



Asamblea General

Distr. general
23 de abril de 2026
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

62º período de sesiones

15 de junio a 10 de julio de 2026

Tema 3 de la agenda

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

La salud como elemento facilitador de la dignidad

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

Resumen

En el presente informe, 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 derecho a la salud como elemento facilitador de la dignidad humana a lo largo de la vida.

La Relatora Especial examina la relación intrínseca que existe entre la dignidad y el disfrute del derecho a la salud. Analiza cómo funciona la dignidad, tanto como principio fundamental del derecho a la salud como condición práctica para su efectividad.

La titular del mandato examina las violaciones de la dignidad —entre ellas, el estigma, la discriminación, la criminalización, la coerción, la violencia y la exclusión de la toma de decisiones— como causas fundamentales de los malos resultados en materia de salud. Subraya que estos factores afectan de manera desproporcionada a las personas, los grupos y las comunidades que han sido marginados sistemáticamente.

La Relatora Especial sitúa la dignidad en el marco normativo del derecho a la salud y su interdependencia con otros derechos humanos, incluidos los derechos a la vida, a la igualdad y a la no discriminación, a la intimidad, a la información y al consentimiento informado, así como con el acceso a los determinantes básicos de la salud.

Asimismo, destaca el papel que desempeñan los determinantes básicos de la salud —en particular, los determinantes sociales, jurídicos y comerciales— en la configuración de las condiciones en que las personas nacen, viven, trabajan, envejecen y mueren, así como los efectos perjudiciales de los marcos jurídicos punitivos y de las prácticas comerciales no reguladas sobre la autonomía, el acceso a la atención y la equidad en materia de salud.

La Relatora Especial afirma que no puede haber salud sin dignidad, y que la dignidad no puede prosperar sin salud. Hace un llamamiento a los Estados y a otras partes interesadas para que sitúen la dignidad en el centro de la legislación, las políticas y las prácticas de salud, eliminando las barreras estructurales, reforzando la participación y la rendición de cuentas, regulando el poder de los actores no estatales y dando prioridad a las personas más desfavorecidas.



I. Introducción

1. La Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental subraya que la dignidad es el valor inherente e igualitario de todo ser humano; no depende de la condición social ni de los logros, sino que se fundamenta en el mero hecho de ser humano, lo que incluye la capacidad común de sufrir, de depender de la empatía de los demás y de desarrollar la personalidad y proyectos de vida propios¹. La titular del mandato afirma que el sistema de derechos humanos se asienta en esta concepción. En 1948, los Estados acordaron que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, con lo que se estableció una base universal para la relación entre el individuo, la comunidad y el Estado².

2. De este principio se deriva el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. La titular del mandato afirma que, al hacerse efectivo, el derecho a la salud refuerza la dignidad, y destaca que la salud y la dignidad se refuerzan mutuamente a lo largo de toda la vida: un trato digno favorece el bienestar, y una buena salud física y mental permite la autonomía, la participación y el desarrollo personal dentro de la comunidad.

3. La dignidad no es un mero complemento retórico de las políticas de salud, sino un principio normativo y práctico que exige a los Estados tratar a las personas como titulares de derechos con capacidad de actuación, distribuir los recursos de manera equitativa, eliminar las barreras estructurales y garantizar que los sistemas de atención reconozcan la diversidad y respeten las identidades autodefinidas.

4. Al inicio de su mandato, la Relatora Especial consideró la dignidad como una prioridad estratégica, con el objetivo de tratarla como un principio fundamental que impregna el derecho a la salud³. En el marco de su labor temática sobre los derechos en materia de salud sexual y reproductiva, la reducción de daños, el racismo, las tecnologías digitales, los sistemas alimentarios, la salud mental y los derechos de los trabajadores sanitarios y asistenciales, la titular del mandato ha identificado una serie de indignidades recurrentes —entre las que se incluyen el estigma, la discriminación, la criminalización, los tratamientos no consentidos, las barreras que impiden el acceso a los determinantes básicos de la salud y la violencia— como causas profundas de morbilidad, mortalidad y sufrimiento evitables⁴.

5. La Relatora Especial afirma que la vulnerabilidad y la dependencia forman parte de la condición humana; sin embargo, las leyes y las políticas generan a menudo una vulnerabilidad evitable y sistemática al concentrar las asimetrías de poder y exponer a algunos grupos y comunidades marginados a un mayor riesgo de indignidad y consecuencias negativas para la salud. Destaca que la criminalización, la discriminación y la estigmatización con frecuencia marginan a las personas, agravan la exclusión social y niegan el acceso en condiciones de igualdad a los servicios, la información, la participación y la rendición de cuentas.

6. Más allá del acceso a la asistencia sanitaria y los determinantes básicos de la salud, la dignidad y la equidad exigen la participación efectiva de los grupos y comunidades afectados en el diseño, la aplicación y la supervisión de las leyes y políticas. La Relatora Especial destaca que la participación es tanto un derecho como una práctica que reafirma la dignidad y que mejora la eficacia de las políticas al garantizar que las decisiones se basen en la experiencia vivida⁵.

7. En el contexto de las recientes crisis mundiales, entre las que ha habido pandemias, desastres relacionados con el clima, conflictos y emergencias humanitarias prolongadas, la titular del mandato considera que los enfoques de la salud basados en los derechos deben atender las necesidades inmediatas y construir al mismo tiempo sistemas resilientes e

¹ Véase <https://delawarelaw.widener.edu/files/resources/dignityrightssynopsisjuly2017.pdf>.

² Declaración Universal de los Derechos Humanos, preámbulo y art. 1; y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12.

³ Véanse la resolución 60/10 del Consejo de Derechos Humanos y [A/HRC/47/28](#).

⁴ Véase [A/HRC/56/52](#).

⁵ Véase [A/79/177](#).

inclusivos que tengan como objetivo urgente el desarrollo de comunidades sostenibles. Un enfoque basado en la dignidad contribuye a garantizar que las respuestas de emergencia no perpetúen la discriminación, la coerción o la exclusión, y que las inversiones en la recuperación y la reconstrucción refuercen la equidad a largo plazo. En su análisis, la Relatora Especial aplica un enfoque interseccional, basándose en marcos antirracistas y anticolonialistas, tal y como ha venido haciendo a lo largo de su mandato.

II. Metodología

8. El presente informe se ha elaborado de conformidad con la resolución 60/10 del Consejo de Derechos Humanos y se basa en los informes temáticos anteriores de la titular del mandato, en la labor realizada por esta y en las comunicaciones enviadas a diversas partes interesadas. La Relatora Especial se basó también en las aportaciones recibidas a través de la convocatoria pública para recibir contribuciones⁶.

9. En el informe, la Relatora Especial ha adoptado un enfoque de igualdad sustantiva y ha reconocido que las desigualdades en materia de salud se deben a estructuras que se entrecruzan, como el racismo, el sexismo, el clasismo, la discriminación por motivos de discapacidad, la xenofobia, la homofobia y la transfobia. La titular del mandato analizó la discriminación directa e indirecta, así como la discriminación estructural y *de facto*, y el impacto acumulativo de los estigmas interrelacionados.

10. La Relatora Especial analizó la manera en que los determinantes básicos de la salud condicionaban la exposición a los riesgos y las barreras al acceso a la atención sanitaria, y cómo una gobernanza, unas leyes, unas políticas y unas prácticas que respetasen la dignidad podrían reforzar el disfrute del derecho a la salud y de los derechos conexos.

11. La Relatora Especial adoptó un planteamiento que abarcaba todo el curso de la vida, reconociendo que las amenazas para la salud relacionadas con la dignidad podían comenzar antes del nacimiento y prolongarse a lo largo de la infancia, la adolescencia, la edad adulta y la vejez, incluso al final de la vida. También analizó cómo el estigma, la discriminación y la criminalización afectaban tanto a las personas que solicitan asistencia como al personal sanitario y asistencial, y la interrelación existente entre esas dinámicas, con repercusiones negativas en la dignidad de las personas.

III. Marco normativo y obligaciones de los Estados

A. Marco normativo

12. Los artículos 2, párrafo 2, y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconocen el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha subrayado que el derecho a la salud debe entenderse como un factor que contribuye a llevar una vida digna⁷.

13. La dignidad es un principio fundamental en todos los tratados fundamentales de derechos humanos y en los instrumentos regionales⁸, por cuanto orienta el contenido del derecho a la salud y enmarca las obligaciones de los Estados de respetar, proteger y hacer efectivo ese derecho de manera coherente con la autonomía, la igualdad y la participación⁹.

14. Para llevar una vida digna es necesario hacer efectivos otros derechos interdependientes, entre ellos los derechos a la alimentación, a la vivienda, al agua potable y el saneamiento, al trabajo, a la seguridad social, a la educación, a la intimidad, a la

⁶ Véase www.ohchr.org/en/calls-for-input/2026/call-input-health-enabler-dignity-hrc62-report.

⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), relativa al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párrs. 1, 8 a 12, 18 y 33 a 37.

⁸ Véase A/HRC/WG.11/42/1, párr. 10.

⁹ Declaración Universal de los Derechos Humanos, preámbulo y art. 1; y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12.

información, a la vida, al acceso al progreso científico, a la igualdad y a la no discriminación¹⁰. Las carencias en estos derechos que están interrelacionados suelen traducirse en obstáculos para acceder a la salud, lo que agrava la indignidad.

15. El derecho a la salud se basa en el derecho a la vida, que debe interpretarse como el derecho a disfrutar de una vida digna. La obligación de los Estados de proteger la vida abarca las amenazas razonablemente previsibles, también aquellas que provienen de actores privados, y exige que se adopten medidas contra el estigma, la violencia y las prácticas nocivas¹¹. El derecho a la salud es un derecho inclusivo que engloba el acceso a una atención de la salud oportuna y apropiada, lo que incluye instalaciones, bienes y servicios que estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de calidad. También engloba los determinantes básicos de la salud, como una alimentación, una nutrición y una vivienda seguras y adecuadas, agua potable y saneamiento, así como educación e información fiable en materia de salud¹².

16. La dignidad exige también que las personas no sean tratadas meramente como objetos de las políticas, sino como titulares de derechos y participantes en los procesos de elaboración de estas. El derecho a participar en los asuntos públicos y en la toma de decisiones relacionadas con la salud refuerza la legitimidad y la eficacia de los sistemas de salud y reduce el riesgo de que las políticas o prácticas reproduzcan el estigma o ignoren las realidades vividas¹³. La progresividad y el principio de no retrocesión en lo que atañe a los derechos económicos, sociales y culturales son también elementos fundamentales para garantizar la salud y la dignidad de las personas, en particular de aquellas que pertenecen a grupos marginados de la población¹⁴.

B. Obligaciones de los Estados

17. Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos. En el contexto del derecho a la salud, el deber de respetar exige a los Estados que se abstengan de interferir, directa o indirectamente, en el disfrute de la salud, lo que implica, entre otras cosas, evitar que se aprueben leyes o se adopten políticas o prácticas que contribuyan a la morbilidad y la mortalidad evitables.

18. La obligación de respetar implica abstenerse de crear y aplicar leyes, políticas y prácticas discriminatorias, así como derogarlas cuando existan. También implica evitar las prácticas coercitivas en la asistencia sanitaria y garantizar la protección de la autonomía corporal, el consentimiento informado, la confidencialidad y la privacidad.

19. El deber de proteger exige que los Estados adopten medidas legislativas y de otro tipo para impedir que terceros interfieran en el disfrute del derecho a la salud. Esto incluye regular a proveedores de asistencia sanitaria, empresas y otras entidades privadas cuyas prácticas puedan menoscabar la salud y la dignidad, asegurando la rendición de cuentas en caso de que se vea afectado negativamente el derecho a la salud.

20. Esta obligación exige a los Estados que adopten medidas deliberadas, concretas y específicas, utilizando al máximo los recursos disponibles, para hacer efectivo el derecho a la salud de una manera compatible con la dignidad. Eso implica crear entornos propicios, abordar los determinantes básicos de la salud, prestar servicios y proporcionar información fiable, así como asegurar la participación efectiva y la rendición de cuentas.

21. Si bien ciertos aspectos del derecho a la salud deben hacerse efectivos de manera progresiva, la Relatora Especial subraya que las obligaciones de no discriminación, igualdad y acceso a los servicios esenciales y a las protecciones básicas mínimas tienen efecto

¹⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000).

¹¹ Comité de Derechos Humanos, observación general núm. 36 (2018), relativa al derecho a la vida, párrs. 3, 18, 21 y 26.

¹² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párrs. 1, 8 a 12, 18 y 33 a 37.

¹³ Véase [A/79/177](#).

¹⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párrs. 32 y 48.

inmediato. Por lo tanto, los enfoques basados en la dignidad exigen una actuación urgente cuando los marcos jurídicos, las políticas o las prácticas generen exclusión o perjuicios¹⁵.

IV. La salud y la dignidad como derechos inextricablemente vinculados

A. Las dimensiones del derecho a la salud

22. El derecho a la salud abarca tres dimensiones interrelacionadas: la autonomía, la atención sanitaria y la prevención. Para hacer efectivo el derecho a la salud respetando la dignidad es necesario avanzar en las tres dimensiones de manera conjunta, entre otras cosas, actuando sobre los determinantes básicos de la salud y empleando medidas que protejan la autonomía, la igualdad y la no discriminación.

23. En primer lugar, la dimensión de la autonomía incluye libertades y derechos que protegen a las personas frente a cualquier injerencia en su autonomía corporal y les permiten tomar decisiones responsables sobre su salud y su cuerpo, sin coacción, estigmatización ni discriminación.

24. En segundo lugar, la dimensión de la atención sanitaria requiere un sistema de instalaciones, bienes y servicios que estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de calidad, prestados en condiciones equitativas y que respondan a las diversas necesidades, con el objetivo de no dejar a nadie atrás.

25. En tercer lugar, la dimensión de la prevención exige la adopción de medidas para prevenir la aparición y la progresión de las enfermedades y crear las condiciones que permitan a todas las personas llevar una vida saludable, entre otras cosas, abordando los determinantes sociales, jurídicos y comerciales de la salud.

26. La dignidad constituye tanto un umbral mínimo —que prohíbe la violencia, la coacción y los tratos degradantes— como un referente dinámico de progreso, que orienta a los sistemas de salud hacia la igualdad sustantiva, la inclusión, la participación y la no discriminación.

27. A fin de hacer efectiva la dignidad, los Estados deben integrar las normas de derechos humanos en la legislación, las políticas sanitarias y la normativa; garantizar que en la elaboración de presupuestos y la asignación de recursos se dé prioridad a las personas más desfavorecidas; y crear mecanismos participativos que incorporen las experiencias vividas en los procesos de diseño y supervisión, con objeto de garantizar la rendición de cuentas.

28. La dignidad protege la esfera de la intimidad personal, la integridad física y la autonomía. Requiere protección frente a tratos degradantes, registros o vigilancia intrusivos y violaciones de la autonomía corporal, también en el contexto de los exámenes y tratamientos médicos¹⁶.

29. Concebir la salud a través del prisma de la dignidad supone reconocer a las personas no solo como pacientes, sino como titulares de derechos merecedores de respeto y dotados de autonomía para tomar decisiones sobre su cuerpo y su salud. Ello implica facilitar el acceso a información comprensible y fiable, darles tiempo suficiente para tomar una decisión y ofrecerles la posibilidad de rechazar o interrumpir el tratamiento sin represalias ni temor a sufrirlas. Asimismo, es necesario que los marcos de consentimiento sean efectivos en la práctica, lo que implica efectuar ajustes razonables para las personas con discapacidad y las personas de edad, velar por la accesibilidad de la comunicación y disponer de mecanismos

¹⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 20 (2009), relativa a la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, párrs. 8 a 10 y 18 a 27.

¹⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 8; y [A/64/272](#); véase también [A/64/272](#).

de toma de decisiones con apoyo que respeten la capacidad jurídica y las preferencias de cada persona¹⁷.

30. En el ámbito de los derechos de salud sexual y reproductiva, la dignidad exige el respeto de las decisiones relativas a la reproducción y la vida sexual, así como la protección frente a restricciones legales punitivas que limitan la autonomía corporal y generan estigmatización y discriminación. Las restricciones que penalizan a quienes solicitan un aborto, a quienes lo practican o a quienes los asisten pueden forzar a las personas a recurrir a prácticas inseguras y disuadirlas de solicitar o prestar asistencia posterior al aborto¹⁸.

31. La criminalización de las relaciones entre personas del mismo sexo y de la diversidad de género atenta contra la dignidad al negar el valor intrínseco de las personas, aumenta la exposición a la violencia y dificulta el acceso a los servicios de prevención y tratamiento. Los enfoques basados en la dignidad requieren la derogación de las leyes punitivas y la adopción de medidas para prevenir la actuación policial discriminatoria y la violencia¹⁹.

32. La innovación digital puede contribuir a mejorar la salud, la equidad y la inclusión cuando va acompañada de medidas sólidas de protección de la privacidad, la confidencialidad y la integridad. Por el contrario, las prácticas intrusivas en materia de datos y la protección insuficiente de la confidencialidad pueden conllevar la criminalización o la estigmatización de las personas y socavar el acceso digno a la atención sanitaria²⁰.

33. La autonomía se refuerza cuando las comunidades pueden influir en los determinantes básicos de la salud, entre otras cosas, mediante la gobernanza participativa de los sistemas alimentarios, las políticas ambientales y las tecnologías sanitarias. Por lo tanto, la participación basada en la dignidad favorece tanto la autonomía individual como el bienestar colectivo²¹.

B. Autonomía

34. La Relatora Especial reitera que la autonomía corporal y el consentimiento informado son pilares fundamentales de la dignidad en la atención de la salud²². Antes de cualquier tratamiento médico es necesario obtener el consentimiento previo, libre e informado de la persona, respaldado por información accesible y fiable, así como respetar su privacidad y su integridad corporal²³.

35. El acceso a información sanitaria precisa, oportuna, accesible y fiable es una condición indispensable para hacer efectivo el derecho a la salud y lograr una autonomía significativa. Sin información, no se pueden tomar decisiones fundamentadas en materia de prevención, tratamiento o cuidados, ni participar de manera efectiva en la elaboración de políticas y la toma de decisiones relacionadas con la salud²⁴.

36. La confidencialidad en los entornos sanitarios es fundamental para generar confianza y que las personas acudan a recibir atención médica. Las deficiencias en las salvaguardias de la confidencialidad exponen a las personas al estigma, la violencia y las repercusiones legales, y crean barreras sistémicas para los grupos marginados, entre ellos las personas que viven con el VIH, los migrantes, los adolescentes, las personas de edad, los trabajadores sexuales y las personas que consumen drogas²⁵.

¹⁷ Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, observación general núm. 1 (2014), relativa al igual reconocimiento como persona ante la ley, y observación general núm. 5 (2017), relativa al derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad.

¹⁸ Véase [A/76/172](#).

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ Véase [A/HRC/53/65](#).

²¹ Véase [A/79/177](#).

²² Véase [A/64/272](#).

²³ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 7; y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 8.

²⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 12 b) iv) y c).

²⁵ *Ibid.*

37. Las restricciones a la confidencialidad deben ser excepcionales, han de estar estrictamente delimitadas y deben ir acompañadas de salvaguardias procesales para evitar que se apliquen de manera arbitraria. Cuando las obligaciones de notificación o las prácticas de intercambio de datos disuaden a las personas de acudir al médico, se pueden generar efectos perjudiciales en la salud y socavar la dignidad.

38. Las medidas de protección de la privacidad deben hacer frente a los nuevos retos relacionados con los datos de salud digitales y el intercambio de información. Del mismo modo, las prácticas intrusivas en materia de datos pueden menoscabar la dignidad y disuadir del acceso a la atención sanitaria, especialmente cuando los datos pueden utilizarse para criminalizar o estigmatizar las decisiones relacionadas con la salud o la identidad de una persona²⁶.

39. La Relatora Especial hace hincapié en que una gestión de datos basada en la dignidad requiere sólidas salvaguardias para la integridad, seguridad y confidencialidad de los datos, incluidas medidas de protección contra la vigilancia y la elaboración de perfiles que afectan de manera desproporcionada a los grupos marginados, así como vías de recurso accesibles en caso de uso indebido de la información personal de salud²⁷.

C. Igualdad y no discriminación

40. La igualdad y la no discriminación son obligaciones inmediatas²⁸. La discriminación en el acceso a la asistencia sanitaria y los determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos necesarios para su obtención, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, fortuna, nacimiento, orientación sexual y condición civil, política, social o de otro tipo, tiene como consecuencia anular o menoscabar el disfrute o el ejercicio en condiciones de igualdad del derecho a la salud²⁹.

41. La discriminación directa incluye actos u omisiones que tratan a las personas de manera menos favorable por motivos prohibidos, entre ellos la raza, el sexo, la discapacidad, el estado de salud, la situación económica y social, la orientación sexual y la identidad de género.

42. La discriminación indirecta incluye leyes, políticas o prácticas aparentemente neutras que tienen efectos adversos desproporcionados en los grupos protegidos: por ejemplo, los requisitos de documentación que excluyen de la atención sanitaria a los migrantes, las personas sin hogar u otros colectivos.

43. Los enfoques basados en la dignidad implican que los Estados han de identificar ambas formas de discriminación y eliminarlas, por ejemplo, con medidas positivas que den prioridad a las personas más desfavorecidas. Ello incluye modificar los marcos jurídicos relacionados con el estigma y la marginación, y garantizar unos servicios culturalmente seguros³⁰.

44. La no discriminación exige prestar atención no solo a la igualdad formal, sino también a los efectos que tienen en la vida cotidiana las formas interseccionales de opresión. Cuando las personas se enfrentan a estigmas que se solapan —por ejemplo, por motivos de raza, orientación sexual, identidad de género y estado de salud—, las barreras para acceder a la atención sanitaria pueden acrecentarse y requieren respuestas personalizadas y participativas.

²⁶ Véase A/HRC/53/65.

²⁷ *Ibid.*

²⁸ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 2, párr. 2.

²⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 18.

³⁰ *Ibid.*, párrs. 8 a 10 y 18 a 27.

D. Los determinantes básicos de la salud

45. La Relatora Especial destaca que los resultados en materia de salud no solo dependen de factores biológicos y del comportamiento individual, sino también de las circunstancias y los entornos en los que las personas nacen, viven, trabajan, envejecen y fallecen. Por lo tanto, la dignidad exige que se preste atención a los determinantes básicos de la salud, más allá del mero acceso a la asistencia sanitaria³¹.

46. Los determinantes sociales de la salud —como los ingresos, la vivienda, la educación, el empleo, la seguridad alimentaria y la exposición a la violencia— están condicionados por la discriminación, la exclusión y la estigmatización, tanto históricas como actuales. Cuando estas condiciones se ven agravadas por barreras sistémicas, generan desigualdades en materia de salud que podrían evitarse y limitan la posibilidad de que las personas lleven una vida digna³².

47. El estigma actúa como un poderoso determinante básico de la salud, puesto que genera exclusión social y trato discriminatorio. La titular del mandato reitera que los determinantes estructurales, como el racismo y otras formas interseccionales de discriminación, pueden provocar retrasos en el diagnóstico, experiencias terapéuticas negativas, un tratamiento inadecuado del dolor y la renuncia a acudir a los servicios, lo que empeora los resultados de salud³³.

48. El estigma también perjudica la salud mental. Las experiencias discriminatorias en los entornos de atención de la salud mental o el estigma social pueden disuadir a las personas de buscar ayuda, aumentar la dependencia de respuestas institucionales coercitivas y reforzar el distanciamiento social y la desvalorización. Del mismo modo, los servicios de proximidad y las medidas de protección contra la coacción son elementos fundamentales de una política de salud mental basada en la dignidad.

49. Entre los determinantes jurídicos de la salud se incluyen las leyes, las políticas y las prácticas que consolidan el estigma y condicionan el acceso a los servicios. Los marcos excesivamente punitivos que penalizan determinados comportamientos, identidades o afecciones pueden suponer un obstáculo para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, así como agravar la exposición a la violencia, el acoso y la aplicación arbitraria de la ley³⁴.

50. La criminalización puede socavar la confianza en los sistemas de salud cuando las personas temen que el contacto con los profesionales sanitarios pueda suponer que las sancionen, o que las detengan, las priven de libertad, las expulsen o les retiren la custodia de los hijos. Este temor afecta a la búsqueda de atención médica para afecciones agudas, al tratamiento de las enfermedades crónicas y a los servicios preventivos.

51. En algunos contextos, las políticas contrarias a la inmigración, el racismo o la discriminación por motivos raciales restringen el acceso a los servicios de salud o pueden imponer obligaciones de notificación injustas al personal sanitario y asistencial, lo que disuade a las personas afectadas de buscar atención médica y las obliga a elegir entre salud y seguridad. La Relatora Especial advierte de que las disposiciones que obligan a compartir información con las fuerzas del orden pueden socavar la confidencialidad y minar la confianza, que es esencial en la relación entre el paciente y el profesional sanitario.

52. Los determinantes comerciales de la salud también ponen en peligro la dignidad. Cuando los productos y prácticas nocivos no están regulados o lo están de forma deficiente, las empresas pueden comercializar de manera agresiva tabaco, alcohol y alimentos poco saludables, presionando al mismo tiempo contra las políticas de protección, lo que agrava las desigualdades y limita las opciones reales, con un efecto disuasorio entre los grupos marginados, incluidas las personas en situación de pobreza y los jóvenes³⁵.

³¹ Véase www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health; y www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health.

³² *Ibid.*

³³ Véase A/76/172.

³⁴ Véase A/HRC/56/52.

³⁵ Véase A/78/175.

53. El marketing de alimentos y bebidas —especialmente cuando es engañoso o está dirigido selectivamente a través de medios digitales— puede socavar la autonomía al moldear las preferencias y la exposición a través de tácticas explotadoras que anteponen el beneficio económico al bienestar. La Relatora Especial subraya que una gobernanza basada en la dignidad exige abordar los conflictos de intereses y asegurar que sean los datos científicos, y no la influencia de las empresas, los que determinen las políticas de salud pública.

54. Las respuestas basadas en la dignidad también exigen transformar las condiciones que crean y perpetúan los patrones de privilegio y opresión, entre otras cosas, mediante la eliminación de formas perjudiciales de criminalización, la regulación de los actores empresariales, el fortalecimiento de la protección social y la participación de las comunidades afectadas en los procesos de adopción de decisiones.

55. En situaciones de emergencia y escasez de recursos, los criterios de triaje discriminatorios pueden menospreciar el valor de algunas vidas al basarse en valoraciones de la calidad de vida o en predicciones de supervivencia a largo plazo vinculadas a la discapacidad o la edad. La dignidad exige que los criterios clínicos eviten los prejuicios discriminatorios y que las medidas de protección garanticen la igualdad de acceso a las instalaciones, la atención, los productos básicos y los servicios.

E. Servicios de salud y cuidados dignos

56. La dignidad exige una atención sanitaria que esté disponible y sea accesible, asequible, de buena calidad, culturalmente aceptable y libre de discriminación. También requiere sistemas que tengan en cuenta la diversidad y que prevengan la violencia, la coacción y los tratos estigmatizantes.

57. En la práctica, la atención sanitaria puede convertirse en un espacio de deshumanización y exclusión. Las comunidades marginadas pueden sufrir discriminación, estigmatización y racismo dentro de los sistemas sanitarios, lo que les lleva a evitar acudir a los servicios de salud, a un empeoramiento de los resultados de salud y a relaciones tensas con el personal sanitario y asistencial³⁶.

58. La Relatora Especial advierte de que los sistemas de salud que ignoran la identidad de género autodefinida, menosprecian los conocimientos indígenas o recurren a la institucionalización para tratar las discapacidades psicosociales pueden menoscabar la dignidad al negar la capacidad de actuar y el sentido de pertenencia. Del mismo modo, los servicios basados en la dignidad requieren la integración de los conocimientos interculturales e indígenas, una comunicación respetuosa y apoyo a la atención comunitaria.

59. La criminalización y las políticas punitivas pueden excluir todavía más a las personas de la atención sanitaria. Los trabajadores y trabajadoras sexuales pueden evitar recibir tratamiento por temor a sufrir represalias o a ser derivados al sistema de justicia penal; las personas que consumen drogas pueden evitar acudir a los servicios sanitarios por miedo a ser sancionadas; y aquellas que desean abortar pueden recurrir a prácticas poco seguras para evitar ser descubiertas, lo que retrasa la atención médica incluso cuando surgen complicaciones³⁷.

60. La atención basada en la dignidad exige sólidas garantías de confidencialidad y de secreto profesional, entre otras cosas para asegurar el acceso al tratamiento de las emergencias obstétricas y a la atención posterior al aborto, y para evitar que las medidas de control migratorio disuadan a las personas de solicitar asistencia médica³⁸.

61. Los cuidados paliativos son un componente esencial de la salud con dignidad a lo largo de toda la vida. Reforzar los cuidados paliativos en los sistemas de salud alivia el dolor y el sufrimiento evitables y favorece la toma de decisiones informadas sobre la aceptación,

³⁶ Véase [A/77/197](#).

³⁷ Véase [A/HRC/56/52](#).

³⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 12 b) iv) y c).

el rechazo o la interrupción del tratamiento, entre otras cosas mediante la prestación de servicios culturalmente adecuados y una información clara³⁹.

62. La titular del mandato destaca que la dignidad de los trabajadores sanitarios y asistenciales es parte integrante de la salud con dignidad. Trabajar en condiciones seguras, estar protegidos frente a la violencia, disponer de los recursos adecuados y participar en la toma de decisiones permiten a los trabajadores sanitarios y asistenciales prestar una atención basada en los derechos y actuar como defensores del derecho a la salud⁴⁰.

63. Las estrategias relativas al personal sanitario deben incluir formación en materia de derechos humanos, no discriminación y seguridad cultural, y han de abordar las desigualdades estructurales que afectan al personal sanitario, como el racismo, la discriminación de género y la precariedad de las condiciones laborales.

64. La calidad de la atención basada en la dignidad engloba la atención de maternidad respetuosa, la prevención de la violencia obstétrica, medidas de protección frente a coacciones y negligencias, y políticas que permitan la toma de decisiones informadas a lo largo de toda la vida.

65. La titular del mandato advierte de que los sistemas de salud deben prepararse con antelación para evitar enfoques discriminatorios en situaciones de emergencia y escasez de recursos. Señala que los protocolos y las directrices de triaje deben diseñarse para que respeten la igualdad de valor y eviten basarse, explícita o implícitamente, en características protegidas como la discapacidad o la edad.

66. Cuando se prestan servicios de manera culturalmente inadecuada, especialmente en el caso de los Pueblos Indígenas y las comunidades minoritarias, los enfoques basados en la dignidad requieren una adaptación, intérpretes cuando sea necesario y el reconocimiento de los conocimientos y las preferencias de la comunidad en cuestión.

67. Una atención sanitaria digna se refuerza cuando los servicios se prestan en entornos comunitarios, se reduce la institucionalización innecesaria y se integran en el enfoque de prestación de servicios los servicios sociales —por ejemplo, en el ámbito de la vivienda, las ayudas económicas y la asistencia jurídica— que abordan los determinantes de la salud y tienen en cuenta la marginación y la exclusión históricas.

F. Prevención de daños: creación de entornos propicios

68. Las políticas de atención preventiva de la salud se basan en la dignidad cuando amplían las opciones significativas en lugar de limitarlas.

69. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades, se incluye el derecho a decidir sobre la propia salud, que engloba el derecho a no ser sometido a tratamientos médicos ni a experimentos sin consentimiento. Entre los derechos derivados del derecho a la salud, se incluye el derecho a un sistema de protección de la salud (es decir, la asistencia sanitaria y los determinantes sociales básicos de la salud) que ofrezca a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

70. La dignidad exige una distribución equitativa de los determinantes básicos de la salud, entre los que se incluyen el acceso a una alimentación adecuada y nutritiva, a la educación y a la protección social, así como a una información accesible y fiable. Para prevenir daños, es necesario abordar las condiciones que hacen que las personas enfermen y fomentar aquellas que propician la salud.

71. La crisis climática también tiene efectos negativos en la dignidad y la seguridad humanas. Entre sus repercusiones humanas y ambientales, se cuentan la pérdida de tierras y viviendas, la disminución de la cantidad y la calidad de la producción alimentaria, la inseguridad alimentaria y la malnutrición, así como los desplazamientos forzados.

³⁹ Véase www.who.int/health-topics/palliative-care; y resolución WHA 67.19 de la Asamblea Mundial de la Salud.

⁴⁰ Véase <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3ef6ee65-42fa-4d2b-9c75-d55b2df17f9a/content>.

72. Los sistemas alimentarios, moldeados por la globalización y los poderosos intereses corporativos, pueden desplazar a las dietas tradicionales más saludables y aumentar la exposición a alimentos poco saludables y ultraprocesados mediante una comercialización agresiva y, en ocasiones, engañosa. En este sentido, la focalización digital de los mensajes comerciales puede agravar la situación de quienes ya se encuentran en una situación de desventaja⁴¹.

73. Para prevenir daños es necesario, además, hacer frente al racismo estructural y a otras formas de discriminación que determinan la exposición de las personas a los daños, como la contaminación del aire y del agua, incluida la desposesión de tierras, las condiciones de trabajo inseguras y el acceso desigual a alimentos nutritivos y a una vivienda segura.

74. La titular del mandato reitera que los enfoques de reducción de daños son esenciales, ya que los marcos punitivos agravan los problemas de salud. Medidas como los programas de intercambio de agujas y jeringuillas, el tratamiento con agonistas opioides, el análisis de sustancias, la prevención de sobredosis y el apoyo social pueden reducir la morbilidad y la mortalidad evitables y preservar la dignidad⁴².

75. La Relatora Especial subraya que la plena aplicación de las medidas de prevención depende también del fortalecimiento de los sistemas de protección social, incluidas las ayudas a los ingresos, las prestaciones por discapacidad, el acceso a servicios de guardería y los permisos remunerados, que pueden reducir los riesgos para la salud y contribuir a una vida digna.

76. La titular del mandato subraya que los marcos de seguimiento y evaluación deben analizar el impacto de las políticas preventivas en la equidad, incluidas las diferencias de impacto en función de la raza, el género, la discapacidad, la edad y la situación socioeconómica, y asegurar la adopción de medidas correctivas cuando persistan las disparidades.

77. La Relatora Especial destaca que las políticas preventivas deben tener en cuenta los determinantes ambientales de la salud, como la contaminación atmosférica, la calidad del agua y la resiliencia climática, reconociendo sus efectos sobre la salud y la capacidad de vivir con dignidad. En este sentido, la prevención requiere invertir en la atención primaria y en los sistemas de salud comunitarios, ya que constituyen la base para la intervención temprana, la continuidad de la atención y el fomento de la confianza.

V. Gobernanza

78. Más allá de las leyes y políticas individuales, las estructuras de gobernanza regulan los sistemas multisectoriales que afectan a la salud y la dignidad. La dignidad debe integrarse en la gobernanza mediante normas, procesos e instituciones que regulen las relaciones entre el Estado, el sector privado, la sociedad civil, las comunidades y los individuos⁴³.

A. Participación

79. La participación significativa de las personas más afectadas por las leyes y las políticas en su formulación, aplicación y evaluación mejora la eficacia y reafirma la dignidad al poner en valor la experiencia vivida. Por consiguiente, la participación es tanto un derecho intrínseco como un requisito fundamental para una política sanitaria eficaz.

80. La criminalización, la discriminación y el estigma pueden provocar la exclusión de los grupos marginados de la formulación de políticas y perpetuar políticas ineficaces y perjudiciales. La Relatora Especial señala que es necesario eliminar estas barreras para garantizar una participación inclusiva y reforzar la igualdad sustantiva⁴⁴.

⁴¹ Véase [A/HRC/26/31](#).

⁴² Véase [A/HRC/56/52](#).

⁴³ Véase [A/79/177](#).

⁴⁴ *Ibid.*

81. La participación requiere acceso a información fiable y a materiales en formatos accesibles y en los idiomas adecuados. En el contexto de los ataques basados en información errónea, la Relatora Especial destaca que garantizar una información sanitaria fiable es necesario para la autonomía, la participación y la confianza.

82. La participación también requiere seguridad. Para que las comunidades afectadas por perfilamientos raciales, prácticas policiales punitivas, discriminación o violencia puedan participar con seguridad será necesario poner en práctica protecciones jurídicas, preservar la confidencialidad, destinar recursos a las organizaciones comunitarias y aplicar garantías contra las represalias.

83. La titular del mandato señala que la participación debe tener lugar a lo largo de todo el ciclo de las políticas, desde que se define la agenda, hasta que se redactan, se aplican y se evalúan las políticas, y no limitarse a una consulta cuando ya se han tomado las decisiones clave.

84. El fomento de la capacidad puede favorecer una participación significativa, por ejemplo, al favorecer el acceso a la información técnica, proporcionar servicios de traducción e interpretación, y dotar de recursos a las iniciativas de recopilación de datos y seguimiento dirigidas por la comunidad.

85. La titular del mandato destaca la importancia de que los trabajadores sanitarios y asistenciales participen también en la formulación de políticas, ya que su participación puede propiciar políticas equitativas, prácticas y sostenibles, y mejorar su aplicación al basar las decisiones en la experiencia sobre el terreno⁴⁵.

86. La Relatora Especial señala que la participación se ve reforzada cuando los Estados protegen el espacio cívico y las libertades de asociación, expresión y reunión, reconociendo que estas propician la defensa de la salud y la dignidad.

87. En contextos humanitarios, la participación debe incluir a las personas desplazadas, los migrantes y las comunidades afectadas en la planificación de los servicios de salud y la asignación de recursos, asegurando que las respuestas de emergencia no perpetúen la exclusión.

88. Para que la participación sea significativa, es necesario también corregir las asimetrías de poder en la gobernanza mundial de la salud, lo que incluye velar por que los países de ingreso bajo y mediano y las comunidades afectadas tengan influencia sobre las prioridades y la financiación.

89. La Relatora Especial subraya la necesidad de contar con mecanismos de participación cuya eficacia e inclusividad se evalúen, analizando, entre otras cosas, si dan lugar a cambios políticos concretos y si reflejan de manera genuina las voces de los grupos marginados.

90. La participación también es fundamental en la gobernanza de las tecnologías de salud digital, entre otras cosas al facilitar la aportación comunitaria al diseño, la gestión de datos y los mecanismos de rendición de cuentas.

91. La participación debe entenderse como una práctica de dignidad en la vida pública que forma parte de un ciclo continuo, y no como un mero trámite puntual, y debe involucrar a todos los titulares de derechos interesados.

B. Transparencia y conflictos de intereses

92. La Relatora Especial advierte de que los conflictos de intereses en la gobernanza menoscaban la dignidad, al anteponer el beneficio privado a las necesidades públicas y minar la confianza. Las obligaciones de los Estados de respetar y proteger el derecho a la salud incluyen abstenerse de establecer alianzas que permitan que la toma de decisiones sirva a intereses privados e impedir que terceros interfieran en la efectividad de los derechos humanos⁴⁶.

⁴⁵ Véase <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3ef6ee65-42fa-4d2b-9c75-d55b2df17f9a/content>.

⁴⁶ Véase A/79/177.

93. La transparencia y el acceso a la información son esenciales para la participación y para resolver los conflictos de intereses, incluso en los casos en que las empresas financian pruebas engañosas o prácticas de “blanqueo” que distorsionan la percepción pública de los riesgos para la salud y las opciones en materia de políticas⁴⁷.

94. En el sector de la salud, la transparencia es necesaria para mantener la confianza, en particular la transparencia en la contratación pública, la asignación de unos recursos escasos y los fundamentos en los que se basan las guías clínicas.

95. La Relatora Especial destaca la importancia de velar por que los mecanismos de denuncia sean accesibles para los grupos marginados y que las medidas correctivas incluyan tanto la reparación individual como reformas estructurales.

96. Las instituciones nacionales independientes de derechos humanos, las defensorías del pueblo y los tribunales pueden contribuir a ofrecer soluciones y garantizar la rendición de cuentas sistémica, entre otras cosas mediante la supervisión de las políticas y prácticas de salud.

C. Rendición de cuentas

97. La rendición de cuentas exige que se adopten medidas correctivas y reparaciones efectivas ante las violaciones de derechos, así como medidas para evitar que estas se repitan, mediante la supervisión, la regulación y la imposición de sanciones cuando sea necesario.

98. En el ámbito sanitario, la rendición de cuentas incluye sistemas para denunciar y combatir los malos tratos, la discriminación y la violencia, incluida la violencia obstétrica y los abusos en entornos institucionales. Las campañas de formación y sensibilización pueden contribuir a prevenir y detectar las violaciones.

99. La rendición de cuentas exige también que se preserve la confidencialidad, de modo que las personas puedan acceder a la atención sanitaria sin temor a sufrir represalias. Las normas que hacen hincapié en el secreto profesional y la confidencialidad pueden ser fundamentales para garantizar el acceso a la atención de urgencia y evitar que las personas se vean disuadidas de acudir al médico⁴⁸.

100. La Relatora Especial señala que la rendición de cuentas de las empresas debe incluir la aplicación de la normativa, sanciones por prácticas de comercialización engañosas y medidas para prevenir los daños causados por productos y prácticas que socavan la salud.

101. En el ámbito de la salud digital, la rendición de cuentas exige que los sistemas puedan auditarse, que se realicen análisis de impacto, que se establezcan medidas de protección contra los sesgos y la discriminación, y que existan vías claras para que las personas puedan impugnar el uso indebido de los datos o la toma de decisiones automatizada⁴⁹.

102. Los marcos de rendición de cuentas deben recabar la participación de las comunidades afectadas en la supervisión, garantizando que el seguimiento refleje la experiencia vivida y que las medidas correctivas respondan al daño sufrido por los grupos marginados.

103. En situaciones de emergencia, la rendición de cuentas es fundamental para que las medidas excepcionales tengan una duración limitada y sean proporcionadas y no discriminatorias, así como que las personas afectadas tengan acceso a vías de recurso en caso de sufrir daños.

104. La titular del mandato destaca la importancia de la cooperación internacional para abordar los determinantes de la salud transfronterizos, incluidas las prácticas empresariales y las cadenas mundiales de suministro, velando por la rendición de cuentas más allá de las fronteras nacionales.

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Manuela y otros vs. El Salvador*, sentencia, 2 de noviembre de 2021, párrs. 204 a 215.

⁴⁹ Véase [A/HRC/53/65](#).

105. Los mecanismos de rendición de cuentas deben revisarse y reforzarse periódicamente, entre otras cosas para tener en cuenta los riesgos emergentes derivados de las nuevas tecnologías y la evolución de las estrategias comerciales. La rendición de cuentas también debe estar vinculada al aprendizaje y la mejora, utilizando las conclusiones para reformar las políticas, reforzar los servicios y prevenir futuras violaciones de derechos.

106. Al aplicar estas medidas, la rendición de cuentas no debe convertirse en un acto punitivo o estigmatizante en sí mismo, sino que debe seguir centrándose en la prevención, la reparación y el cambio estructural.

VI. Buenas prácticas

107. Los Estados y las partes interesadas han informado de prácticas destinadas a promover la salud y la dignidad de las poblaciones afectadas por el estigma y la exclusión. Estos ejemplos ilustran el valor práctico de los enfoques basados en los derechos y la importancia del liderazgo comunitario.

108. En Australia, las medidas dirigidas a atender las necesidades de los pueblos aborígenes e isleños del estrecho de Torres reconocen las importantes desigualdades en la salud y los tratamientos que existen en el sistema sanitario⁵⁰. Las autoridades están colaborando con los gobiernos tanto nacionales como locales para reducir el estigma y la discriminación asociados a la salud mental que enfrentan las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, *queer*, intersexuales, asexuales y otras personas de género diverso, así como las personas que viven con el VIH, entre otros colectivos⁵¹.

109. En el Estado Plurinacional de Bolivia, el Plan Plurinacional de Salud Mental (2026-2030) aborda la estigmatización de las personas con trastornos mentales o por consumo de sustancias, y destaca que la legislación nacional exige que la atención se preste en centros comunitarios, donde el paciente no pierda sus vínculos sociales ni su autonomía⁵².

110. En Cuba, el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual, el VIH y las Hepatitis (2019-2023), incorporó un enfoque centrado en la reducción del estigma, que incluía intervenciones en el ámbito de la atención primaria y el trabajo con poblaciones clave⁵³.

111. En la República Dominicana se aprobaron leyes y planes nacionales orientados a eliminar o reducir el estigma, la discriminación y la criminalización, en particular en relación con el VIH⁵⁴.

112. En México, el Instituto Mexicano de Seguro Social para el Bienestar, a través de su programa institucional para el período 2025-2030, da prioridad a reducir la falta de acceso a la atención sanitaria mediante un enfoque comunitario e intercultural, entre otras cosas⁵⁵.

113. En Marruecos, la Ley Marco núm. 06/22, relativa al sistema nacional de salud, sitúa el respeto y la dignidad humana en el centro de la atención sanitaria. La ley consagra la protección de la integridad física y moral de las personas, el respeto del derecho del paciente a acceder a la información relativa a su estado de salud, así como la lucha contra cualquier forma de discriminación o estigmatización por motivos de su estado de salud o discapacidad, entre otras cosas⁵⁶.

114. En Portugal se han puesto en marcha iniciativas relacionadas con el VIH/sida para hacer frente al estigma y a las barreras a la atención sanitaria a las que se enfrentan las personas afectadas, entre otras cosas mediante la creación del Centro Antidiscriminación para

⁵⁰ Comunicación de Australia.

⁵¹ *Ibid.*

⁵² Véase la comunicación del Estado Plurinacional de Bolivia.

⁵³ Comunicación presentada por 4Métrica y Civil Rights Defenders (Cuba).

⁵⁴ Véase la comunicación de la República Dominicana.

⁵⁵ Comunicación de México.

⁵⁶ Comunicación de Marruecos.

el VIH y el Sida, que ofrece asesoramiento y apoyo jurídico a las personas que viven con el VIH y que sufren discriminación o violaciones de sus derechos⁵⁷.

115. En España, la dignidad humana ocupa un lugar central en el sistema sanitario gracias a la legislación nacional, que se complementa con políticas destinadas a eliminar el estigma y la desigualdad que afectan a determinados grupos. Se han aprobado varios planes destinados a reducir la discriminación estructural, entre otros, en materia de reducción de daños, salud mental y personas afectadas por el VIH⁵⁸.

116. En Türkiye, se ha diseñado una hoja de ruta para las iniciativas relacionadas con el VIH/sida para el período 2025-2030 que incluye entre sus objetivos la prevención de la discriminación contra las personas que viven con el VIH y de las violaciones de la confidencialidad, mediante actividades de concienciación⁵⁹.

117. A nivel regional, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos dictó sentencias en relación con procedimientos de reconocimiento jurídico de la identidad de género que infringían el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (Convenio Europeo de Derechos Humanos) y estableció jurisprudencia relativa a la atención sanitaria específica para personas transgénero, incluida la destinada a personas privadas de libertad. Además, un órgano del Consejo de Europa dedicado a los derechos de las personas intersexuales respalda el modelo según el cual la autonomía es un aspecto fundamental en lo que respecta a los procedimientos médicos⁶⁰.

118. Los modelos de atención impulsados por la comunidad han tratado de rediseñar los servicios en torno a enfoques basados en las relaciones y arraigados en la cultura, incluidos aquellos que consideran a los usuarios como “dueños” o socios de la atención sanitaria, invirtiendo así las dinámicas paternalistas.

119. En España, la Ley núm. 8/2021, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, tiene por objeto reducir las prácticas paternalistas en el sector de la salud y facilitar el apoyo a las personas con discapacidad para que puedan ejercer su autonomía⁶¹.

120. A nivel regional, en 14 países de Europa Oriental y Asia Central se ha establecido un mecanismo basado en la comunidad para supervisar y hacer frente al estigma y la discriminación, que constituyen importantes barreras estructurales que limitan el acceso a los servicios de las poblaciones marginadas y clave⁶².

121. Algunos Estados informaron de estrategias destinadas a reducir el estigma y la discriminación en los servicios sanitarios mediante la formación, las normas profesionales y los mecanismos de denuncia contra el racismo y el trato discriminatorio.

122. En Australia, las orientaciones políticas dirigidas al Organismo de Regulación de los Profesionales Sanitarios y a los Consejos Nacionales tienen por objeto mejorar la respuesta de los proveedores de atención de salud ante el racismo y la discriminación; se pide a los profesionales sanitarios que participen en actividades de formación y capacitación para contribuir a fomentar una cultura de lucha contra el racismo en la asistencia sanitaria⁶³.

123. En el Estado Plurinacional de Bolivia, el Defensor del Paciente investiga de manera independiente las denuncias de discriminación y de abuso verbal, y aplica sanciones administrativas⁶⁴.

124. En Chequia, las pruebas de detección del VIH anónimas y gratuitas con asesoramiento, las actividades de intervención educativa sobre salud sexual y el acceso a la

⁵⁷ Comunicación de Portugal.

⁵⁸ Comunicación de España.

⁵⁹ Comunicación de Türkiye.

⁶⁰ Comunicación del Consejo de Europa.

⁶¹ Comunicación de España.

⁶² Comunicación de Alliance for Public Health (Ucrania).

⁶³ Comunicación de Australia.

⁶⁴ Comunicación del Estado Plurinacional de Bolivia.

profilaxis previa a la exposición para personas menores de 26 años y pertenecientes a grupos de alto riesgo se utilizan como medida de prevención para reducir la transmisión del VIH⁶⁵.

125. En la República Dominicana, el Consejo Nacional para el VIH y el Sida supervisa y presta apoyo a las víctimas en los casos de violación de los derechos de las personas con VIH/sida, en coordinación con el Observatorio de Derechos Humanos⁶⁶.

126. En El Salvador, la formación de los trabajadores de la salud se centra en los derechos humanos, la humanización de la atención sanitaria y la atención a las poblaciones en situación de vulnerabilidad. Además, la aprobación y aplicación del protocolo para la humanización de la atención sanitaria en la red de servicios del Ministerio de Salud se complementa con un plan nacional centrado en el trato digno⁶⁷.

127. En Luxemburgo se han adoptado enfoques no punitivos respecto a los comportamientos relacionados con la salud y la reducción del estigma, en particular en lo que se refiere a la reducción de daños y la despenalización del trabajo sexual; además, se han llevado a cabo reformas en la atención de la salud mental para hacer frente al estigma y se han puesto en marcha campañas para combatir el estigma en torno al VIH/sida. La Ley de Derechos de los Pacientes de 2014 tiene por objeto garantizar la dignidad, el consentimiento informado y la igualdad de acceso, así como la mediación en caso de conflicto. Para hacer frente al estigma y la discriminación que afectan a los grupos marginados, Luxemburgo ha puesto en marcha una serie de medidas, entre las que se incluyen formar los proveedores de asistencia sanitaria en materia de competencia cultural, lucha contra los prejuicios, atención respetuosa hacia las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, *queer*, intersexuales, asexuales y otras personas de género diverso, así como prácticas que tengan en cuenta el trauma, además de aplicar mecanismos de rendición de cuentas y de presentación de reclamaciones, asegurar la participación de la comunidad y de los propios afectados, y adaptar los servicios a las necesidades de los grupos marginados⁶⁸.

128. En México, la formación obligatoria para los trabajadores de la atención de salud impartida por el Instituto Mexicano de Seguro Social para el Bienestar se centra en los derechos humanos y contempla la perspectiva de género, la interculturalidad y un trato digno. En lo que respecta a los mecanismos de reclamación, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico recibe las reclamaciones y facilita la conciliación y la solución de controversias⁶⁹.

129. Varios Estados informaron de reformas legislativas o políticas destinadas a reforzar la autonomía en la asistencia sanitaria, entre las que se incluyen medidas para proteger el consentimiento informado, regular la confidencialidad y apoyar la atención de la salud mental en el ámbito comunitario y la desinstitucionalización⁷⁰.

130. En el Estado Plurinacional de Bolivia, la normativa tiene por objeto garantizar que los grupos marginados participen activamente en la supervisión del sistema de salud. Además, la ley de 2026 sobre la descentralización de los recursos sanitarios permite a las comunidades locales gestionar los fondos destinados a la atención preventiva de la salud. Además, el Ministerio de Salud y Deportes solicita al personal sanitario que se asegure de que el paciente comprenda su tratamiento en su propio idioma y dentro de su sistema de valores. Además, gracias al Programa de Atención del Parto con Pertinencia Cultural, los hospitales de tercer nivel cuentan con salas en las que las mujeres embarazadas pueden elegir la posición en la que dar a luz y estar acompañadas por parteras tradicionales⁷¹.

131. En Bosnia y Herzegovina, la Ley sobre la Prohibición de la Discriminación prohíbe la discriminación por motivos de estado de salud, discapacidad, género y otras características personales. El Gobierno informó a la Relatora Especial sobre los programas de reducción de daños puestos en marcha para las personas que consumen drogas, la incorporación de

⁶⁵ Comunicación de Chequia.

⁶⁶ Comunicación de la República Dominicana.

⁶⁷ Comunicación de El Salvador.

⁶⁸ Comunicación de Luxemburgo.

⁶⁹ Comunicación de México.

⁷⁰ Véanse también la observación general núm. 1 (2014) y observación general núm. 5 (2017) del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

⁷¹ Comunicación del Estado Plurinacional de Bolivia.

formación sobre los derechos de los pacientes y una campaña de concienciación pública destinada a desestigmatizar los trastornos mentales. A nivel institucional, las leyes sobre los derechos de los pacientes y la normativa vigente tienen por objeto garantizar el derecho al consentimiento informado, el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de los datos de salud, y el derecho a rechazar un tratamiento médico, al tiempo que se presta especial atención a la protección de los niños, las personas con discapacidad y las personas ingresadas en centros sanitarios y de asistencia social, con el objetivo de reducir los desequilibrios de poder entre los usuarios de los servicios y los proveedores de asistencia sanitaria⁷².

132. En El Salvador se está elaborando una estrategia nacional sobre el VIH destinada a asegurar que las pruebas se realicen de forma confidencial y con una atención respetuosa, sin estigmatización⁷³.

133. En Luxemburgo, el marco jurídico nacional —que incluye la Ley de Derechos de los Pacientes y la aplicación de estrategias de salud pública— tiene por objeto combatir la discriminación, y asegurar un trato digno y la obtención del consentimiento informado, así como el acceso a los historiales médicos, la elección del proveedor de servicios sanitarios y el derecho a rechazar un tratamiento⁷⁴.

134. En México, la Ley General de Salud se modificó en enero de 2026 para incorporar la salud digital, la regulación del intercambio de información y la protección de los datos personales⁷⁵.

135. En Marruecos, la recopilación, el tratamiento y la conservación de los datos personales están regulados, en particular en lo que se refiere a la confidencialidad, la finalidad y la seguridad. Este marco tiene por objeto prevenir el uso indebido de la información médica, reducir los riesgos de estigmatización y restablecer la confianza de los pacientes en el sistema de salud⁷⁶.

136. Noruega publicó en 2024 unas directrices políticas sobre la prevención del consumo de sustancias, la reducción de daños y el tratamiento, en las que se destaca el derecho a la dignidad de las personas con trastornos por consumo de sustancias y que sirven de orientación general para la estrategia de la política nacional en materia de sustancias psicoactivas. Las directrices profesionales nacionales para la prevención de la coacción en la atención de salud mental para adultos se centran, entre otras cosas, en reducir la coacción mediante una mejor colaboración entre los servicios municipales y la atención sanitaria especializada, reforzar la intervención temprana para evitar los ingresos involuntarios y mejorar los enfoques terapéuticos, haciendo hincapié en la participación y la educación del paciente⁷⁷.

137. En España se promueven servicios comunitarios accesibles y alternativas a la hospitalización, abordando los determinantes sociales de la salud. En materia de salud mental, existe un plan de acción nacional que promueve iniciativas que constituyan alternativas a la hospitalización y que reduzcan las prácticas coercitivas, así como el desarrollo de programas comunitarios centrados en el bienestar mental de los grupos vulnerables, entre otras cosas⁷⁸.

138. Entre las medidas ilustrativas se incluyen las cartas de derechos del paciente, que plasman la dignidad en la práctica a través de los derechos a la información, al consentimiento, a la privacidad y al acceso a los historiales médicos, así como los protocolos que promueven el acceso no discriminatorio a la atención de la salud para los grupos marginados.

⁷² Comunicación de Bosnia y Herzegovina.

⁷³ Comunicación de El Salvador.

⁷⁴ Comunicación de Luxemburgo.

⁷⁵ Comunicación de México.

⁷⁶ Contribución de Marruecos.

⁷⁷ Comunicación de Noruega.

⁷⁸ Comunicación de España.

139. En Luxemburgo, la legislación nacional permite a los pacientes controlar qué profesionales pueden acceder a qué partes de sus datos sanitarios, lo que refuerza la confianza y la autonomía personal⁷⁹.

140. Varios Estados informaron de medidas destinadas a asegurar el acceso a una atención sanitaria que respete la identidad de género y a eliminar la patologización de la diversidad de género, junto con iniciativas para prevenir las prácticas nocivas denominadas “de conversión”.

141. En Australia, se encomendó al Consejo Nacional de Investigación Médica y Sanitaria la elaboración de nuevas guías nacionales de práctica clínica para la atención de personas trans y de género diverso menores de 18 años con disforia de género⁸⁰.

142. En el Estado Plurinacional de Bolivia, el protocolo nacional de atención integral para las personas de género diverso, en lugar de adoptar un enfoque patologizador, se centra en la prestación de asistencia sanitaria integral y en el acceso gratuito a terapias de sustitución hormonal bajo supervisión médica⁸¹.

143. En Luxemburgo se han adoptado medidas jurídicas, de políticas y de prestación de servicios con el objetivo de mejorar la salud y la dignidad de las personas de género diverso⁸².

144. En México, un protocolo para el acceso no discriminatorio a la prestación de servicios de salud para personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, *queer*, intersexuales, asexuales y otras personas de género diverso promueve el respeto a la identidad de género autodeclarada. Otro protocolo específico fomenta la formación del personal, la actualización de los historiales clínicos para que respeten la identidad de género y la atención integral en materia de salud sexual, reproductiva y mental⁸³.

145. En Noruega, las personas mayores de 16 años que deseen cambiar de género ya no están obligadas a someterse a un tratamiento médico, y todo el mundo tiene derecho a cambiar de género en función de su propia experiencia⁸⁴.

146. En Portugal se han adoptado medidas legislativas para hacer frente al estigma, la discriminación y las prácticas nocivas relacionadas con la orientación sexual y la identidad de género: en particular, se ha modificado la legislación para prohibir las denominadas “prácticas de conversión” y tipificar como delito los actos destinados a alterar, limitar o reprimir la orientación sexual, la identidad de género o la expresión de género de una persona. La modificación efectuada incluye disposiciones relativas a medidas tales como campañas de concienciación dirigidas a los padres, las familias y las comunidades sobre la ineficacia y las consecuencias perjudiciales de las prácticas de conversión⁸⁵.

147. En España, la Ley núm. 4/2023 tiene por objeto garantizar el acceso sin discriminación a los servicios sanitarios y eliminar la patologización de las diversas identidades de género; desde 2025, la atención a las personas transgénero o de género diverso se ha incluido en el catálogo de procedimientos que requieren la intervención de un especialista en los centros, servicios y unidades de derivación⁸⁶.

148. Se han aplicado también otras medidas, como estrategias para ampliar la cobertura del seguro médico de las personas que viven con el VIH, campañas de reducción del estigma dirigidas a cambiar las actitudes del personal sanitario y servicios diferenciados y centrados en el usuario.

⁷⁹ Comunicación de Luxemburgo.

⁸⁰ Comunicación de Australia.

⁸¹ Comunicación del Estado Plurinacional de Bolivia.

⁸² Comunicación de Luxemburgo.

⁸³ Comunicación de México.

⁸⁴ Comunicación de Noruega.

⁸⁵ Comunicación de Portugal.

⁸⁶ Comunicación de España.

149. En la República Dominicana, se puso en marcha una estrategia interinstitucional de protección social que permitió la inclusión de 34.000 personas que viven con el VIH en el régimen subsidiado del Seguro Nacional de Salud en diciembre de 2025⁸⁷.

150. Se han utilizado soluciones digitales para ampliar el acceso y proteger al mismo tiempo la privacidad, como la posibilidad de solicitar de manera confidencial kits de autodiagnóstico del VIH y la derivación opcional a servicios de prevención y tratamiento.

151. Algunos Estados informaron de la existencia de políticas que regulaban la objeción de conciencia en los servicios de salud reproductiva para evitar que se denegase el acceso a estos, junto con reformas legislativas que aclaraban las responsabilidades en la prestación de este tipo de servicios.

152. En España, la regulación de la objeción de conciencia y la creación de un registro de profesionales objetores constituyen instrumentos importantes destinados a evitar que la objeción colectiva limite el derecho al aborto⁸⁸.

153. Entre las iniciativas comunicadas a la Relatora Especial, se hizo referencia también a los servicios sanitarios móviles destinados a llegar a las comunidades rurales y remotas, así como los marcos jurídicos para regular los servicios de la salud digital y los sistemas de información.

154. En Bosnia y Herzegovina, el desarrollo de servicios sanitarios móviles y de proximidad, especialmente en zonas rurales y remotas, así como la formación de profesionales sanitarios para trabajar con grupos marginados y vulnerables, entre otras medidas, tiene como objetivo hacer frente al estigma y la discriminación y erradicarlos⁸⁹.

155. En El Salvador, la incorporación de unidades de salud mental en el ámbito de la atención primaria, junto con la inclusión de consultas virtuales de psicoterapia a través de una plataforma en línea, es una manera de contribuir a reducir las barreras geográficas⁹⁰.

156. Estos ejemplos ponen de relieve que la dignidad puede materializarse mediante protecciones jurídicas, el liderazgo comunitario y reformas de gobernanza que transfieran el poder a las comunidades afectadas y a los titulares de derechos.

157. Algunos Estados informaron a la Relatora Especial sobre las medidas adoptadas para incluir y consultar de manera efectiva a las comunidades marginadas en el diseño, la aplicación y la evaluación de las políticas y los programas de salud que les afectan.

158. Australia informó a la Relatora Especial de que se estaba elaborando la tercera edición de las Normas Nacionales de Seguridad y Calidad de los Servicios de Salud en consulta con los pueblos aborígenes e isleños del estrecho de Torres, las personas con discapacidad intelectual y sus familiares y cuidadores, las personas que han sido marginadas por motivos culturales o raciales y las personas que viven en zonas rurales y remotas. Otras iniciativas ponen de manifiesto los esfuerzos por llevar a cabo consultas con otras partes interesadas, entre ellas grupos de mujeres, organizaciones de personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, *queer*, intersexuales, asexuales y otras personas de género diverso, defensores de los derechos de las personas con discapacidad, personas que han vivido en primera persona problemas de salud mental o tendencias suicidas, y sus familiares⁹¹.

159. El Estado Plurinacional de Bolivia señaló que, a través de los consejos sociales de salud, representantes de trabajadores sexuales, migrantes, personas que viven con el VIH y Pueblos Indígenas evalúan el cumplimiento de los objetivos de salud en sus respectivas regiones, velando por que los programas se adapten a sus necesidades específicas⁹².

⁸⁷ Comunicación de la República Dominicana.

⁸⁸ Comunicación de España.

⁸⁹ Comunicación de Bosnia y Herzegovina.

⁹⁰ Comunicación de El Salvador.

⁹¹ Comunicación de Australia.

⁹² Comunicación del Estado Plurinacional de Bolivia.

160. La República Dominicana y El Salvador informaron a la Relatora Especial de que las comunidades marginadas, en particular las poblaciones afectadas por el VIH, habían sido incluidas en la elaboración de los planes o estrategias nacionales⁹³.

161. México señaló que el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación promovía la participación activa de las comunidades mediante espacios de diálogo y consultas con organizaciones de la sociedad civil, y elaboraba recomendaciones basadas en la información recabada a través de mecanismos de denuncia, estudios, diagnósticos y testimonios. El Consejo elaboró también estrategias de participación directa de la comunidad⁹⁴.

162. También se han facilitado a la Relatora Especial ejemplos de cómo el acceso equitativo a la educación y la información en materia de salud se emplea para reducir las desigualdades y fortalecer el sistema sanitario.

163. En Australia se ha puesto en marcha una iniciativa destinada a proporcionar información sobre el desarrollo, la seguridad y la eficacia de las vacunas, así como a abordar las preocupaciones de la población en relación con la vacunación contra la enfermedad por coronavirus (COVID-19)⁹⁵.

164. En Luxemburgo, las comunidades marginadas participan cada vez más en el diseño, la aplicación y la evaluación de las políticas sanitarias, principalmente a través de consultas con la sociedad civil⁹⁶. Las escuelas también imparten una educación integral y adaptada a cada edad sobre nutrición, salud mental, salud sexual y reproductiva y prevención del abuso de sustancias⁹⁷.

165. En México, la promoción de políticas y programas destinados a garantizar el acceso a la educación y la información en materia de salud, con especial atención a la igualdad y al fortalecimiento del sistema sanitario, también para las comunidades rurales y los grupos marginados de las zonas urbanas, tiene por objeto subsanar las deficiencias existentes⁹⁸.

166. España informó a la Relatora Especial de que se promovía el empoderamiento de los pacientes a través de la Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía, que agrupa a las escuelas de salud de todas las comunidades autónomas del país. En lo que respecta a la salud sexual y el VIH, el Gobierno señaló que las campañas y los materiales específicos habían mejorado los conocimientos sobre salud entre los grupos vulnerables⁹⁹.

167. En relación con los ejemplos para abordar los conflictos de intereses, algunos Estados informaron a la Relatora Especial sobre las medidas adoptadas.

168. El Estado Plurinacional de Bolivia informó a la Relatora Especial de que, en 2026, el Ministerio de Salud y Deportes había puesto en marcha un sistema de trazabilidad de las derivaciones pensado para evitar que los médicos del sector público derivaran a los pacientes a clínicas privadas bajo su control, a fin de velar por que las decisiones médicas se basaran exclusivamente en el bienestar del paciente y no en el beneficio económico personal¹⁰⁰.

169. El Salvador aplicó la Ley de Compras Públicas y la normativa sobre ética gubernamental, que impedían la influencia indebida de la industria farmacéutica en la prescripción médica, a fin de que las decisiones clínicas se basaran exclusivamente en los mejores datos científicos disponibles y en el respeto a la dignidad del paciente, por encima de los intereses comerciales¹⁰¹.

170. Luxemburgo informó a la Relatora Especial de que, para mitigar los incentivos económicos que influían en las decisiones clínicas, el Gobierno había regulado las tarifas, establecido normas éticas que obligaban a los médicos a dar prioridad a los intereses del

⁹³ Comunicaciones de la República Dominicana y El Salvador.

⁹⁴ Comunicación de México.

⁹⁵ Comunicación de Australia.

⁹⁶ Comunicación de Luxemburgo.

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ Comunicación de México.

⁹⁹ Comunicación de España.

¹⁰⁰ Comunicación del Estado Plurinacional de Bolivia.

¹⁰¹ Comunicación de El Salvador.

paciente y hacer una declaración obligatoria de intereses económicos, y había encargado al Servicio Nacional de Salud que supervisara los patrones de prescripción inusuales¹⁰².

171. México informó a la Relatora Especial sobre los avances logrados en la aplicación de marcos normativos, comités de bioética, obligaciones de declaración de bienes e intereses y mecanismos de supervisión destinados a velar por que las decisiones en materia de salud se tomaran sobre la base del interés público, la equidad y el respeto incondicional de la dignidad humana¹⁰³.

172. España señaló la promoción de modelos de atención basados en la comunidad, estrategias para reducir el uso de medicamentos y la prescripción social, reduciendo al mismo tiempo los incentivos para la prescripción excesiva y reforzando las opciones no farmacológicas y basadas en la comunidad¹⁰⁴.

VII. Retos actuales

173. Aunque existen iniciativas destinadas a combatir el estigma y la discriminación, según los informes, las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo y las personas con síndrome de Down siguen enfrentándose a barreras sistémicas que les impiden acceder a una atención adecuada, continua y respetuosa¹⁰⁵. Si bien existe un marco normativo, políticas y otras iniciativas destinadas a combatir la discriminación por el estado serológico con respecto al VIH y a mantener un régimen estricto de confidencialidad de la información médica, en la práctica, según la información recibida, el respeto de la confidencialidad y los comportamientos inadecuados por parte de los proveedores de servicios siguen siendo retos que están todavía por resolver¹⁰⁶.

174. Aunque en varios países se están corrigiendo las desigualdades en materia de salud, según los informes, los Pueblos Indígenas siguen sufriendo desigualdades persistentes en los resultados de salud debido a la discriminación estructural o sistémica¹⁰⁷. Según se informa, en varios países los grupos marginados no participan oficialmente en los procesos de consulta ni en la elaboración de políticas sanitarias¹⁰⁸, y las personas privadas de libertad tienen pocas oportunidades de participar en la planificación, el seguimiento o la elaboración de políticas sanitarias a nivel nacional¹⁰⁹.

175. Si bien se están adoptando iniciativas para combatir el estigma y la discriminación que sufren las personas de género diverso, en algunos países la falta de legislación que prohíba las intervenciones quirúrgicas o los tratamientos innecesarios para las personas intersexuales o con variaciones en las características sexuales, o que asegure su derecho a la autonomía corporal, puede dar lugar a estigmatización, además de fomentar intervenciones médicas irreversibles sin el consentimiento de los titulares de los derechos¹¹⁰.

176. Además, las leyes y políticas vigentes pueden suponer un obstáculo para la adopción y la aplicación de políticas basadas en los derechos de las poblaciones marginadas; si a ello se suma la falta de mecanismos eficaces de rendición de cuentas, los conflictos de intereses pueden desempeñar un papel fundamental a la hora de socavar aún más la dignidad de las personas privadas de libertad¹¹¹.

¹⁰² Comunicación de Luxemburgo.

¹⁰³ Comunicación de México.

¹⁰⁴ Comunicación de España.

¹⁰⁵ Comunicación de la Fundación Jerome Lejeune.

¹⁰⁶ Comunicación de Avocats sans frontières Canada y la Association des juristes sénégalaises.

¹⁰⁷ Comunicaciones de Assembly of Manitoba Chiefs y de Diamond Johnny.

¹⁰⁸ Comunicaciones de la Association of People with Disability (Bangalore), la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo y la Associação dos Jovens Indígenas (Brasil), y de Amnistía Internacional.

¹⁰⁹ Comunicación del Eurasian Movement for the Right to Health in Prisons.

¹¹⁰ Contribuciones de Beyond the Boundary – Knowing and Concerns Intersex, Brújula Intersexual (México y América Latina) y del Centro de Derechos Reproductivos, Women Enabled International, la International Planned Parenthood Federation e ILGA World.

¹¹¹ Comunicación de Physicians for Human Rights Israel.

177. La digitalización de la asistencia sanitaria tiene el potencial de mejorar los resultados de salud al abordar la desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios, los costos asociados a este acceso y la capacidad de los pacientes para acceder a sus historias clínicas, recetas e información médica, siempre y cuando se cuente con un marco legislativo nacional en materia de salud digital y se respete plenamente la protección de los datos sanitarios de los pacientes¹¹².

VIII. Conclusiones y recomendaciones

178. **No puede haber salud sin dignidad, y la dignidad no puede prosperar sin salud. Por consiguiente, es necesario adoptar un enfoque basado en los derechos y centrado en la dignidad para responder a las necesidades sanitarias urgentes y, al mismo tiempo, fomentar comunidades resilientes y sostenibles.**

179. La rendición de cuentas es una manera colectiva de expresar que no se tolerarán las violaciones de la dignidad. Por consiguiente, una rendición de cuentas eficaz fortalece la confianza social y refuerza la fuerza normativa del derecho a la salud.

180. Los Estados deben respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud de manera coherente con los principios de dignidad, autonomía, igualdad, participación y rendición de cuentas, entre otras cosas abordando los determinantes sociales, jurídicos y económicos de la salud.

181. La Relatora Especial recomienda a los Estados y otras partes interesadas pertinentes:

a) Adoptar marcos jurídicos que garanticen la confidencialidad, la privacidad y el consentimiento informado, con medidas de protección para las comunidades que corren un mayor riesgo de estigmatización o criminalización, y velar por la accesibilidad y la fiabilidad de la información sanitaria¹¹³;

b) Derogar los marcos normativos punitivos que penalizan comportamientos, identidades o condiciones relacionados con la salud y que crean obstáculos para el acceso a la atención sanitaria, y adoptar medidas de reducción de daños para mitigar los efectos nocivos y proteger el acceso a los servicios¹¹⁴;

c) Regular la conducta de los agentes no estatales, incluidas las empresas, que socava la salud —como las prácticas de comercialización perjudiciales, la desinformación y los conflictos de intereses— y garantizar la transparencia y la rendición de cuentas en la toma de decisiones¹¹⁵;

d) Considerar la posibilidad de establecer restricciones o prohibiciones a la comercialización de alimentos poco saludables, tabaco y alcohol, así como la introducción de etiquetas de advertencia en la parte frontal de los envases, medidas fiscales que desincentiven los productos nocivos y normas para la adquisición de productos saludables en las instituciones públicas, en consonancia con los datos científicos y los principios de derechos humanos aplicables a las empresas;

e) Velar por que haya servicios de salud, también de salud mental, disponibles, accesibles, aceptables y de alta calidad para las poblaciones históricamente marginadas, entre otras cosas prestando una atención culturalmente segura y servicios de base comunitaria;

f) Invertir en la alfabetización en materia de salud y la educación comunitaria, entre otras cosas a través de plataformas digitales que cuenten con

¹¹² Comunicación del Digital Health and Rights Project.

¹¹³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 12 b) iv) y c).

¹¹⁴ Véase [A/HRC/56/52](#).

¹¹⁵ Véase [A/78/175](#).

medidas de protección contra la información engañosa, asegurando que la información sea accesible y culturalmente adecuada y esté libre de conflictos de intereses¹¹⁶;

g) Proteger la dignidad y los derechos de los trabajadores sanitarios y asistenciales, entre otras cosas garantizando unas condiciones de trabajo seguras y su participación en la formulación de políticas, e incluir una perspectiva de derechos humanos en la educación y la formación médicas¹¹⁷;

h) Disponer de mecanismos que aseguren la transparencia y una participación efectiva en los procesos de toma de decisiones por parte de las comunidades cuya salud y bienestar se vean afectados por tales decisiones, incluidas aquellas que han sido históricamente excluidas y marginadas;

i) Crear y reforzar mecanismos de rendición de cuentas que prevengan, mitiguen y reparen las violaciones de los derechos a la salud y a la dignidad cometidas por agentes estatales y no estatales, en particular en los entornos sanitarios y en la gobernanza del poder privado;

j) Dar prioridad a las personas más marginadas a la hora de aplicar estas recomendaciones y adoptar un enfoque interseccional que aborde las formas de discriminación que se acumulan, en particular en el caso de aquellas personas que han sido estigmatizadas, discriminadas o criminalizadas por motivos de raza, sexo, discapacidad, estado de salud, situación económica y social, orientación sexual e identidad de género;

k) Velar por que los servicios, los productos y las instalaciones sanitarios, así como los determinantes básicos de la salud, sean accesibles sin discriminación y sobre la base de la igualdad sustantiva¹¹⁸;

l) Apoyar la formación, la actualización de los planes de estudios y las normas profesionales que combaten la discriminación y los prejuicios implícitos en los entornos sanitarios y clínicos, y velar por que los mecanismos de reclamación sean accesibles y capaces de ofrecer recursos efectivos;

m) Mejorar las condiciones para una vida digna garantizando el acceso a una vivienda adecuada, a alimentos y agua, a condiciones de trabajo seguras, a la protección social y a la educación, y velando por que los servicios de salud sean culturalmente seguros y accesibles para las personas más afectadas por las desventajas estructurales¹¹⁹;

n) Integrar los cuidados paliativos y el principio de dignidad en la vejez en los sistemas y políticas de salud; formar al personal sanitario; asegurar la autonomía y el alivio del sufrimiento evitable, entre otras cosas mediante la disponibilidad de medicamentos esenciales para el alivio del dolor; y eliminar las barreras de acceso, incluido el estigma asociado a los cuidados en la etapa final de la vida¹²⁰;

o) Garantizar que la financiación y la gobernanza de la salud, incluidas, por ejemplo, las políticas de contratación pública, reflejen los principios de buena gestión y de igualdad sustantiva, entre otras cosas mediante acciones de divulgación específicas, la eliminación de las barreras administrativas y la garantía de la asequibilidad para las poblaciones de bajos ingresos;

p) Cuando el acceso al aborto seguro esté restringido, adoptar medidas para llevar a cabo reformas legislativas y jurídicas que conduzcan a la despenalización y mitiguen de inmediato los daños, entre otras cosas garantizando el acceso a la información y a la educación en materia de salud sexual y reproductiva, a métodos

¹¹⁶ Véase [A/79/177](#).

¹¹⁷ Véase <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3ef6ee65-42fa-4d2b-9c75-d55b2df17f9a/content>.

¹¹⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 20 (2009), párrs. 8 a 10 y 18 a 27.

¹¹⁹ Véase [A/78/175](#).

¹²⁰ Véase www.who.int/health-topics/palliative-care; y resolución WHA 67.19 de la Asamblea Mundial de la Salud.

anticonceptivos asequibles, a una atención sin estigmatización y a estrictas garantías de confidencialidad en la atención posaborto y de urgencia¹²¹;

q) Allí donde sigan vigentes leyes punitivas, adoptar medidas para reducir las prácticas policiales discriminatorias, prevenir la violencia y garantizar el acceso no discriminatorio a los servicios sanitarios, incluida la prevención y el tratamiento del VIH¹²²;

r) Incluir la promoción de la salud mental en las estrategias preventivas, reconociendo que el estigma y la exclusión contribuyen al malestar y que los servicios comunitarios pueden mejorar los resultados;

s) Asegurarse de que las políticas de prevención no se conviertan en instrumentos de coacción, vigilancia punitiva o discriminación, y de que cualquier restricción de los derechos cumpla los estrictos requisitos de necesidad y proporcionalidad;

t) Apoyar la investigación y la recopilación de datos que sean éticas, participativas y basadas en los derechos, garantizando al mismo tiempo una sólida protección de la privacidad y evitando prácticas de tratamiento de datos que puedan estigmatizar;

u) Asegurarse de que la participación sea inclusiva y abarque a mujeres, adolescentes, personas de edad, personas con discapacidad, personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, *queer*, intersexuales, asexuales y otras personas de género diverso, personas que consumen drogas, trabajadoras y trabajadores sexuales, migrantes y comunidades racializadas, entre otros;

v) Establecer normas claras sobre la declaración de intereses, el cabildeo, las prácticas de “puerta giratoria” y la financiación de la investigación y la defensa de causas, y velar por una supervisión independiente del cumplimiento;

w) Velar por la equidad en la financiación destinada a las enfermedades raras, los avances en ginecología y la investigación clínica sobre enfermedades desatendidas;

x) Respetar la identidad, la dignidad, la integridad, la autonomía y el bienestar, y defender la no discriminación, la igualdad, la privacidad y la confidencialidad;

y) Derogar los marcos normativos punitivos y armonizar las políticas nacionales con la salud pública, los derechos humanos y la reducción de daños; la despenalización es necesaria para hacer efectivo el derecho a la salud;

z) Velar por que los servicios sanitarios estén disponibles, sean accesibles y aceptables, y sean de alta calidad para las poblaciones marginadas;

aa) Establecer mecanismos formales de participación en la gobernanza de la salud, incluidos órganos consultivos, estructuras de supervisión comunitaria y presupuestos participativos, cuando proceda, y velar por la representación de los grupos marginados;

ab) Asegurarse de que los mecanismos de rendición de cuentas cuenten con los recursos necesarios y de que los datos utilizados para el seguimiento estén desglosados adecuadamente a fin de poner de manifiesto las desigualdades, manteniendo al mismo tiempo unas sólidas garantías de protección de la privacidad;

ac) En el esfuerzo por hacer realidad el derecho a la salud para todos, hay que adoptar enfoques que tengan en cuenta la pluralidad de las experiencias humanas y aplicar soluciones orientadas a la igualdad que deben tener en cuenta las injusticias históricas y actuales que exigen un compromiso común con la equidad;

¹²¹ Véase [A/76/172](#).

¹²² *Ibid.*

- ad) Proteger la información fiable y luchar contra la información engañosa;
 - ae) Prevenir y gestionar los conflictos de intereses;
 - af) Regular a los agentes privados y restringir las prácticas de marketing perjudiciales;
 - ag) Asegurar una participación efectiva;
 - ah) Establecer mecanismos eficaces de rendición de cuentas y vías de recurso¹²³.
-

¹²³ Véase [A/79/177](#).