mandato hizo una convocatoria de comunicaciones, invitando a las partes interesadas a compartir sus experiencias y políticas. La Relatora Especial agradece todas las contribuciones al informe⁹.

IV. Marco jurídico

12. El racismo puede tener un grave impacto en el ejercicio del derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva. El racismo también puede dar lugar a violaciones de otros derechos humanos, como los derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y medioambientales y, en los peores casos, puede causar la muerte de personas pertenecientes a grupos de población marginados.

13. Los principales instrumentos internacionales de derechos humanos (la Declaración Universal de Derechos Humanos, 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, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de Sus Familiares y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad) sostienen que la raza no es una razón para discriminar.

14. La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial incluye ejemplos concretos de “discriminación racial” y una aclaración de que por esta debe entenderse “toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basadas en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública¹⁰. El artículo 5, párrafo e) iv), de la Convención se refiere a la necesidad de prohibir y eliminar la discriminación racial para garantizar el derecho a la salud pública y a la asistencia médica. El Comité hace especial hincapié en determinados grupos de población que sufren racismo o discriminación racial, como los romaníes¹¹, los afrodescendientes¹², los pueblos indígenas¹³, los migrantes, los

⁹ Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, recomendación general núm. 29 (2002).

¹⁰ Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, art. 1 párr. 1.

¹¹ Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, recomendación general núm. 34 (2011).

¹² Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, recomendación general núm. 24 (1999), párrs. 1 a 3.

¹³ *Ibid.*

refugiados y los solicitantes de asilo¹⁴ y las minorías étnicas¹⁵, así como los miembros de comunidades basadas en formas de estratificación social, como las castas y sistemas análogos de estatus hereditario¹⁶ y formula recomendaciones al respecto, incluso en relación con el derecho a la salud.

15. Además de pertenecer a las categorías mencionadas, el sexo y el género también son concurrentes con otros factores de discriminación. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer pone de relieve que “la discriminación contra la mujer por motivos de sexo o género a menudo está unida de manera indivisible a otros factores que afectan a la mujer, como la raza, el origen étnico, la religión o las creencias, la salud, la edad, la clase, la casta, la condición de lesbiana, bisexual o transgénero y otras condiciones” y que “las peticiones de asilo relacionadas con el género pueden ser concurrentes con las que se realizan con motivo de otros tipos prohibidos de discriminación, como la edad, la raza, el origen étnico o la nacionalidad, la religión, la salud, la clase, la casta, la condición de lesbiana, bisexual o transgénero y otras condiciones”¹⁷.

16. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer pide a los Gobiernos que presten especial atención a las mujeres pertenecientes a grupos vulnerables y desfavorecidos, como las mujeres migrantes, refugiadas e indígenas y las mujeres con discapacidades físicas o mentales¹⁸. El Comité recomienda a los Estados que adopten medidas en sus territorios para eliminar la pobreza entre las comunidades de afrodescendientes y eliminar los obstáculos para salir de la pobreza, en particular en materia de vivienda, salud, educación y empleo¹⁹. El Comité también expresó su preocupación por las consecuencias que podían derivarse de la crisis financiera y económica mundial para la situación de las personas pertenecientes a los grupos más vulnerables, especialmente grupos raciales y étnicos, que se traducirían en un agravamiento de la discriminación que pudieran sufrir²⁰. En agosto de 2020, también hizo hincapié en que la pandemia estaba teniendo importantes repercusiones negativas en el derecho a la no discriminación y a la igualdad²¹.

17. Con respecto al derecho a la salud²², el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha indicado que este derecho está estrechamente relacionado con la realización de otros derechos humanos y depende de ellos, incluidos los

¹⁴ En cuanto a los no ciudadanos, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial aclaró que los Estados tenían la obligación de informar también sobre los “extranjeros”. Véanse las recomendaciones generales núm. 11 (1993) y núm. 30 (2004) del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial y el artículo 1.2 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial. Véase también: [CERD/C/CHL/CO/22-23](#), párr. 32; [CERD/C/USA/CO/7-9](#), párr. 15; [CERD/C/CZE/CO/12-13](#); párr. 23; y [CERD/C/CZE/CO/12-13](#), párr. 24.

¹⁵ Véase [CERD/C/ISR/CO/17-19](#), párrs. 32 y 38; y [CERD/C/CHN/CO/14-17](#), párrs. 28 y 29.

¹⁶ Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, recomendación general núm. 27 (2000). Véase también: [CERD/C/HUN/CO/18-25](#), párr. 20; [CERD/C/CZE/CO/12-13](#), párr. 15 (c); [CERD/C/LTU/CO/9-10](#), párr. 18; y [CERD/C/HUN/CO/18-25](#), párr. 20.

¹⁷ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 32 (2014).

¹⁸ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 24 (1999), párr. 6.

¹⁹ Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, recomendación general núm. 34 (2016).

²⁰ Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, recomendación general núm. 33 (2009).

²¹ Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, “Declaración sobre la pandemia de COVID-19 y sus consecuencias en el marco de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial” (2020).

²² Véase el artículo 12, vinculado al artículo 2.2, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre la no discriminación e igualdad de trato.

derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la dignidad humana, la vida, la no discriminación y la igualdad²³. El Comité ha aclarado que toda persona cuyo derecho a la salud haya sido violado debe tener acceso a recursos judiciales y de otro tipo apropiados, y tiene derecho a una reparación adecuada, incluyendo “restitución, indemnización, satisfacción o garantías de que no se repetirán los hechos”²⁴.

18. La Declaración y el Programa de Acción de Durban incluyen medidas específicas para luchar contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia y peticiones a los Estados para que garanticen el derecho a la salud y a la asistencia sanitaria a los afrodescendientes, las mujeres y niñas indígenas, los migrantes, las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas, los extranjeros y los trabajadores migrantes²⁵. También contienen orientaciones para los Estados sobre el tipo de datos que deben recopilar, que deben estar desagregados y tener en cuenta indicadores económicos y sociales, como la salud y el estado de salud, la mortalidad infantil y materna, la esperanza de vida y la atención a la salud mental y física, “a fin de elaborar políticas de desarrollo social y económico con miras a reducir las disparidades existentes en las condiciones sociales y económicas”²⁶. En el Programa de Acción se insta a los Estados a establecer programas nacionales para eliminar las disparidades y para promover el acceso de las víctimas o posibles víctimas de la discriminación racial a los servicios sociales básicos, incluida la atención sanitaria básica²⁷.

19. En lo que respecta al derecho a la salud de forma más específica, se insta a los Estados a mejorar las medidas encaminadas a satisfacer el derecho de cada persona a disfrutar el máximo nivel alcanzable de salud física y mental, con miras a eliminar las diferencias en el estado de salud que puedan ser resultado del racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia.²⁸

20. En el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 se especifica que la buena salud y el bienestar son esenciales para el desarrollo sostenible. La Relatora Especial destaca en particular la meta 3.C, sobre la necesidad de aumentar la financiación de la salud en los países en desarrollo, y la meta 3.D, sobre el refuerzo de la capacidad de todos los países en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial. Ambas metas son esenciales. También recuerda el informe del Secretario General titulado “Nuestra Agenda Común” (A/75/982) y las “propuestas clave para cumplir los 12 compromisos”, incluido el compromiso de no dejar a nadie atrás, que se refiere a la propuesta de una nueva era de la protección social universal, incluida la atención sanitaria; el compromiso de proteger nuestro planeta, vinculado con el derecho a un medio ambiente sano; y el compromiso de estar preparados, vinculado con la salud pública mundial.

21. La Relatora Especial está de acuerdo en que los Estados deben erradicar el hambre y la pobreza; garantizar la seguridad alimentaria y nutricional y el acceso a medicamentos asequibles, seguros, eficaces y de calidad, así como al agua potable, el saneamiento, el empleo, el trabajo decente y la protección social; y proteger el medio ambiente y lograr un crecimiento económico equitativo mediante una acción

²³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000). párr. 3.

²⁴ *Ibid.*, párr. 59.

²⁵ Declaración y Programa de Acción de Durban, párrs. 5, 18, 29, 30 (g), 49 y 81.

²⁶ *Ibid.*, párr. 92 c).

²⁷ *Ibid.*, párrs. 100 a 101.

²⁸ *Ibid.*, párr. 109. Véanse también párrs. 110 y 111.

decidida sobre los determinantes sociales de la salud en todos los sectores y a todos los niveles²⁹.

V. Manifestaciones continuas de racismo y formas conexas de discriminación en los determinantes subyacentes de la salud

22. En el contexto de la atención sanitaria³⁰ se ha aplicado cada vez más el concepto de injusticia epistémica, o injusticia relacionada con el conocimiento³¹, en virtud de la cual los conocimientos o la experiencia de alguien no se toman en serio o no se consideran creíbles sobre la base de un análisis del poder y los estereotipos asociados. Se distinguen dos tipos de injusticia epistémica: la injusticia testimonial, en la que el dolor, la experiencia o el trauma de alguien es desestimado por personas en posición de poder³², y la injusticia hermenéutica, en la que la denominación y la articulación del sufrimiento se ven impedidas por una brecha en el conocimiento y las ideas (dominantes), derivada de los estereotipos y la desestimación de la autoridad de las experiencias de los grupos marginados³³. Estas injusticias “pueden ser sistemáticas, especialmente si, como en el caso del racismo y el sexismo, los estereotipos y prejuicios están profundamente arraigados en el mundo social”³⁴.

23. La Relatora Especial ha revisado la documentación existente sobre las barreras a las que se enfrentan los pueblos indígenas para el disfrute del derecho a la salud. Se puede confirmar que el idioma es un componente importante de la discriminación en varios países, como la Argentina (A/HRC/21/47/Add.2, párr. 110), Australia (A/HRC/36/46/Add.2, párr. 56), el Congo (A/HRC/18/35/Add.5, párr. 23), Namibia (A/HRC/24/41/Add.1, párr. 95), Panamá (A/HRC/27/52/Add.1, párrs. 74 y 75) y Sri Lanka (A/HRC/34/53/Add.3, párr. 59). Las investigaciones en curso también han demostrado que una adaptación cultural inadecuada en la prestación de servicios de salud puede crear una barrera para el disfrute del derecho a la salud de los pueblos indígenas en varios países, como Botswana (A/HRC/15/37/Add.2, párr. 81), Chile (E/CN.4/2004/80/Add.3, párr. 78), Colombia (E/CN.4/2005/88/Add.2, párr. 110), el Congo (A/HRC/18/35/Add.5, párr. 74), el Ecuador (A/HRC/42/37/Add.1, párr. 103) y Honduras (A/HRC/33/42/Add.2, párr. 102). Además, la información relativa a los derechos sexuales y reproductivos de los pueblos indígenas no suele estar disponible en formatos accesibles ni en lenguas indígenas³⁵. Esta barrera lingüística agrava la injusticia testimonial y hermenéutica. La Relatora Especial lamenta que haya habido un número limitado de presentaciones que investiguen la situación en los países europeos.

²⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS), 65ª Asamblea Mundial de la Salud, Resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

³⁰ Eleanor Alexandra Byrne, “Striking the balance with epistemic injustice in healthcare: the case of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis”, *Medicine, Health Care and Philosophy*, vol. 23, n° 3 (2020), págs. 371 a 379.

³¹ Miranda Fricker, *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing* (Oxford, Oxford University Press, 2011)

³² Rupa Marya y Raj Patel, *Inflamed: Deep Medicine and the Anatomy of Injustice* (Nueva York, Farrar, Straus and Giroux, 2021), pág. 193.

³³ *Ibid.*, págs. 193 y 194.

³⁴ Ian James Kidd y Havi Carel, “Epistemic injustice and illness”, *Journal of Applied Philosophy*, vol. 34, núm. 2 (febrero de 2017), pág. 177.

³⁵ OMS y otros, *Eliminating Forced, Coercive and Otherwise Involuntary Sterilization: an Interagency Statement* (Ginebra, 2014).

Educación

24. Las disparidades en la pobreza también están vinculadas al racismo estructural que impera en los sistemas educativos³⁶, y los adultos de nivel educativo más bajo tienen peores resultados en materia de salud y esperanza de vida que los más educados³⁷. Es crucial reconocer el vínculo entre una educación significativa, los comportamientos de búsqueda de la salud y, en última instancia, los resultados. Los miembros de minorías raciales y étnicas también son más propensos a denunciar que son víctimas de acoso por parte de sus semejantes, lo que tiene un enorme impacto en su salud física y mental³⁸.

25. El creciente reconocimiento del profundo impacto de las opresiones sistémicas en la salud mental es importante y los datos disponibles parecen ser solamente la punta del iceberg. Como declaró una organización de la sociedad civil durante el 44º período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos, “para estar bien, también necesitamos ser libres y vivir en un mundo justo. No hay salud mental en un mundo violento”³⁹.

Segregación

26. La segregación residencial es un poderoso factor de predicción de la salud y el bienestar, ya que los residentes de las comunidades en las que los servicios de salud pública no son accesibles se enfrentan a mayores tasas de nacimientos prematuros, cáncer, tuberculosis y depresión⁴⁰. En su comunicación, Suiza reconoce, por ejemplo, que nunca se han recogido datos sobre raza y etnia en las estadísticas públicas y que, por tanto, no ha sido posible determinar qué grupos étnicos o racializados han estado más sometidos a la exclusión y a las diferencias en el acceso a la atención sanitaria debido al racismo⁴¹.

27. En comparación con los barrios predominantemente blancos, las comunidades compuestas en su mayoría por afrodescendientes están más expuestas a las toxinas ambientales, a los contaminantes atmosféricos y a los carcinógenos, lo que contribuye a aumentar las tasas de enfermedades pulmonares y a reducir el peso al nacer. Estas comunidades soportan también una carga desproporcionada de los crecientes riesgos de inestabilidad de la vivienda como consecuencia de crisis climáticas como las inundaciones, los incendios forestales y el calor extremo ([A/64/255](#)).

Migración

28. Además de las diversas vías de racismo estructural descritas anteriormente, la propia migración puede considerarse un factor determinante de la salud que se ve afectado por formas de racismo que pueden estar arraigadas en las leyes, políticas, instituciones y prácticas de inmigración de los países, que suelen

³⁶ Cecilia Barbiero y Martha K. Ferde, “Un futuro con el que todos podamos vivir: cómo la educación puede abordar y erradicar el racismo”, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 29 de junio de 2020.

³⁷ Viju Ragupathi y Wullianallur Ragupathi, “The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995-2015”, *Archives of Public Health*, núm. 20 (6 de abril de 2020).

³⁸ Chardée A. Galán y otros, “Exploration of experiences and perpetration of identity-based bullying among adolescents by race/ethnicity and other marginalized identities”, *Jama Network Open*, vol. 4, núm. 7 (23 de julio de 2021).

³⁹ Véase www.sexualrightsinitiative.org/resources/hrc-44-statement-interactive-dialogue-special-rapporteur-right-health.

⁴⁰ Michael R. Kramer y Carol R. Hogue, “Is segregation bad for your health?”, *Epidemiologic Reviews*, vol. 31 (23 de mayo de 2009), págs. 178 a 194.

⁴¹ Comunicación de Suiza.

someter a los migrantes a condiciones peligrosas u obstaculizar su acceso a servicios y recursos sanitarios.

29. En 2021, la Relatora Especial sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia presentó un informe en el que ponía de manifiesto cómo se estaban utilizando las tecnologías digitales para promover el trato xenófobo y racialmente discriminatorio y la exclusión de las personas migrantes, refugiadas y apátridas ([A/HRC/48/76](#)). La Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental también coincidió con el Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos, quien sostiene que “en el sector de la inteligencia artificial hay una crisis de diversidad en cuanto al género y la raza” y que quienes diseñan los sistemas de inteligencia artificial en general, así como los que se centran en el estado del bienestar, son “predominantemente hombres blancos, con recursos y procedentes del Norte Global” ([A/74/493](#)).

30. La Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental está de acuerdo con este análisis y recuerda que la condición de migrante o refugiado suele ser un obstáculo para el acceso a la atención sanitaria, sobre todo para los migrantes en tránsito o indocumentados, que no tienen acceso a la atención sanitaria y a la atención sanitaria preventiva o solamente pueden acceder a la atención sanitaria de urgencia. Por lo tanto, la condición de refugiado o de migrante es ineficaz a largo plazo ya que puede suponer un mayor costo para el sistema sanitario que las políticas inclusivas⁴². En Suiza, los datos muestran que las regiones con una mayor tasa de privación socioeconómica o de inmigración tienen una mayor tasa de hospitalizaciones evitables y de rehospitalizaciones evitables⁴³. En Italia, en los asentamientos romaníes, se documentan las barreras persistentes, en particular las administrativas, los temores relacionados con el desconocimiento del sistema sanitario y las barreras lingüísticas e interculturales⁴⁴.

31. La pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha agravado las ya nefastas condiciones de trabajo, de vida y de tránsito, que tienen su origen principalmente en determinantes estructurales, políticos, sociales y económicos. Además, la pandemia ha tenido un efecto negativo en el bienestar físico y emocional de los migrantes⁴⁵.

Derechos de salud sexual y reproductiva

32. Las estadísticas de morbilidad y mortalidad maternas ilustran la interseccionalidad entre la raza y el género, además de revelar las marcadas disparidades según la raza en los resultados en cuanto a los nacimientos⁴⁶. A la Relatora Especial le sigue preocupando que muchas poblaciones vulnerables no estén representadas y, por tanto, que sean invisibles, incluso en los datos globales más completos. Además, incluso en el caso de los países con buenos indicadores de

⁴² Kayvan Bozorgmehr y Oliver Razum, “Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: a quasi-experimental study in Germany, 1994-2013”, *PLOS One*, vol. 10, núm. 7 (22 de julio de 2015).

⁴³ Comunicación de Suiza.

⁴⁴ Comunicación de Italia.

⁴⁵ Miriam Orcutt y otros, “Global call to action for inclusion of migrants and refugees in the COVID-19 response”, *Lancet*, vol. 395, núm. 10235 (23 de abril de 2020); y OMS, “Salud de los refugiados y migrantes”, nota descriptiva, 2022.

⁴⁶ Maria J. Small, Terrence K. Allen y Haywood L. Brown, “Global disparities in maternal morbidity and mortality”, *Seminars in Perinatology*, vol. 41, núm. 5 (agosto de 2017).

progreso general, los datos a nivel nacional suelen ocultar las disparidades extremas que existen entre los grupos de población dentro de estos países⁴⁷.

33. En su informe titulado “Mujeres y niñas afrodescendientes: logros y desafíos en materia de derechos humanos”, la Oficina de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) destacó el impacto negativo de la exclusión de las mujeres afrodescendientes de los servicios de salud sexual y reproductiva de calidad⁴⁸. El informe también indicaba que su exclusión se debía “a una combinación de factores estructuralmente discriminatorios, como la pobreza, la escasa disponibilidad de servicios sanitarios de calidad y la falta de servicios sanitarios culturalmente aceptables, así como la discriminación directa, la estigmatización y el racismo en los centros sanitarios”⁴⁹. Este amplio problema afecta a muchos grupos además de los afrodescendientes, como en la India, donde las mujeres y niñas marginadas suelen carecer de acceso a los servicios de planificación familiar⁵⁰. Las niñas y las mujeres con discapacidad no son conscientes de sus derechos sexuales y reproductivos, corren un mayor riesgo de esterilización involuntaria y en algunos países siguen siendo un objetivo de políticas de control de la población dirigidas a las mujeres indígenas y a los miembros de las minorías étnicas. Esta es una de las razones más claras por las que los principios de los derechos humanos deben impregnar el diseño, la ejecución y la prestación de servicios de los programas y encontrar su expresión en ellos.

34. La coerción en la atención sanitaria es una experiencia común para las personas racializadas⁵¹, incluso en forma de control de la población y otras políticas demográficas coercitivas. En completa violación de las reglas sobre el consentimiento informado y otras normas éticas, a lo largo de la historia de la medicina se ha experimentado violentamente con personas racializadas. Las mujeres embarazadas de las comunidades con menores ingresos que son seropositivas para el VIH y dependen exclusivamente de la asistencia sanitaria de financiación pública han sido un objetivo específico. La cobertura mediática de las esterilizaciones forzadas de mujeres por su condición de seropositivas para el VIH requiere una comprensión matizada de la “intersección de su género, raza y clase que las hace más vulnerables a la esterilización forzada y coaccionada”⁵². En algunos países europeos, las mujeres romaníes han sido esterilizadas a la fuerza y han sido objeto de una combinación de estereotipos racistas, sexistas, clasistas y capacitistas⁵³.

35. La Relatora Especial está de acuerdo en que “debemos reconsiderar el significado de la libertad reproductiva para tener en cuenta su relación con la opresión

⁴⁷ OMS y otros, *Tendencias en la mortalidad materna de 2000 a 2017: cálculos de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas (DPNU)* (Ginebra, OMS, 2019).

⁴⁸ Naciones Unidas y ACNUDH, “Mujeres y niñas afrodescendientes: logros y desafíos en materia de derechos humanos”, 2018.

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ Y.K. Sandhya, *Examining the Family Planning Programme in India: Findings from Civil Society Monitoring Initiatives between 2015-2018* (Sahayog, National Alliance for Maternal Health and Human Rights and Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women, 2018).

⁵¹ Véase Dharmi Kapadia y otros, *Ethnic Inequalities in Health Care: A Rapid Evidence Review* (NHS Race and Health Observatory 2022), pág. 22.

⁵² Ann Strode, Senthemiso Mthembu y Zaynab Essack, “‘She made up a choice for me’: 22 HIV-positive women’s experiences of involuntary sterilization in two South African provinces”, *Reproductive Health Matters*, vol. 20, suplemento núm. 39 (2012), pág. 63.

⁵³ Gwendolyn Albert y Marek Szilvasi, “Intersectional discrimination of Romani women forcibly sterilized in the former Czechoslovakia and Czech Republic”, *Health and Human Rights Journal*, vol. 19, núm. 2 (diciembre de 2017). Véase también [CEDAW/C/36/D/4/2004](#).

racial”⁵⁴. Por ejemplo, en Sudáfrica, el acceso a los servicios sanitarios sigue viéndose afectado por la injusticia espacial, que refleja una combinación de segregación racial, represión colonial y del apartheid, y la incapacidad del Gobierno para abordar las marcadas desigualdades en la infraestructura y los recursos del sistema sanitario público⁵⁵. En los Estados Unidos de América, en particular desde que el Tribunal Supremo anuló la protección federal del aborto, las sanciones penales por los resultados del embarazo y el comportamiento durante el mismo aumentarán drásticamente. Por ello, la Relatora Especial preparó un escrito de una selección de titulares de mandatos de las Naciones Unidas como *amici curiae* ante el Tribunal Supremo de los Estados Unidos en apoyo de las personas acusadas⁵⁶, dado que el sistema jurídico penal del país ya vigila de forma desproporcionada a las mujeres y niñas afrodescendientes, que es el grupo de población que más sufre el aumento de la vigilancia y la criminalización⁵⁷.

36. Como se detalla en el informe de la titular del mandato (A/76/172, párr. 6), muchos antiguos países colonizados siguen arrastrando el legado de los regímenes coloniales europeos a través de sus actuales leyes restrictivas del aborto. Sin embargo, los marcos de telemedicina y aborto autogestionado ofrecen a las mujeres y niñas la oportunidad de gestionar su propio acceso al aborto, lo que puede tener un impacto significativo, en particular en la vida de las mujeres marginadas. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia compartió sus pruebas con el Gobierno del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y, junto con sus asociados, contribuyó a la probación permanente en marzo de 2022 de la telemedicina en casos de aborto por parte del Parlamento del Reino Unido⁵⁸.

37. A nivel mundial, en 2017 murieron aproximadamente 295.000 mujeres durante el embarazo y el parto o después. Las tasas de mortalidad materna tienen su origen en la injusticia de género y las desigualdades interseccionales. En el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, las mujeres negras tienen cuatro veces más probabilidades, y las asiáticas el doble, de morir en el parto que las blancas⁵⁹. Las cuestiones relacionadas con las experiencias negativas, las interacciones marcadas por los estereotipos racistas y la discriminación, y el trato que el Estado da a las mujeres indocumentadas o que solicitan asilo, fueron algunos de los factores que contribuyeron al acceso y la experiencia de las mujeres racializadas y migrantes a la atención sanitaria materna⁶⁰. También hay desigualdades étnicas en el acceso al apoyo a la salud mental perinatal⁶¹. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha constatado que el Estado “no proporcionó servicios de salud materna oportunos, no discriminatorios y adecuados a la víctima”, una mujer

⁵⁴ Dorothy Roberts, *Killing the Black Body: Race, Reproduction, and the Meaning of Liberty* (Vintage, 29 de diciembre de 1998).

⁵⁵ Amnistía Internacional, “Barriers to safe and legal abortion in South Africa”, 2017.

⁵⁶ Tribunal Supremo de los Estados Unidos de América, *Thomas E. Dobbs, State Health Officer of the Mississippi Department of Health, et al. v. Jackson Women's Health Organization, et al.*, caso núm. 19-1392, Escrito de los titulares de mandatos de las Naciones Unidas como *amici curiae* en apoyo de las personas demandadas, 20 de septiembre de 2021. Disponible en https://www.supremecourt.gov/DocketPDF/19/19-1392/193045/20210920163400578_19-1392%20obsac%20United%20Nations%20Mandate%20Holders.pdf.

⁵⁷ National Association of Criminal Defense Lawyers, *Abortion in America: How Legislative Overreach is Turning Reproductive Rights into Criminal Wrongs* (Washington, D.C., 2021).

⁵⁸ Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, “FIGO avala servicios de aborto de telemedicina”, 18 de marzo de 2021; y Kapadia y otros, *Ethnic Inequalities in Healthcare*, pág. 22.

⁵⁹ Kapadia y otros, *Ethnic Inequalities in Healthcare*, pág. 22.

⁶⁰ *Ibid.*, págs. 48 a 53.

⁶¹ *Ibid.*, pág. 57.

afrodescendiente de bajo nivel socioeconómico y miembro de un grupo marginado históricamente ([CEDAW/C/49/D/17/2008](#)).

Encarcelamiento de mujeres

38. Dado que las mujeres negras tienen casi el doble de probabilidades de ser encarceladas que las blancas, también están sometidas al encadenamiento de forma desproporcionada. En un estudio de 2018 sobre enfermeras perinatales en Estados Unidos, se apuntaba que el 82,9 % de las que trabajaban con pacientes embarazadas encarceladas informaron de que sus pacientes encarceladas fueron encadenadas “a veces” o “todo el tiempo”⁶².

39. Esta práctica es un legado directo de la subyugación y el confinamiento de las mujeres negras durante la esclavitud, así como de los sistemas carcelarios racistas posteriores a la Guerra Civil que han influido en las políticas penitenciarias modernas de los Estados Unidos y de otros países⁶³. Como recordaba Winnie Madikizela-Mandela sobre las muchas formas en que el encarcelamiento bajo el régimen del apartheid la había afectado: “los años de encarcelamiento me endurecieron... Ya no tengo la emoción del miedo... Ya no hay nada que pueda temer. No hay nada que el Gobierno no me haya hecho ya. No hay ningún dolor que no haya conocido”⁶⁴.

40. Desde el año 2000, la población penitenciaria mundial ha crecido un 20 %⁶⁵. La población penitenciaria femenina ha aumentado un 50 %⁶⁶. En 2020, más de 11 millones de personas fueron encarceladas en todo el mundo, la cifra más alta jamás registrada⁶⁷. Las políticas y leyes punitivas en materia de drogas siguen impulsando este encarcelamiento masivo: una de cada cinco personas en prisión en el mundo, 2,5 millones de personas, fueron detenidas por delitos de drogas⁶⁸, y la proporción es aún mayor entre las mujeres⁶⁹. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estima que entre el 56 y el 90 % de las personas que se inyectan drogas serán encarceladas en algún momento de su vida⁷⁰.

La brutalidad policial y el sistema de justicia penal

41. En los Estados Unidos, el asesinato de George Floyd el 25 de mayo de 2020 a manos de agentes de policía incitó a protestas masivas en todo el mundo, lo que llevó al Consejo de Derechos Humanos a adoptar una resolución en la que pedía a la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos que informara sobre el racismo sistémico de las fuerzas del orden y el impacto en los derechos humanos internacionales⁷¹. La Alta Comisionada destacó el hecho de que los estudios mostraban que “el trauma intergeneracional causado por el racismo transmitido a lo largo de los siglos tiene consecuencias negativas para la salud de algunos

⁶² Lorie S. Goshin y otros, “Perinatal nurses' experiences with and knowledge of the care of incarcerated women during pregnancy and the postpartum period”, *Journal of Obstetric, Gynaecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 48, núm. 1 (enero de 2019).

⁶³ Priscilla A. Ocen, “Punishing pregnancy: race, incarceration, and the shackling of pregnant prisoners”, *California Law Review*, vol. 100, núm. 5 (octubre de 2012).

⁶⁴ Fundación Nelson Mandela, “Winnie Madikizela-Mandela (26 de septiembre de 1936 - 2 de abril de 2018)”, 3 de abril de 2018.

⁶⁵ Institute for Criminal Policy Research, “World prison populations list”, 12ª edición, 2015.

⁶⁶ *Ibid.*

⁶⁷ Penal Reform International y Thailand Institute of Justice, *Global Prison Trends 2020*, 2ª edición, (2020).

⁶⁸ Informe Mundial sobre las Drogas de 2021 (publicación de las Naciones Unidas, 2021).

⁶⁹ Penal Reform International, *Global Prison Trends 2015* (Londres, 2015); e Informe Mundial sobre las Drogas 2018: La mujer y las drogas (publicación de las Naciones Unidas, 2018).

⁷⁰ ONUSIDA, “GAP Report 2014: People who inject drugs”, 2014.

⁷¹ Resolución [43/1](#) del Consejo de Derechos Humanos y documento [A/HRC/47/53](#).

afrodescendientes” y que las microagresiones racistas repetidas y las experiencias comunes de racismo causan más estrés y trauma y tienen un impacto desproporcionado en la salud de los afrodescendientes, en particular en su salud mental (A/HRC/47/CRP.1, párr. 28). Los mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas han puesto de relieve “los problemas de los perfiles raciales y el impacto desproporcionado del acoso policial, la agresión verbal y el abuso de poder, la identificación y registro discriminatorios, los malos tratos, las detenciones arbitrarias, el uso excesivo de la fuerza contra los afrodescendientes por parte de las fuerzas del orden en algunos Estados, y la amplia impunidad de dichas violaciones” (*ibid.*). Es innegable que estas actividades suponen a menudo violaciones del derecho a la salud, ya que tanto el mantenimiento del orden como el encarcelamiento tienen un profundo impacto directo en la salud (por ejemplo, las muertes y lesiones no mortales causadas por la violencia policial y la propagación desenfrenada de enfermedades infecciosas en las prisiones) y efectos indirectos, como el aumento de las tasas de trauma, ansiedad, estrés agudo e hipertensión entre las comunidades altamente vigiladas (*ibid.*).

42. El Grupo de Trabajo de Expertos sobre los Afrodescendientes destacó el hecho de que las disparidades raciales en el sistema de justicia penal “reflejan estereotipos perjudiciales basados en los legados históricos del tráfico mundial de africanos esclavizados, la colonización y las formas en que las narrativas sociales modernas evolucionaron a partir de la retórica diseñada para justificar estas instituciones y la explotación de las personas de ascendencia africana” (*ibid.*).

43. Además de los encuentros con la policía, el racismo se extiende a prácticamente todos los aspectos del sistema de justicia penal. Los africanos y afrodescendientes están representados desproporcionadamente en las cárceles de muchos países, como el Brasil, Colombia, el Ecuador, los Estados Unidos, Italia y Portugal (*ibid.*), y experimentan resultados más duros en términos de fianza, juicios, condenas, duración de la pena y pena capital.

El papel de la industria y los negocios

44. Las prácticas empresariales y de negocios pueden crear o profundizar las disparidades raciales en materia de salud y tener una serie de efectos en la salud, incluidas las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer. Partiendo del marco de los determinantes sociales de la salud⁷², estas prácticas pueden entenderse mejor como determinantes comerciales de la salud, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como “condiciones, acciones y omisiones de los agentes empresariales que afectan a la salud”⁷³.

45. La industria tabacalera mundial tiene profundos vínculos con el colonialismo y la esclavitud, cuyos legados perduran hasta hoy. Durante décadas, las empresas tabacaleras se han dirigido de forma agresiva a determinadas poblaciones⁷⁴. En julio de 2022, la Relatora Especial suscribió una comunicación enviada a siete empresas tabacaleras y a cuatro Gobiernos, incluidos los del país en el que supuestamente se produjeron las violaciones y los de los países en los que tienen su sede las empresas, en relación con las denuncias de trata de personas con fines de trabajo forzoso, que ha afectado a los arrendatarios rurales y a sus familias en las explotaciones de tabaco. Los titulares del mandato llamaron la atención sobre el hecho de que la trata y el trabajo forzoso pueden tener un impacto negativo en la salud física y mental y que la

⁷² Ilona Kickbusch, Luke Allen y Christian Franz, “The commercial determinants of health”, *The Lancet: Global Health*, vol. 4, núm. 12 (2016).

⁷³ OMS, “Determinantes comerciales de la salud”, 5 de noviembre de 2021.

⁷⁴ Véase Kelsey Romeo-Stuppy y otros, “Tobacco industry: a barrier to social justice”, *Tobacco Control*, vol. 31, núm. 2 (2022).

exposición a sustancias químicas tóxicas puede tener un impacto adverso en la salud humana, incluida la salud reproductiva⁷⁵.

46. Las asimetrías de poder también dominan los sistemas alimentarios tanto dentro de los países como entre ellos, y esto tiene un impacto desproporcionado en ciertas comunidades que están sometidas a una comercialización agresiva, que suelen carecer de acceso a opciones alimentarias nutritivas y asequibles y que se enfrentan a altos índices de inseguridad alimentaria⁷⁶. Los habitantes del Sur Global que han sido despojados de sus tierras durante generaciones están ahora especialmente expuestos a las agresivas técnicas de comercialización de las empresas de alimentos y bebidas cuyos productos contienen una combinación de grasas, sales, azúcares y aditivos que se asocian a factores de riesgo de enfermedades no transmisibles⁷⁷. Las desigualdades estructurales en los sistemas alimentarios han dado lugar a mayores tasas de enfermedades crónicas relacionadas con la dieta, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares⁷⁸.

VI. Historia de la medicina y vínculos con el racismo

47. El colonialismo se basa en gran medida en la creación de jerarquías: en él, la supremacía blanca se presenta atrozmente como la forma de ir por la vida⁷⁹. El colonialismo y el racismo también han configurado las normas médicas de lo que se considera “saludable” y han llevado a la consiguiente estigmatización del control y la vigilancia. La supremacía blanca ha conducido a la creación de sistemas como el índice de masa corporal, un estándar de salud basado principalmente en los hombres europeos caucásicos que se ha convertido en un arma contra los cuerpos, en su mayoría negros e indígenas, que quedan fuera de los supuestos estándares de salud⁸⁰.

48. En el deporte de élite, la discriminación en forma de “pruebas de sexo” y las versiones actuales basadas en la testosterona son vehículos de ideas racistas sobre las características sexuales, la fisiología y las asociaciones entre la feminidad hegemónica y la blancura⁸¹. En la última década, la discriminación por razón de raza y género en el deporte ha afectado exclusivamente a las mujeres (A/HRC/44/26) en el llamado Sur Global, en particular en la India, Sudáfrica y Uganda⁸². El 8 de octubre de 2021, en un informe *amicus curiae* al Tribunal Europeo de Derechos Humanos, la Relatora Especial afirmó que las organizaciones mundiales de atletismo habían

⁷⁵ Véanse las comunicaciones núms. GBR 8/2022; JPN 1/2022; MWI, 2/2022; USA 10/2022; OTH 46/2022; OTH 45/2022; OTH 44/2022; OTH 43/2022; OTH 42/2022; OTH 41/2022; y OTH 47/2022.

⁷⁶ Maywa Montenegro de Wit y otros, “Editorial: resetting power in global food governance: the UN Food Systems Summit”, *Development*, vol. 64, núms. 3 y 4 (diciembre de 2021); y Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y otros, *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2019: protegerse frente a la desaceleración y el debilitamiento de la economía* (Roma, 2019).

⁷⁷ C.A. Monteiro y otros, “Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system”, *Obesity Reviews*, vol. 14, suplemento 2 (noviembre de 2013).

⁷⁸ Matthew J. Belanger y otros, “COVID-19 and disparities in nutrition and obesity”, *New England Journal of Medicine*, vol. 383, núm. e69 (2020).

⁷⁹ Sylvia Tamale, *Decolonization and Afro-Feminism* (Ottawa, Canadá, Daraja Press, 2020).

⁸⁰ Sabrina Strings, *Fearing the Black Body: The Racial Origins of Fat Phobia* (Nueva York, New York University Press, 2019).

⁸¹ Katrina Karkazis y otros, “Out of bounds? A critique of the new policies on hyperandrogenism in elite female athletes”, *The American Journal of Bioethics*, vol. 12, núm. 7 (2012); y Human Rights Watch, *They're Chasing Us Away from Sport: Human Rights Violations in Sex Testing of Elite Women Athletes* (2020).

⁸² Karkazis y otros, 2020; y Human Rights Watch, *They're Chasing Us Away from Sport*.

violado los principios de dignidad humana, igualdad, autonomía e integridad física y psicológica⁸³.

49. Uno de los legados de las teorías conspirativas de la supremacía blanca y de la pseudociencia para justificar la esclavitud, la colonización y la explotación es la afirmación de que las personas racializadas, en particular los negros, no sienten dolor, y este prejuicio racial ha llevado a diagnósticos de dolor y recomendaciones de tratamiento inexactos⁸⁴. Reconocer los prejuicios implícitos y tomar medidas para romper las barreras institucionales son los primeros pasos para eliminar las disparidades raciales generalizadas en la atención sanitaria y mejorar los resultados para los pacientes⁸⁵.

50. La Relatora Especial advierte que la colonialidad continúa y cuenta con el apoyo de los medios de comunicación, el complejo médico-industrial, el complejo carcelario-industrial y, en gran medida, los sistemas educativos, que trabajan para mantener las antiguas colonias exactamente como los colonizadores quieren que sean administradas⁸⁶.

51. El legado actual del colonialismo de la supremacía blanca es evidente en la información de los medios de comunicación, así como en las medidas de control de las fronteras adoptadas a lo largo de las distintas olas de COVID-19. Más recientemente, ONUSIDA ha denunciado la cobertura mediática internacional racista de la viruela símica⁸⁷.

52. Las conversaciones sobre la reticencia a la vacunación durante la pandemia de COVID-19 se han llevado a cabo de una manera que ha exigido que se borre la historia de la experimentación con personas negras esclavizadas⁸⁸.

53. La Relatora Especial sigue preocupada ante la falta de empatía en la información sobre salud pública y su difusión, así como por el hecho de que esta no tenga en cuenta estructuras más amplias de opresión, desconfianza, realidades vividas e historias de las personas.

54. En un informe previo sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, el anterior Relator Especial, Anand Grover, destacó que seguía siendo cuestionable “realizar pruebas clínicas en países en desarrollo, sobre todo cuando se utilizan placebos a pesar de la existencia de intervenciones apropiadas que no tienen carácter de placebo” (A/64/272, párr. 40). Como en el caso de las vacunas contra la COVID-19, algunos de los ensayos clínicos no garantizaron el acceso al medicamento en el país en cuestión ni dieron lugar a excepciones de patentes que beneficiaran a ese país.

55. La medicina también tiene el poder prescriptivo de etiquetar a las personas como incumplidoras del tratamiento por motivos raciales, si bien el incumplimiento suele

⁸³ Véase “Third party intervention/amici curiae brief by the case of Mokgadi Caster Semenya v. Switzerland”, disponible en www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-health/comments-legislation-and-policy.

⁸⁴ Kelly M. Hoffman y otros, “Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites”, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 113, núm. 16 (2016).

⁸⁵ The Henry J. Kaiser Family Foundation, “National survey of physicians part I: doctors on disparities in medical care”, marzo de 2002.

⁸⁶ Kehinde Andrews, “British education does perpetuate racism”, video parte 5 de 6, 29 de abril de 2017. Se puede ver en www.youtube.com/watch?v=IFFmRy7PrNs.

⁸⁷ ONUSIDA, “ONUSIDA advierte de que el lenguaje estigmatizante en torno a la viruela del mono pone en peligro la salud pública”, 22 de mayo de 2022.

⁸⁸ Véase www.tuskegee.edu/about-us/centers-of-excellence/bioethics-center/about-the-usphs-syphilis-study.

ser una manifestación de los desequilibrios de poder entre los sistemas e instituciones, por un lado, y los pacientes por el otro.

56. El incumplimiento puede ser la mejor o la única opción debido al racismo, la pobreza, los traumas, el miedo a la violencia o a las repercusiones, la falta de transporte o cualquiera de las otras numerosas barreras y requisitos impuestos por las estructuras institucionales en relación con el acceso a los servicios⁸⁹. El anterior Relator Especial también afirmó que “ha recaído sobre personas la carga de gestionar y afrontar los daños sistémicos causados por el desconocimiento de los determinantes de la salud” y que “esas personas optan entonces por un sector de atención de la salud mental que a menudo carece de recursos y enfoques adecuados para hacer frente a los problemas colectivos” (A/HRC/41/34, párr. 7).

VII. Impacto del colonialismo en la disponibilidad de los sistemas de conocimiento, medicina y prácticas de salud indígenas y tradicionales

57. Arraigada en concepciones y jerarquías imperiales que distinguen entre conocimientos “legítimos” y “no legítimos”⁹⁰, la focalización de la medicina en las colonias fue una estrategia deliberada planteada por las potencias coloniales europeas para la dominación⁹¹. Los Estados coloniales utilizaron las leyes civiles y penales para suprimir o marginar la mayoría de las terapias africanas, apuntando en particular a las que desafiaban las concepciones individualistas y materialistas de la salud⁹².

58. Esta supresión, menoscabo y marginación de los sistemas medicinales y conocimientos indígenas y tradicionales tiene amplias repercusiones en la salud. La propiedad intelectual también permite el robo colonial de los conocimientos tradicionales y los recursos genéticos de los pueblos indígenas al permitir patentar y sacar provecho de la propiedad intelectual y el valor extraído de los pueblos y comunidades del Sur Global, junto con los conocimientos ancestrales asociados a ellos⁹³, amenazando la soberanía alimentaria y el patrimonio cultural indígena⁹⁴.

59. Durante mucho tiempo, los materiales, los conocimientos y las prácticas curativas de las comunidades indígenas fueron tachados de poco modernos e ineficaces y, a menudo, su uso fue regulado o incluso criminalizado por los Estados coloniales y poscoloniales⁹⁵. Con la expansión de los derechos de propiedad intelectual a finales del siglo XX, así como con el sesgo científico occidental, según el cual se considera que el conocimiento existe únicamente si está formalizado o es

⁸⁹ Priscilla A. Ocen, “Punishing pregnancy”

⁹⁰ Ingrid Waldron, “The marginalization of African indigenous healing traditions within western medicine: reconciling ideological tensions and contradictions along the epistemological terrain”, *Women's Health and Urban Life*, vol. 9, núm. 1 (2010), pág. 51.

⁹¹ Marya y Patel, *Inflamed*, pág. 17.

⁹² Helen Tilley, “Medicine, empires, and ethics in colonial Africa”, *AMA Journal of Ethics*, vol. 18, núm. 7 (julio de 2016), pág. 748.

⁹³ Martin Fredriksson, “Dilemmas of protection: decolonizing the regulation of genetic resources as cultural heritage”, *International Journal of Heritage Studies*, vol. 27, núm. 7 (2021),

⁹⁴ Martin Khor, “Why life forms should not be patented”, Red del Tercer Mundo, octubre de 2000; y Red del Tercer Mundo, “TRIPS Council addresses patents on life forms and access to medicines”, 5 de marzo de 2010.

⁹⁵ Emilie Cloatre, “Traditional medicines, law and the (dis)ordering of temporalities”, en *Law and Time*, Siân M. Beynon-Jones y Emily Grabham, eds. (Oxon, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Routledge, 2019).

de propiedad privada, las empresas farmacéuticas han tratado de patentar las hierbas y materiales tradicionales utilizados por sus propiedades medicinales⁹⁶.

60. Estas labores de cooptación están íntimamente ligadas a las ideologías monoculturales, a las tecnologías de modificación genética y, de forma más amplia, a los monopolios. Las manifestaciones socioculturales de la apropiación consumista occidental de los conocimientos indígenas pueden verse en la apropiación y monetización del yoga, la meditación y otras prácticas culturalmente arraigadas por parte de los blancos de clase media del Norte Global⁹⁷.

VIII. Financiación sanitaria y ayuda mundial

61. En todo el mundo, los sistemas sanitarios se financian de formas diversas a través, por ejemplo, de los impuestos, los gastos por cuenta propia y la financiación de los donantes. En las zonas de lo que se ha dado en llamar el Sur Global, la financiación a través de los Gobiernos, los donantes multilaterales y la filantropía son algunas de las principales formas de financiación de los sistemas sanitarios⁹⁸.

62. Los fondos de los donantes son una fuente importante de financiación de la salud, ya que representan una media del 30 % del gasto en salud en los países de ingreso bajo y más de la mitad del gasto en salud de cuatro países de ingreso bajo⁹⁹. Sin embargo, desgraciadamente, con la ayuda que fluye entre las potencias coloniales y las antiguas regiones colonizadas, las prácticas racistas e imperialistas siguen influyendo en la financiación sanitaria mundial y en el sector de la ayuda exterior¹⁰⁰.

63. El recordatorio de la Experta Independiente sobre las consecuencias de la deuda externa y las obligaciones financieras internacionales conexas de los Estados para el pleno goce de todos los derechos humanos, sobre todo los derechos económicos, sociales y culturales, de que “los derechos humanos necesitan recursos” (A/HRC/49/47, párrs. 22 a 28) va al centro de la cuestión de la ausencia de reparaciones por el colonialismo. En vista de la obligación de los Estados de garantizar el derecho a la salud “hasta el máximo de los recursos de que dispongan”, habría que tener en cuenta las razones racistas por las que algunos Estados disponen de amplios recursos mientras que otros están lastrados por una historia de desposesión y explotación colonial, seguida de una dominación capitalista neocolonial¹⁰¹. Por estas razones, la Relatora Especial sigue centrándose en la descolonización de la financiación sanitaria mundial.

64. Por lo tanto, si bien es un aspecto importante de la financiación de los sistemas de salud en todo el mundo, la ayuda está asociada a desafíos como la austeridad, los altos tipos de interés, la liberalización del comercio, la privatización y los requisitos del mercado de capitales abierto que marginan aún más a los países en desarrollo¹⁰².

65. El Estado tiene la obligación de garantizar la accesibilidad, la disponibilidad, la aceptabilidad y la calidad de la atención sanitaria. Si una o varias de esas condiciones

⁹⁶ Vandana Shiva, *Biopiracy: The Plunder of Nature and Knowledge* (Berkeley, California, North Atlantic Books, 1999).

⁹⁷ Maryann Auger, “Westernization and cultural appropriation in yoga”, *An Injustice!*, 10 de septiembre de 2021.

⁹⁸ OMS, *New Perspectives on Global Health Spending for Universal Health Coverage* (Ginebra, 2017).

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ Peter O' Dowd, “Global public health, colonialism, and why so many people die of preventable diseases”, *Wbur*, 9 de marzo de 2021.

¹⁰¹ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 2 (1); y ACNUDH y OMS, *El derecho a la salud*, Folleto informativo núm. 31 (2008).

¹⁰² *Ibid.*

no se cumplen, prosperan la discriminación y la desigualdad. A la Relatora Especial le preocupa que la mala administración, la corrupción y la mala gestión de los recursos puedan llevar al colapso de los sistemas sanitarios públicos y, a su vez, al aumento de la privatización, que en su extremo puede llevar a la desinversión en la salud pública y a los abusos racistas, clasistas y de género. También le preocupan los ajustes estructurales y las medidas de austeridad que ya han adoptado algunos Gobiernos en detrimento de la salud pública¹⁰³.

66. A través de prácticas discriminatorias, como las primas basadas en la raza, las prácticas no equitativas, las tarifas basadas en macrodatos, la falta de representación de las minorías en el sector de los seguros, las puntuaciones de los seguros basadas en el crédito, los precios discriminatorios, los períodos de espera más largos, los cargos más altos para las condiciones que son más frecuentes entre ciertos grupos y la oferta de tasas de reembolso de seguros privados más bajas a los médicos en las zonas urbanas con una gran población minoritaria, se ha impedido estructuralmente a las personas racializadas el acceso a una atención médica oportuna y de calidad¹⁰⁴.

67. Las aseguradoras promueven la gordofobia negando la cobertura de determinados servicios sanitarios a quienes no se ajustan a los estándares de peso aceptables y a las ideas que tiene la sociedad sobre cómo debe ser un cuerpo¹⁰⁵. La Relatora Especial afirma que el legado de los enfoques jerárquicos de la supremacía blanca prevalece en los seguros de salud. Los seguros médicos no son asequibles para muchas personas racializadas, lo que ha hecho que el número de personas sin seguro o con un seguro insuficiente sea inaceptablemente alto en este grupo social¹⁰⁶.

IX. Buenas prácticas en las intervenciones de salud pública

68. Poner fin al racismo se ha convertido en un componente central de muchas gestiones mundiales para promover la salud y otros derechos humanos, a través, por ejemplo, de la agenda para un cambio transformador en favor de la justicia y la igualdad raciales (A/HRC/47/53, anexo) y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible a nivel universal y la Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intolerancia a nivel regional. El Plan de Acción de la Unión Europea contra el Racismo 2020-2025 anima a los países a adoptar leyes que promuevan la equidad racial en la atención sanitaria, el empleo, la educación y la vivienda.

69. Para mitigar el impacto del racismo en la prestación de servicios sanitarios y la atención sanitaria, la Corte Constitucional de Colombia, en su sentencia C-882 de 2011, destacó el derecho de las comunidades étnicas a utilizar y producir medicinas tradicionales y a conservar sus plantas, animales y minerales medicinales.

70. En Sudáfrica, uno de los objetivos del Plan de Acción Nacional de Lucha contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, aprobado en 2019, es “promover la dignidad humana mediante la promoción y la protección de los derechos humanos”. Suecia ha establecido un plan nacional para luchar contra el racismo, formas similares de hostilidad y delitos de

¹⁰³ Presentaciones de Amnistía Internacional y de Sexual Rights Initiative.

¹⁰⁴ Jim Probasco, “The insurance industry confronts its own racism”, Investopedia, 23 de junio de 2022.

¹⁰⁵ Marilyn Wann, “Foreword: fat studies – an invitation to revolution” (pág. xi); y Dan Burgard, “What is ‘health at every size’” (págs. 42 y 53), ambos en *The Fat Studies Reader*, Esther Rothblum y Sondra Solovay, eds. (Nueva York, New York University Press, 2009).

¹⁰⁶ Jamila Taylor, “Racism, inequality, and health care for African Americans”, The Century Foundation, 19 de diciembre de 2019.

odio¹⁰⁷, y Noruega ha promulgado el Plan de Acción contra el Racismo y la Discriminación por Motivos Étnicos o Religiosos 2020-2023. Varios países latinoamericanos, como el Brasil¹⁰⁸, Costa Rica¹⁰⁹, Honduras¹¹⁰ y el Perú¹¹¹ han adoptado planes y políticas orientados a afrontar las disparidades raciales en materia de salud.

71. En Suiza, los solicitantes de asilo y los migrantes indocumentados que viven en el país desde hace más de tres meses tienen varios niveles de acceso al seguro médico y se conceden subvenciones para las primas o estas pueden ser solicitadas por quienes tienen una situación económica modesta. En algunos cantones, las personas que no tienen permiso de residencia o de las que no se dispone de datos fiscales no tienen derecho a las primas reducidas¹¹². Todos los cantones informan a la población migrante sobre el funcionamiento y las particularidades del sistema sanitario suizo en el marco de la estrategia de refuerzo del desarrollo en la primera infancia¹¹³.

72. La Relatora Especial apunta que la Ley 19/2020, aprobada por el Gobierno español, sobre el sistema de asistencia sanitaria, establece la no discriminación en el acceso formal a los servicios sanitarios por diversos motivos, como el sexo, la raza, el origen y la religión. La ley establece el deber de las autoridades de poner en marcha programas de adecuación sanitaria, así como planes de capacitación y sensibilización del personal sanitario, entre diversas acciones en aras de la igualdad de trato y la prevención de la discriminación¹¹⁴.

73. Algunas oportunidades prometedoras, como la reciente adopción de una política por parte de la Asociación Estadounidense de Medicina en la que se declara el racismo como una amenaza para la salud pública, indican que existen formas estructurales, sistémicas e interpersonales de racismo y prejuicio en todos los determinantes sociales de la salud y la investigación médica. Esta política anima a los innovadores tecnológicos a analizar las implicaciones del sesgo racial en los algoritmos médicos e innovaciones similares¹¹⁵.

74. En la Argentina, la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva ha trabajado en un marco de proyectos de capacitación desde un enfoque de derechos e interculturalidad para agentes de salud y promotores locales de salud en casos de violencia sexual en la atención primaria¹¹⁶.

75. En el Brasil, la Política Nacional para la Salud Integral de la Población Negra, además de indicar las enfermedades que más afectan a la población negra, incluye objetivos específicos para incorporar el tema de la lucha contra la discriminación por

¹⁰⁷ Oficinas del Gobierno de Suecia, *A comprehensive approach to combat racism and hate crime: National plan to combat racism, similar forms of hostility and hate crime* (2017).

¹⁰⁸ Brasil, Ministério da Saúde, *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma Política do SUS* (2013).

¹⁰⁹ Costa Rica, Ministerio de Salud, *Plan Nacional de Salud para Personas Afrodescendientes 2018-2021* (2018).

¹¹⁰ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y otros, *Política Nacional contra el Racismo y la Discriminación Racial 2014-2022* (2014).

¹¹¹ Perú, *Política Sectorial de Salud Intercultural*. Véase <https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/censi/observatorio/politica-sectorial/Pol%C3%ADtica%20de%20Salud%20Intercultural.pdf>.

¹¹² Véase la comunicación de Suiza.

¹¹³ *Ibid.*

¹¹⁴ Comunicación de España.

¹¹⁵ Asociación Estadounidense de Medicina, National Medical Association y National Hispanic Medical Association, “*The Commission to end health disparities: unifying efforts to achieve quality care for all Americans*”, 2004.

¹¹⁶ Comunicación de la Argentina.

género y orientación sexual, con énfasis en las intersecciones con la salud de la población negra¹¹⁷.

76. Mientras que la mayoría de los países de América del Norte, Eurasia y Europa Occidental disponen de programas de agujas y jeringas, la mayoría de los países de otras regiones carecen de ellos. Un entorno político desfavorable en materia de drogas dificulta la implantación de servicios de reducción del daño en muchos países de Asia, América Latina, el Caribe, Oriente Medio y África¹¹⁸.

77. La ciudad estadounidense de Denver ha puesto en marcha un programa para enviar enfermeros militares y personal clínico, en lugar de la policía, en respuesta a las llamadas de emergencia relacionadas con la salud mental, las adicciones y las personas sin hogar. Como resultado, en 748 ocasiones personas de Denver que se encontraban en crisis recibieron ayuda sin tener que hablar con la policía. No se detuvo a nadie y, en cambio, se les brindó atención sanitaria y oportunidades de curación¹¹⁹. La Relatora Especial destaca este hecho como un ejemplo de respuesta multisectorial que garantiza el acceso a una atención adecuada a comunidades que son objeto en una medida desproporcionada de la aplicación de las leyes en materia de drogas.

78. La Corte Constitucional de Colombia, en su sentencia T-128 de 2022, reconoció a las parteras afrocolombianas de la costa del Pacífico como proveedoras de salud y ordenó al Ministerio de Salud que las incluyera en el sistema de salud y garantizara que se beneficiaran de las medidas establecidas para ayudar a los proveedores de salud durante la pandemia de COVID-19, como la priorización para la vacunación y ciertas ayudas económicas¹²⁰.

79. La Relatora Especial observa que en las comunicaciones recibidas se han destacado pocas buenas prácticas que posibiliten un acceso adecuado o iniciativas para apoyar la producción de conocimientos o la aplicación de programas dentro y fuera del sector sanitario.

80. Un ejemplo de intervención relacionada con el acceso a la atención sanitaria tuvo lugar en 2015, cuando Italia aprobó un documento destinado a ofrecer indicaciones sobre intervenciones y acciones para fomentar la promoción y protección de la salud de las comunidades romaníes y sintis¹²¹.

81. Otro ejemplo de inclusión exitosa de personas de origen migrante en una iniciativa sanitaria es la forma en que se ha difundido la información durante la pandemia de COVID-19. En los Países Bajos, las conferencias de prensa se traducen a ocho idiomas y siempre cuentan con un intérprete de lengua de señas. También se traducen carteles, folletos y señales para facilitar el acceso a la información¹²². Existe además una organización que ha organizado reuniones de apoyo para informar a los refugiados indocumentados de sus derechos a la asistencia sanitaria¹²³.

82. Mediante el decreto administrativo 1953 de 2014, Colombia creó el sistema de salud indígena intercultural, un conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos basados en una comprensión colectiva de la vida en la

¹¹⁷ Comunicación del Brasil.

¹¹⁸ *Ibid.*

¹¹⁹ Elise Schmelzer, “Call police for a woman who is changing clothes in an alley? A new programme in Denver sends mental health professionals instead”, *The Denver Post*, 7 de septiembre de 2020.

¹²⁰ Comunicación de International Planned Parenthood Federation.

¹²¹ Comunicación de Italia.

¹²² Véase www.pharos.nl/corona-virus-begrijpelijke-voorlichting/begrijpelijke-informatie-over-het-nieuwe-coronavirus/.

¹²³ Comunicación de Choice for Youth and Sexuality.

que se considera la sabiduría ancestral como guía fundamental, en armonía con la Madre Tierra y de acuerdo con la cosmovisión de cada pueblo¹²⁴.

X. Ejemplos de reparaciones por discriminación racial relacionadas con violaciones y abusos del derecho a la salud

83. La titular del mandato ha recibido una cantidad limitada de datos y pocas comunicaciones sobre las reparaciones por discriminación racial relacionadas con violaciones y abusos del derecho a la salud.

84. La titular del mandato coincide con la Relatora Especial sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia en su afirmación de que “las reparaciones por la esclavitud y el colonialismo no solo comprenden la justicia y la responsabilidad por los males históricos, sino también la erradicación de las persistentes estructuras de desigualdad racial, subordinación y discriminación que se forjaron en la esclavitud y el colonialismo para privar a quienes no son blancos de sus derechos humanos fundamentales” (A/74/321, párr. 7).

85. En muchos países y contextos, las medidas judiciales suelen ser la principal forma de afrontar las violaciones del derecho a la salud. El Relator Especial sobre la promoción de la verdad, la justicia, la reparación y las garantías de no repetición ha señalado que, ante la falta de respuesta efectiva a las violaciones de los derechos humanos derivadas del colonialismo y otras formas de sistemas opresivos y la constatación de que esas violaciones siguen teniendo efectos negativos en la actualidad, los componentes y herramientas desarrollados por la justicia transicional en los últimos 40 años ofrecen enseñanzas y experiencias que pueden ser útiles para dar respuesta al legado de esas violaciones (A/76/180, párr. 4).

86. El revolucionario caso de *Laxmi Mandal contra el Hospital Deen Dayal Harinagar y otros* representó la primera vez en la historia que se responsabilizó a un Gobierno por una muerte materna evitable¹²⁵. La sentencia final combinaba los casos de dos mujeres: Shanti Devi, una desplazada interna de la casta desfavorecida dalit que vivía en la pobreza, y Fatima, una musulmana sin hogar que vivía en la pobreza. En la sentencia, no solo se concedieron reparaciones a la familia de la fallecida Shanti Devi y a la demandante Fatima, sino que también se dieron instrucciones claras sobre la síntesis de varios programas, planes y derechos para eliminar barreras y cargas, como la documentación para demostrar que se está por debajo del umbral de la pobreza, que es difícil de obtener y una carga más para las mujeres y las niñas¹²⁶.

87. Tras las disculpas gubernamentales oficiales por los daños causados por las políticas coloniales, el Gobierno australiano ha puesto en marcha programas de reparación para ofrecer indemnizaciones monetarias a los supervivientes de la “generación robada” que fueron apartados de sus familias durante la infancia y sufrieron abusos y traumas a manos de organismos estatales o eclesiásticos¹²⁷. Estos programas varían según el Estado, pero tratan de reparar el trauma y el daño que

¹²⁴ Comunicación de International Planned Parenthood Federation.

¹²⁵ Jameen Kaur, “The role of litigation in ensuring women’s reproductive rights: an analysis of the Shanti Devi judgement in India”, *Reproductive Health Matters*, vol. 20, núm. 39 (2012). También se citó en un libro coeditado por el antiguo Relator Especial de Salud, Paul Hunt. Véase Paul Hunt y Tony Gray, eds., *Maternal Mortality, Human Rights and Accountability* (Londres, Routledge, 2013).

¹²⁶ Comunicación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

¹²⁷ Véase www.aboriginalaffairs.nsw.gov.au/healing-and-reparations/stolen-generations; y www.niaa.gov.au/indigenous-affairs/community-safety/national-redress-scheme/territories-stolen-generations-redress-scheme.

supuso el alejamiento de los niños aborígenes de sus familias, comunidades, cultura, identidad y lengua.

88. El sistema interamericano de derechos humanos se destaca por haber establecido un sistema de reparaciones integrales, previendo un conjunto de medidas y recursos que los Estados deben adoptar en casos concretos para reparar y restablecer la dignidad humana¹²⁸. La Corte Interamericana de Derechos Humanos puede utilizar toda la gama de reparaciones del derecho internacional y las sentencias de reparación dictadas por la Corte han abarcado tanto asuntos individuales como colectivos¹²⁹. Por ejemplo, se ha pronunciado a favor de compensaciones económicas, atención médica y becas a nivel individual, y de modificaciones legislativas, educación en derechos humanos y reformas de las escuelas y otras instituciones a nivel colectivo¹³⁰.

XI. Conclusiones y recomendaciones

89. **La Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental está de acuerdo con la agenda para un cambio transformador en favor de la justicia y la igualdad raciales, una agenda de cuatro puntos para poner fin al racismo sistémico contra las personas de África y afrodescendientes y a las violaciones de sus derechos humanos por parte de las fuerzas del orden. La Relatora anima a tener en cuenta este modelo a la hora de abordar los abusos y violaciones del derecho a la salud, a saber: dar un paso adelante, dejar de negar y empezar a dismantelar el racismo; luchar por la justicia, acabar con la impunidad y crear confianza; prestar atención para que se escuche a las personas afrodescendientes y reparar los legados del pasado adoptando medidas especiales y haciendo justicia reparadora.**

90. También apoya las recomendaciones de la Relatora Especial sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia de que se cumplan plenamente las obligaciones jurídicas internacionales en materia de derechos humanos relativas a la concesión de reparaciones por violaciones de los derechos humanos por motivos de discriminación racial y de que se adopte un enfoque estructural e integral de las reparaciones que tenga en cuenta los agravios históricos individuales y colectivos, así como las estructuras persistentes de desigualdad, discriminación y subordinación raciales que tienen como causas profundas la esclavitud y el colonialismo (A/74/321, párrs. 56 y 57).

91. **Del mismo modo, el Relator Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas ha subrayado que deben desarrollarse medidas para formar a los trabajadores sanitarios indígenas para que incorporen la medicina tradicional en la prestación de servicios sanitarios, y para aumentar la participación de las comunidades indígenas en el diseño de servicios sanitarios que respondan a sus necesidades, incluso en los casos relacionados con la salud y los derechos reproductivos¹³¹.**

92. La Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental apoya la eliminación de todas las leyes y

¹²⁸ Douglas Cassel, "The expanding scope and impact of reparations awarded by the Inter-American Court of Human Rights", *Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos*, vol. 7, núm. 7 (2006-2007).

¹²⁹ Convención Americana sobre Derechos Humanos, art. 63.1.

¹³⁰ Jorge E. Calderón Gamboa, *La Evolución de la 'Reparación Integral' en la Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos* (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2013).

¹³¹ Véanse los documentos A/HRC/18/35/Add.5; E/CN.4/2004/80/Add.3; E/CN.4/2005/88/Add.2; A/HRC/42/37/ADD.1; A/HRC/33/42/Add.2; y A/HRC/18/35/Add.5.

políticas que penalizan o castigan de alguna manera el aborto, la anticoncepción, la sexualidad de los adolescentes, la conducta homosexual y el trabajo sexual¹³². La OMS ha actualizado recientemente sus Directrices sobre la atención para el aborto y en ellas recomienda la despenalización total del aborto, basándose en las pruebas que ha encontrado de que las leyes basadas en los motivos y las leyes de aborto basadas en los límites gestacionales actúan como barreras para el acceso a una atención al aborto segura y de calidad¹³³.

93. El consentimiento informado es un componente fundamental del derecho a la salud y debe respetarse, junto con todas las normas éticas y profesionales.

94. Es importante reconocer y garantizar la plena realización del derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones, asegurando un acceso equitativo a los diagnósticos, las terapias y las vacunas contra la enfermedad por el coronavirus de 2019, así como a los métodos modernos de anticoncepción y fecundidad asistida para las poblaciones marginadas¹³⁴.

95. La epidemia de COVID-19 ha llamado la atención sobre la necesidad urgente de realizar inversiones estratégicas y equitativas en infraestructuras de salud pública. La Relatora Especial está de acuerdo con los llamados a un audaz replanteamiento de las políticas y prácticas de salud pública, de preparación para las pandemias, de solidaridad internacional y en favor del respeto, el ejercicio y la protección de los derechos humanos, que en última instancia determinarán el éxito de la respuesta a la pandemia.

96. Una salud aceptable requiere un enfoque urgente para garantizar el fin de la demonización y el menosprecio de la atención de la salud indígena y tradicional que promueva además un enfoque inclusivo que sea respetuoso y busque comprender y apoyar la integración en la atención primaria de salud.

97. Se requiere una investigación específica y continua sobre los impactos múltiples e interseccionales del racismo en la salud. Los datos desagregados son fundamentales para comprender no solamente las repercusiones del racismo en la salud y de la discriminación estructural en determinadas comunidades, sino también para fundamentar la elaboración de presupuestos y el gasto en medidas preventivas, curativas y paliativas, que son fundamentales para ofrecer una respuesta adecuada. Los datos desagregados también son fundamentales para responder al Llamamiento a la Acción en favor de los Derechos Humanos, el informe del Secretario General titulado “Nuestra Agenda Común”, los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el principio de no dejar a nadie atrás¹³⁵.

98. La Relatora Especial subraya la necesidad de que los Gobiernos creen líneas de investigación y presupuestos dedicados específicamente a descubrir los riesgos epidemiológicos asociados a estar sometido al racismo a lo largo de la vida¹³⁶ e insta “a las instituciones sanitarias, a los consultorios médicos y a los centros médicos académicos a que reconozcan, afronten y mitiguen los efectos del racismo en los pacientes, los proveedores, los graduados médicos internacionales y las poblaciones”¹³⁷.

¹³² A/HRC/14/20 y A/66/254.

¹³³ OMS, *Directrices sobre la atención para el aborto* (Ginebra, 2022).

¹³⁴ Véase, por ejemplo, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 25 (2020), párrs. 69, 70 y 83.

¹³⁵ Véase <https://unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/leave-no-one-behind>.

¹³⁶ Asociación Estadounidense de Medicina, National Medical Association y National Hispanic Medical Association, “The Commission to end health disparities”.

¹³⁷ *Ibid.*

99. Es importante centrarse en las enfermedades desatendidas y en las opciones terapéuticas para las afecciones que sufren predominantemente quienes viven en el llamado Sur Global, al tiempo que nos aseguramos de no culpar a las personas negras, afrodescendientes, indígenas y otras personas racializadas por las formas en que el racismo se manifiesta en sus cuerpos.

100. Para descolonizar de verdad la ayuda, se debe reexaminar la estructura del actual sistema de financiación y el modo en que se han establecido las prioridades¹³⁸. Los Estados donantes, las instituciones financieras internacionales y otros acreedores y donantes deben aplicar un enfoque basado en los derechos humanos y una perspectiva de género y de salud, y garantizar que la asistencia financiera y de otro tipo sea sostenible, esté diseñada con la participación significativa de los titulares de derechos y no dependa de la implementación de ningún tipo de condicionalidad, como las medidas de austeridad, privatizaciones o ajustes estructurales¹³⁹.

101. La Relatora Especial recomienda que las buenas prácticas, la política de salud pública y las intervenciones destacadas en el presente informe sean aplicadas por los Estados en los contextos pertinentes, y que se supervise el progreso con la agilidad necesaria de los sistemas de salud para afirmar el derecho a un sistema de protección de la salud que proporcione igualdad de oportunidades para que las personas disfruten del más alto nivel posible de salud física y mental.

102. Es urgente adoptar un enfoque interseccional basado en los derechos para acabar con el racismo como factor determinante de la salud, a fin de avanzar hacia la igualdad sustantiva y restablecer la dignidad de todas las personas.

¹³⁸ *Ibid.*

¹³⁹ Véanse, por ejemplo, [A/67/302](#), párr. 28; y Juan Pablo Bohoslavsky, “COVID-19: Llamamiento urgente para una respuesta a la recesión económica desde los derechos humanos”, 15 de abril de 2020, pág. 13. Esto fue parte de las recomendaciones hechas por 354 organizaciones y 643 personas en una declaración conjunta sobre el aborto entregada en el Consejo de Derechos Humanos en septiembre de 2020. Véase www.sexualrightsinitiative.org/resources/hrc-45-joint-civil-society-statement-abortion.