|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | CERD/C/GC/R.37 | |
|  | **Traducción no oficial** | | Distr: reservada  12 de mayo de 2023  Original: inglés |

**Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial**

Primer proyecto de Recomendación general nº 37 (2023) sobre la discriminación racial en el disfrute del derecho a la [[1]](#footnote-1)salud\*.

I. Introducción

1. Esta recomendación general pretende aclarar las obligaciones contraídas en virtud de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (ICERD) en relación con el derecho a la salud. En ella se identifican cuestiones de interés común y se ofrecen orientaciones sobre medidas para abordarlas, en consonancia con la Convención. Como parte del proceso de elaboración de esta Recomendación General, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD) celebró un debate temático, organizado en el 107° período de sesiones. El CERD reunió a Estados Parte, otras organizaciones y agencias internacionales, INDH, organizaciones de la sociedad civil y asociaciones de profesionales de la salud. Las presentaciones de todas las partes interesadas, incluidas las organizaciones de base, demuestran la urgencia de adoptar medidas para eliminar todas las formas de discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud y aportan claridad sobre el potencial de la Convención. Esta recomendación general integra estos conocimientos y se centra en las normas y principios jurídicos establecidos por la Convención.
2. Este proyecto se basa en el vínculo, basado en pruebas, entre la discriminación racial y el derecho a la salud. En 2008, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó el origen étnico entre los determinantes sociales estructurales de la salud, junto con el sexo, la educación, la ocupación, los ingresos y el lugar de residencia.[[2]](#footnote-2) Los determinantes sociales de la salud se refieren a las condiciones sociales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, que determinan su exposición a la salud y la enfermedad, su vulnerabilidad y sus resultados.[[3]](#footnote-3) A lo largo de varias décadas, numerosos estudios epidemiológicos han analizado cómo el racismo y la discriminación racial afectan a la salud, más allá del efecto sobre el acceso a la atención sanitaria. [[4]](#footnote-4)
3. El Comité ha subrayado en repetidas ocasiones los efectos actuales de la discriminación racial histórica y estructural, como los elevados índices de pobreza y exclusión social, a los que se enfrentan las personas y los grupos incluidos en el ámbito de aplicación de la Convención.[[5]](#footnote-5) Deben tenerse en cuenta los contextos históricos y culturales de cada Estado, así como los sistemas sociales y económicos, para reconocer y combatir los patrones de jerarquías, clasificaciones, representación desigual y distribución del poder y los recursos. La discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud sigue trayectorias similares para los pueblos indígenas, los afrodescendientes, las castas, las minorías nacionales o étnicas y los no ciudadanos. A lo largo de su vida, las personas y los grupos incluidos en el ámbito de aplicación de la Convención se ven sometidos a una discriminación racial interpersonal, institucional y estructural que se solapa en todos los componentes del derecho a la salud. La exposición acumulativa a la discriminación racial durante su ciclo vital implica un conjunto predeterminado intergeneracional de oportunidades y resultados desiguales en materia de salud.
4. El racismo, junto con otros determinantes sociales clave, como la desigualdad económica y de género, socavan el disfrute del derecho a la salud en todo el mundo, debido a la falta de voluntad para abordar sus causas profundas.[[6]](#footnote-6) El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental recordó que "arraigado en el colonialismo, la esclavitud y otros desequilibrios históricos de poder, el racismo sigue manifestándose en resultados sanitarios deficientes y prevenibles en todo el mundo, como disparidades flagrantes en la mortalidad y morbilidad maternas y niveles de riesgo más elevados de enfermedades transmisibles y no transmisibles".[[7]](#footnote-7) En el Consejo de Derechos Humanos se reconoce cada vez más que "los legados del colonialismo, como la explotación económica, la desigualdad dentro de los Estados y entre ellos, el racismo sistémico, las violaciones de los derechos de los pueblos indígenas, la forma contemporánea de esclavitud y los daños al patrimonio cultural",[[8]](#footnote-8) repercuten negativamente en el disfrute efectivo de todos los derechos humanos.
5. La pandemia de COVID-19 puso trágicamente de manifiesto y profundizó aún más las desigualdades estructurales que afectan a los grupos vulnerables protegidos por la Convención, basadas en estructuras y prácticas arraigadas de discriminación y exclusión.[[9]](#footnote-9) Las respuestas a la pandemia exacerbaron la vulnerabilidad específica de las mujeres y las niñas, los niños y las personas con discapacidad, dando lugar a formas múltiples o interrelacionadas de discriminación.[[10]](#footnote-10) El CERD subrayó que el impacto desproporcionado de la pandemia en los grupos protegidos por la Convención, en términos de mayores niveles de morbilidad y mortalidad, se atribuía en gran parte a las consecuencias de las injusticias raciales históricas de la esclavitud y el colonialismo, que siguen sin tenerse en cuenta en gran medida en la actualidad, y a los efectos discriminatorios raciales contemporáneos de las estructuras de desigualdad y subordinación resultantes de no haber corregido los efectos del racismo arraigado en la esclavitud, el colonialismo y el apartheid, y reconoció que "los fracasos en la reparación de estas injusticias han obstaculizado la capacidad de las comunidades para disfrutar plenamente del derecho a la vida, a la salud y a la atención sanitaria, así como la capacidad de los Estados para abordar las arraigadas desigualdades estructurales que han quedado expuestas y se han visto profundizadas por las prácticas pandémicas y duraderas de discriminación y exclusión." [[11]](#footnote-11)

II. La Convención y el derecho a la salud

A. Significado y contenido del derecho a la salud según el artículo 5(e)(iv)

1. La salud se entiende en la práctica del Comité como "el más alto nivel posible de salud física y mental", haciéndose eco tanto del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), tal como lo interpreta el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), como de la definición de la Constitución y la práctica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), según la cual "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".[[12]](#footnote-12) Para los pueblos indígenas, el Comité interpreta cada vez más que esta definición abarca su comprensión holística de la salud, que tiene en cuenta las dimensiones físicas, mentales, espirituales, sociales y ecológicas. [[13]](#footnote-13)El Comité reconoció explícitamente un vínculo entre la profanación de lugares sagrados y el impacto negativo sobre el medio ambiente, la salud y los modos de vida tradicionales de las comunidades indígenas debido a la instalación de vertederos en sus territorios, así como el impacto negativo sobre la salud de las industrias extractivas y manufactureras.[[14]](#footnote-14)
2. En el marco del procedimiento de presentación de informes, el Comité interpretó que el artículo 5 (e)(iv) engloba en su dimensión negativa el derecho a no sufrir discriminación racial y en su dimensión positiva el derecho a la igualdad ante la ley, incluso mediante la adopción de medidas especiales, en una amplia gama de cuestiones de derechos humanos relacionadas con el derecho a la salud. El artículo 5 (e)(iv) establece el derecho individual a un acceso igual y sin trabas a toda una gama de instalaciones, bienes, servicios e información sanitarios culturalmente apropiados y sensibles a las cuestiones de género, así como la protección del derecho del paciente a la intimidad y la confidencialidad. Las personas incluidas en el ámbito de aplicación de la Convención tienen derecho a controlar su salud y su cuerpo, incluida la libertad sexual y reproductiva, y a no ser objeto de injerencias arbitrarias, como tratamientos médicos y experimentos no consentidos.
3. El Artículo 5 (e)(iv) prohíbe la discriminación racial y garantiza la igualdad en un conjunto de áreas ("salud pública, asistencia médica, seguridad social y servicios sociales") relacionadas con el derecho a la salud, sin aclarar cómo interactúan y hasta qué punto deben tenerse en cuenta por separado o como grupo. La redacción del artículo 5 (e)(iv), leída conjuntamente con el encabezamiento del artículo 5 ("en particular"), permite una interpretación no restrictiva de su ámbito de aplicación, en consonancia con la interpretación del derecho a la salud como un derecho inclusivo. El objeto y fin de la Convención de eliminar todas las formas y manifestaciones de discriminación racial apoya una interpretación sistémica, conducente a desenmascarar y abordar en consecuencia la discriminación racial en áreas interconectadas en el contexto de la salud. En primer lugar, la "salud pública" se centra en la salud de la población, con vistas, por un lado, a identificar y prevenir las enfermedades entre los grupos incluidos en el ámbito de la Convención y, por otro, a promover y proteger su salud mediante la mejora de los factores determinantes subyacentes. En segundo lugar, la discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud no puede eliminarse a menos que se adopten medidas concretas con respecto a las instalaciones, los bienes y los servicios de atención sanitaria. Ni el nivel de salud, ni la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los sistemas sanitarios sobre una base no discriminatoria pueden evaluarse con arreglo a la Convención fuera de este marco. En tercer lugar, la seguridad social y los servicios sociales están inextricablemente vinculados a los esfuerzos de la sociedad por mejorar los factores determinantes de la salud.[[15]](#footnote-15) Reconociendo que las personas y los grupos en el ámbito de la Convención se enfrentan a desigualdades estructurales profundamente arraigadas en el acceso a una atención sanitaria aceptable y asequible debido a la discriminación racial en el empleo y otros derechos estrechamente interrelacionados con el derecho a la salud, el Comité siempre ha identificado los servicios sociales y la seguridad social como áreas estratégicas para eliminar la discriminación racial en la salud.[[16]](#footnote-16) Este enfoque promueve la coherencia con la Agenda 2030: No dejar a nadie atrás (LNOB), que sitúa la igualdad y la no discriminación en el centro del desarrollo sostenible.[[17]](#footnote-17) Además, el Comité toma en consideración el apoyo expresado en las resoluciones y declaraciones políticas de la Asamblea General de las Naciones Unidas y de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la cobertura sanitaria universal.[[18]](#footnote-18)

B. Discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud en virtud del artículo 5 (e)(iv)

1. Principios generales, incluida la interseccionalidad

1. La discriminación racial, tal como se define en el apartado 1 del artículo 1, afecta al disfrute del derecho a la salud como riesgo sanitario independiente y como determinante social estructural de la salud. Como riesgo separado para la salud, la discriminación racial anula o menoscaba el disfrute del derecho a la salud. Las distinciones, exclusiones y restricciones basadas en la raza, el color, la ascendencia, el origen nacional o étnico, que a menudo se entrecruzan con otros motivos de discriminación, como el género, la edad, la discapacidad, la situación migratoria, la clase, la condición social o los ingresos, se producen en el derecho a la atención sanitaria, la información sanitaria, los servicios y los bienes, incluidos los medicamentos y los beneficios del progreso científico. La diferenciación de trato en el derecho a la salud "constituirá discriminación si los criterios para tal diferenciación, juzgados a la luz de los objetivos y propósitos de la Convención, no se aplican de conformidad con un fin legítimo y no son proporcionales al logro de este fin".[[19]](#footnote-19) Como determinante social estructural, la discriminación racial afecta a los determinantes subyacentes, como el acceso al agua potable y salubre y a un saneamiento adecuado, el suministro adecuado de alimentos seguros, la nutrición y la vivienda, y las condiciones ocupacionales y medioambientales. La discriminación racial produce y agrava las desigualdades sanitarias, provocando o aumentando enfermedades y muertes evitables. El conocimiento basado en pruebas de esta correlación permite identificar, prevenir, mitigar y proteger mejor contra este efecto. La discriminación racial como determinante social estructural introduce una norma de escrutinio distinta en el diseño y la prestación de la sanidad pública y mundial. La discriminación interseccional, basada en la raza, el color, la ascendencia, el origen nacional o étnico y que interactúa al mismo tiempo con cualquier otro motivo, como el género, la edad, la discapacidad, la situación migratoria, la clase, la condición social o los ingresos, de tal manera que son inseparables, es una forma de discriminación racial que debe eliminarse. Las leyes y políticas sanitarias no miden ni tienen en cuenta la interseccionalidad y no reflejan cómo el género, la edad, la discapacidad, el estatus migratorio, la clase, el estatus social o los ingresos, y otros motivos de discriminación operan de forma inseparable con la raza, el color, la ascendencia o el origen nacional o étnico, lo que se traduce en una menor disponibilidad de salud para los grupos incluidos en el ámbito de la Convención, o incluso en su exclusión, y en el fortalecimiento de las barreras raciales. A modo de ejemplo, las violaciones del derecho a la salud, incluidas las barreras al acceso a la salud reproductiva, la menor esperanza de vida y las mayores tasas de mortalidad materna e infantil tienen un efecto acumulativo en las mujeres indígenas, las afrodescendientes o las pertenecientes a minorías étnicas o castas, en particular las adolescentes y las desfavorecidas socioeconómicamente, o las que viven en zonas rurales.[[20]](#footnote-20) Tratar estos casos únicamente como discriminación basada en el género o en la discapacidad esencializa a las víctimas y sólo satisface parcialmente las obligaciones en materia de derechos humanos, al tiempo que no desenmascara ni aborda en consecuencia la discriminación racial.
2. La exclusión del disfrute del derecho a la salud, como acto u omisión de discriminación racial, se produce en varias áreas de su ámbito material. La exclusión a *priori* del acceso a los documentos o la identificación necesarios para ejercer el derecho a la salud en igualdad de condiciones, de conformidad con la Convención, constituye una discriminación directa.[[21]](#footnote-21) Los conflictos, las catástrofes y los desplazamientos internos inducidos por el desarrollo, a menudo dan lugar a movimientos forzados, pérdida de documentos y de estatus legal, privando a individuos y grupos del régimen de protección contra la discriminación racial, incluidas las medidas especiales (artículo 2(2)).

2. Discriminación racial en el derecho a la salud pública, incluidos los centros, servicios y bienes sanitarios

1. *Efecto del racismo y la discriminación racial en la salud física y mental a nivel micro y macro*: la discriminación racial, por sí sola o en combinación con otros motivos de discriminación, microagresiones, delitos racistas motivados por el odio y discursos racistas motivados por el odio, se ha relacionado con una serie de consecuencias negativas para la salud, como el aumento del estrés, la depresión, la ansiedad y los problemas de salud física, como la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares. Los efectos persistentes de la esclavitud y el colonialismo, que hoy en día se experimentan como un trauma intergeneracional, no se han medido ni abordado suficientemente en la salud pública como un factor independiente, o en conjunción con otros factores individuales, como los comportamientos de salud, la integración social y comunitaria y el apoyo. Partiendo del supuesto de que las personas expuestas a la discriminación racial son más vulnerables debido a razones innatas o a sus condiciones de vida, las altas tasas de morbilidad en las áreas de salud mental, enfermedades no transmisibles y salud reproductiva, incluida la salud materna y perinatal, así como las tasas de mortalidad, no han recibido suficiente atención en la salud pública como cuestiones relacionadas únicamente con la discriminación racial.[[22]](#footnote-22)
2. Debido a la distribución desigual de los recursos materiales, la falta de representación o la representación desigual en la investigación y el desarrollo médicos, la toma de decisiones y los procesos políticos, las personas y los grupos incluidos en el ámbito de aplicación de la Convención están sujetos a discriminación racial en todos los elementos esenciales del derecho a la salud pública, incluidos los centros, servicios y bienes sanitarios preventivos, curativos y de rehabilitación:

(a) Discriminación racial en la disponibilidad de la sanidad pública, incluidos los medicamentos esenciales:

La no prestación de la sanidad pública en igualdad de condiciones incluye:

1. No se reconocen las causas de mortalidad y morbilidad que afectan desproporcionadamente a los grupos incluidos en el ámbito de la Convención como riesgos, enfermedades y muertes prevenibles desde el punto de vista de la salud pública.[[23]](#footnote-23) Los problemas de salud mental de los grupos incluidos en el ámbito de la Convención se descuidan desproporcionadamente en la salud pública, lo que anula o perjudica exponencialmente su tratamiento en pie de igualdad. A pesar de las disparidades raciales en materia de tabaco y alcohol basadas en pruebas, la salud pública no las aborda como tales, lo que conduce a un círculo vicioso de morbilidad y mortalidad que reaviva los prejuicios y la estigmatización entre los profesionales de la salud; . [[24]](#footnote-24)
2. No eliminar la discriminación racial en otros factores determinantes de la salud, como el agua potable y segura y las instalaciones sanitarias adecuadas,
3. Falta de disponibilidad razonable, proporcionada y progresiva de atención primaria de salud, hospitales, clínicas y otros servicios relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y medicamentos esenciales. La distribución de instalaciones, bienes y servicios de salud pública y atención sanitaria, así como de programas, suele ser desproporcionadamente deficiente en las zonas donde se concentran espacialmente las personas y los grupos protegidos por la Convención.[[25]](#footnote-25) Los sistemas, políticas y programas de salud públicos y privados no tienen en cuenta las elevadas tasas de mortalidad materna entre las mujeres pertenecientes a los grupos protegidos por la Convención, ni las altas tasas de violencia y sus efectos sobre la salud física y mental de las personas, las familias y las comunidades.

(b) Discriminación racial en la accesibilidad física, asequible e informativa:

La discriminación racial estructural anula o restringe de forma desproporcionada el acceso de los grupos incluidos en el ámbito de aplicación de la Convención a la salud pública, las instalaciones sanitarias, los servicios y los bienes. En el marco del procedimiento de presentación de informes, el Comité ha constatado que un elevado número de personas pertenecientes a grupos incluidos en el ámbito de aplicación de la Convención no tienen acceso a una atención sanitaria estable y asequible. Una serie de causas, acciones y omisiones, conducen a este resultado:

1. Ausencia, o alcance limitado, de legislación y políticas que reconozcan la accesibilidad como una cuestión de igualdad de trato y prohíban la discriminación racial, por sí sola o/y en intersección con otros motivos de discriminación, como el género, la discapacidad, la edad, el estatus migratorio, la clase, el estatus social o los ingresos, y otros estatus;
2. Cobertura desproporcionadamente desigual debido a discrepancias en la distribución de los recursos dentro del Estado; [[26]](#footnote-26)
3. Fallos sistémicos y discrepancias a la hora de incluir a personas pertenecientes a grupos expuestos a la discriminación racial, como migrantes y refugiados, personas privadas de libertad, o de aplicar sin discriminación racial la legislación relacionada con la salud y la seguridad en el trabajo;
4. Sesgo interpersonal e institucional en la aplicación de los requisitos legales en el acceso a la asistencia sanitaria;
5. Privatización y comercialización sin tener debidamente en cuenta la accesibilidad en la práctica de las personas sujetas a discriminación racial, incluidas las mujeres embarazadas indocumentadas, lo que aumenta el riesgo de urgencias obstétricas y complicaciones durante el parto; [[27]](#footnote-27)
6. Condiciones restrictivas bajo las cuales la ley permite el acceso a la información, los servicios y la medicina sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, vii) acoso, violencia y criminalización de los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva,[[28]](#footnote-28) especialmente los abortos, [[29]](#footnote-29)
7. Falta de información y brecha digital. [[30]](#footnote-30)

(c) Discriminación racial en la aceptabilidad y la sensibilidad:

El Comité ha recibido numerosos informes que respaldan la constatación de la limitada disponibilidad de una atención sanitaria respetuosa y sensible a las diferencias culturales.[[31]](#footnote-31) La salud pública y la atención sanitaria no se diseñan y/o prestan con el claro objetivo de incluir a los grupos que entran en el ámbito de la Convención y mejorar su estado de salud en función del género y los requisitos del ciclo vital. La historia de la medicina, y su papel en el apoyo a las teorías de superioridad racial y en la justificación de la esclavitud y el colonialismo,[[32]](#footnote-32) configuró y mantuvo jerarquías en la creación de sistemas sanitarios, estereotipando y perpetuando los prejuicios contra la medicina tradicional y el papel del personal y las prácticas culturalmente sensibles, incluidos los cuidados de partería. La falta de reconocimiento o la prohibición arbitraria de los curanderos tradicionales, las medicinas tradicionales y la farmacopea específica de ciertos grupos étnicos hacen que los miembros de estos grupos sean vulnerables a enfermedades cuya respuesta se encuentra en sus culturas tribales. Este enfoque ha restringido de forma desproporcionada el acceso y la aceptabilidad de la atención sanitaria de las personas protegidas por la Convención, en particular, las de bajos ingresos y las que viven en zonas rurales.

(d) Discriminación racial en la calidad y la adaptabilidad, incluidas las "correcciones raciales":

La discriminación racial afecta también a la calidad científica y médicamente apropiada. La exclusión o las restricciones desproporcionadas de grupos incluidos en el ámbito de aplicación de la Convención en el acceso a personal médico cualificado, medicamentos científicamente aprobados y no caducados, y equipos hospitalarios, son a menudo el resultado de una distribución desigual de los recursos y de la infravaloración de la discriminación racial como cuestión de salud pública. Además, los informes muestran que los prejuicios institucionales siguen perjudicando y restringiendo el acceso a bienes y servicios sanitarios adecuados. Adoptando un enfoque autocrítico, las asociaciones de proveedores de servicios sanitarios y las facultades de medicina reconocen el amplio efecto del uso de "correcciones basadas en la raza", es decir, el uso de la "raza", y no del racismo o la discriminación racial, para explicar las diferencias en la prevalencia y los resultados de las enfermedades.[[33]](#footnote-33) En ese sentido, la salud refleja el modo en que la "raza", como construcción social, opera en la sociedad; en lugar de diseccionar los efectos de la discriminación racial y el racismo en los riesgos y resultados sanitarios, la "raza" se ha normalizado e interiorizado en las prácticas, protocolos y políticas sanitarias, en "todo el espectro de la atención, desde qué medicamentos y dosis se seleccionan hasta qué pacientes tienen acceso a especialistas, trasplantes de órganos, ensayos clínicos y cobertura de seguros".[[34]](#footnote-34) Los estereotipos sobre las enfermedades y los prejuicios en los enfoques y materiales de formación médica se perpetúan al confundir raza y ascendencia y al utilizar términos con connotaciones raciales, o al enseñar las diferencias en las enfermedades entre "población blanca y negra" sin contexto histórico o social. Las mujeres y los hombres, bajo el legado histórico de la esclavitud, son considerados físicamente más fuertes y duraderos. Las mujeres afrodescendientes, indígenas y romaníes suelen esperar más tiempo durante el parto antes de tener acceso a los medicamentos.[[35]](#footnote-35) No es infrecuente que los grupos incluidos en el ámbito de la Convención queden excluidos de la investigación médica y de los estudios sobre tratamientos y medicamentos. Aunque las empresas farmacéuticas y otras empresas pertinentes no facilitan estos datos, los médicos informan de que, debido a los prejuicios, las barreras estructurales y la falta de flexibilidad y capacidad de respuesta para integrar la participación de los grupos étnicos y raciales, los medicamentos y otros bienes y servicios no se prueban teniendo en cuenta su situación. La falta de conocimiento por parte de los médicos y otros profesionales de la salud sobre cómo se manifiestan los síntomas en los cuerpos negros también fue denunciada ante el Grupo de Trabajo de Expertos en Personas de Ascendencia Africana. [[36]](#footnote-36)

1. *Inteligencia artificial y discriminación racial en el contexto de la salud*: la discriminación racial puede impregnar la inteligencia artificial a través de los historiales médicos electrónicos y los algoritmos de aprendizaje automático, al tiempo que aumenta su uso en el ámbito de la salud. Como en otros campos, los detalles sobre su desarrollo siguen siendo en gran medida desconocidos y la falta de transparencia no permite ningún ajuste por parte de los proveedores de servicios sanitarios en la práctica.[[37]](#footnote-37) Sin embargo, hay estudios que demuestran cómo los algoritmos clínicos reproducen los resultados de las desigualdades estructurales en los hospitales traduciéndolos en indicadores de salud. Como uno de los ejemplos, los estudios demuestran que el algoritmo que utiliza los costes sanitarios como indicador de las necesidades sanitarias, reproduce el sesgo basado en cómo se gasta el dinero en pacientes afrodescendientes que tienen el mismo nivel de necesidad, por lo que el algoritmo concluye falsamente que están más sanos que otros pacientes igualmente enfermos. Debido a la falta de datos, un algoritmo de IA que dependa de los resultados de pruebas genéticas tiene más probabilidades de caracterizar erróneamente el riesgo de cáncer de mama de las pacientes protegidas por la Convención. El sesgo también se infunde a través de estudios que no cuestionan las ideologías raciales arraigadas y no evalúan las sinergias entre los factores psicosociales, genéticos y ambientales para explicar las diferencias en los resultados de salud, como la hipertensión.[[38]](#footnote-38)
2. La concentración espacial de grupos incluidos en el ámbito de aplicación de la Convención en zonas con alta exposición a peligros medioambientales para la salud no se refleja en las políticas y programas de salud pública, ya que se trata de cuestiones de derechos humanos estrechamente interrelacionadas con la discriminación racial.[[39]](#footnote-39) Esto tiene efectos múltiples y acumulativos sobre el disfrute del derecho a la salud: en primer lugar, se subestima la exposición a los peligros para la salud y no se mitiga con medidas medioambientales, cautelares y paliativas adecuadas; en segundo lugar, en la mayoría de los casos, las políticas y leyes sanitarias no responden a estos riesgos mediante estudios epidemiológicos adecuados, un seguimiento continuo de los resultados sanitarios y servicios sanitarios apropiados; en tercer lugar, las comunidades carecen de acceso a la información adecuada y no están en condiciones de adoptar ninguna medida de protección individual.
3. El cambio climático provoca varios efectos negativos para la salud relacionados con el calor, junto con el aumento de la contaminación atmosférica, los fenómenos meteorológicos extremos y las catástrofes naturales. El cambio climático también amplía los vectores de enfermedades, al destruir infraestructuras y reducir el acceso a determinantes subyacentes de la salud, como el agua y la nutrición. Afecta profundamente a la salud mental, tanto directa como indirectamente por su impacto en las redes sociales y las tradiciones culturales. Las minorías raciales y étnicas se ven desproporcionadamente afectadas, debido a su ubicación geográfica, situación socioeconómica, normas culturales y factores psicológicos intrínsecos.[[40]](#footnote-40)
4. Los no ciudadanos, migrantes, refugiados, solicitantes de asilo y apátridas se enfrentan a riesgos sanitarios relacionados con las malas condiciones de vida, situaciones laborales difíciles y multitud de factores determinantes de la salud. A menudo, el estatus legal desplaza desproporcionadamente la atención de la salud pública a otras preocupaciones, sin ofrecer ninguna vía alternativa de protección o mitigación de los riesgos y resultados sanitarios. La falta de integración de los no ciudadanos en los sistemas sanitarios locales contribuye a deteriorar su bienestar físico y mental. En muchos contextos, los no ciudadanos no disfrutan del derecho a la salud y la seguridad en el trabajo, ya que a menudo participan en mercados laborales informales. El requisito de que los trabajadores domésticos extranjeros vivan en el hogar, así como las situaciones denunciadas al Comité de abusos físicos y mentales y la confiscación de sus pasaportes por parte de sus empleadores, exponen a los migrantes a una discriminación racial sistémica en el derecho a la salud.[[41]](#footnote-41) Está demostrado que facilitar el acceso a la atención preventiva y primaria más allá de la atención de urgencia reduce los costes sanitarios. En este sentido, un estudio de la UE muestra que ampliar el acceso a la atención sanitaria primaria a los inmigrantes irregulares podría generar un ahorro potencial del 49% o más en términos de gastos médicos y no médicos directos. [[42]](#footnote-42)

C. Discriminación racial en el derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo

1. El artículo 5 (e)(iv) exige a los Estados que respeten, protejan y hagan efectivo el derecho a no ser objeto de discriminación racial en el derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo, incluida la libertad sexual y reproductiva, y el derecho a no ser objeto de injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consentidos.[[43]](#footnote-43) Las pruebas obligatorias del VIH/SIDA limitadas a los no ciudadanos, o basadas en la raza, el color, la ascendencia, el origen nacional o étnico, a efectos de empleo, así como a efectos de entrada, estancia y residencia, sin una justificación objetiva y razonable por motivos de salud pública, son ineficaces a efectos de salud pública, discriminatorias y perjudiciales para el disfrute de los derechos fundamentales. [[44]](#footnote-44)
2. Los prejuicios raciales, la estigmatización y las desigualdades estructurales exponen a las personas y grupos incluidos en el ámbito de aplicación de la Convención a diversas formas de coacción, ya sea mediante la imposición de tratamientos o la denegación de servicios sanitarios. El acceso a la información es un corolario de estos derechos, teniendo en cuenta las barreras a las que se enfrentan los grupos incluidos en el ámbito de la Convención para acceder a la información. Sobre la base de la falta de confianza en las instituciones públicas, a menudo agravada por las políticas sanitarias que implican a la policía y a otros organismos encargados de hacer cumplir la ley, la desinformación se dirige y afecta de manera desproporcionada a la calidad de la salud preventiva, curativa y rehabilitadora de los grupos incluidos en el ámbito de aplicación de la Convención. La infodemia funciona como excusa para justificar la exclusión y reforzar el estigma y los prejuicios contra los grupos incluidos en el ámbito de la Convención. Se les trata como "ignorantes", "amenazas" potenciales para la salud pública, y en lugar de darles prioridad debido a su mayor exposición a la discriminación racial y a la vulnerabilidad, se les deja de lado. La falta de acceso a la información refuerza las desigualdades y facilita prácticas coercitivas con consecuencias graves e incluso irreversibles para la salud. La falta de acceso a la información anula y dificulta el acceso al derecho al consentimiento informado.
3. La privación de libertad, debido al exceso de vigilancia policial, a la elaboración de perfiles raciales y a la sobrerrepresentación en el sistema penitenciario, conlleva restricciones desproporcionadas en el derecho a controlar su salud y su cuerpo y a estar libres de tratamientos médicos no consentidos, incluso como medida preventiva para hacer frente al impacto del encarcelamiento en la salud mental. La criminalización de la medicina y las prácticas tradicionales, sin ningún tipo de consulta y consideración de la integración, expone a las personas protegidas por la Convención a dilemas irrazonables entre su derecho a la vida y a la autonomía corporal y su derecho a la seguridad personal y a la protección del Estado contra la violencia o las lesiones corporales, ya sean infligidas por funcionarios públicos o por cualquier grupo o institución individual (Artículo 5 (b)). En ambos casos, su derecho a la salud se ve comprometido.
4. Discriminación racial en el derecho a la salud sexual y reproductiva: the right to make free and responsible decisions and choices, free of violence, coercion and discrimination, regarding matters concerning one's body and sexual and reproductive health"[[45]](#footnote-45) muestra cómo la discriminación racial estructural, en intersección con otras formas de discriminación, como el género, la identidad de género, la discapacidad, el estatus migratorio, la clase, el estatus social o los ingresos, que reflejan jerarquías y patrones de distribución desigual de recursos y poder, es una de las principales fuentes de violaciones del derecho a la salud sexual y reproductiva en virtud de la Convención.

(i) Esterilizaciones forzadas:

1. El Comité reconoció que algunas formas de discriminación racial, como la esterilización forzada o bajo coacción, pueden estar dirigidas específicamente contra las mujeres debido a su género.[[46]](#footnote-46) Las mujeres indígenas, las afrodescendientes, las romaníes y las pertenecientes a otros grupos étnicos y castas, incluidas las mujeres que padecen enfermedades mentales dentro de estos grupos, han sido objeto de manera desproporcionada de políticas relacionadas con el control de la población o el control de enfermedades infecciosas, como el VIH/SIDA, incluidas las esterilizaciones coercitivas.[[47]](#footnote-47) Dentro de estos grupos, a las mujeres con discapacidad se les ha negado su capacidad jurídica y, en consecuencia, su derecho a dar su consentimiento. Las esterilizaciones forzadas violan los derechos de las mujeres incluidos en el ámbito de la Convención a la autonomía reproductiva, el acceso a la información, la integridad personal, la intimidad y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación por motivos raciales o de género. [[48]](#footnote-48)

(ii) Abortos inseguros y discriminación racial:

1. Las personas incluidas en el ámbito de aplicación de la Convención corren un mayor riesgo de embarazos no deseados y de carecer de medios para superar las barreras socioeconómicas y de otro tipo que impiden el acceso a un aborto seguro. Las leyes, sentencias y prácticas que anulan en la ley y en la práctica el acceso de las mujeres y las personas con derechos reproductivos protegidos por la Convención a un aborto seguro y legal tienen un impacto desproporcionado en la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los grupos y minorías incluidos en el ámbito de la Convención, en particular los de bajos ingresos.[[49]](#footnote-49) El acceso seguro, legal y efectivo al aborto forma parte del derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo y del derecho a la vida de las personas protegidas por la Convención.[[50]](#footnote-50) Las mujeres protegidas por la Convención se encuentran a menudo atrapadas entre la falta de reconocimiento y eliminación del efecto de la discriminación racial sobre la salud sexual y reproductiva y las medidas que las exponen a una mayor estigmatización, marginación y desventaja. No reconocer el impacto de la violencia sexual por motivos raciales, obstaculizar el acceso de los grupos incluidos en el ámbito de la Convención a la información y los programas sobre embarazos involuntarios, estigmatizar y criminalizar el papel de las comadronas pertenecientes a estos grupos y, por último, criminalizar y castigar el acceso al aborto describe una cadena de causalidad en la que la discriminación racial opera tanto como un riesgo para la salud independiente como un determinante social estructural.

III. Obligaciones en virtud de la ICERD

1. La Convención prohíbe la discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud y exige a los Estados Partes que la eliminen en todas sus formas y garanticen la igualdad ante la ley. Las obligaciones deben leerse a la luz de los objetivos establecidos en el Preámbulo y en la Convención en su conjunto. La eliminación de la discriminación racial en todas sus formas y manifestaciones requiere una acción rápida y tiene un objetivo claro: promover el entendimiento entre las personas y construir una comunidad internacional libre de todas las formas de segregación racial y discriminación racial.

A. Obligaciones generales y transversales

1. El artículo 5(e)(iv) exige a los Estados que eliminen la discriminación racial y garanticen la igualdad en sus medidas encaminadas a respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud. La Convención establece un marco para identificar, prevenir y eliminar los riesgos y los resultados de la discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud, eliminando las barreras raciales estructurales y proporcionando a los individuos y grupos incluidos en el ámbito de aplicación de la Convención oportunidades para mejorar en igualdad de condiciones su bienestar y disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. El artículo 5(e)(iv) debe leerse conjuntamente con los artículos 2, 4, 6 y 7 de la Convención.
2. El artículo 5 hace referencia al artículo 2 como la disposición que establece las obligaciones fundamentales en materia de derechos en virtud de la Convención. El Artículo 2 es una disposición exhaustiva que aborda todos los aspectos de las obligaciones de los Estados Partes de seguir una política encaminada a eliminar la discriminación,[[51]](#footnote-51) indicando que es necesaria una amplia gama de medidas para eliminar la discriminación racial "en todas sus formas" y "sin demora". El artículo 2, junto con el artículo 5 (e)(iv), conlleva obligaciones negativas y positivas de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud de todas las personas y grupos incluidos en el ámbito de la Convención. La causalidad entre las vulnerabilidades y los resultados sanitarios y la discriminación racial como determinante social estructural y como riesgo sanitario independiente determinan la norma a la hora de evaluar las medidas adoptadas para cumplir la Convención. El estatus de la prohibición de la discriminación racial en el derecho internacional, como una de las formas más atroces de discriminación, y el vínculo entre el derecho a la salud y el derecho a la vida dejan a los Estados un margen muy estrecho de apreciación en las diferenciaciones de trato en el cumplimiento de sus obligaciones de respetar el derecho a la salud. Los Estados deben abstenerse de interferir en el derecho de las personas y grupos protegidos por la Convención a controlar su salud y su cuerpo, y en su derecho a no ser torturados, y deben protegerlos contra actos de motivación racial en relación con su derecho a la salud, incluida la divulgación de información sobre la salud del paciente sin su consentimiento. El artículo 5(e)(iv) debe leerse conjuntamente con el artículo 4. Los Estados deben abstenerse y proteger contra la estigmatización, la incitación al odio racial y los actos de discriminación contra personas y grupos incluidos en el ámbito de aplicación de la Convención por motivos de estado de salud. Además, no actuar sobre la base de este conocimiento de la correlación adoptando y aplicando medidas preventivas, protectoras, paliativas y reparadoras en relación con la discriminación racial con miras a mejorar los factores determinantes subyacentes y los resultados sanitarios constituye un incumplimiento de la obligación de prevenir y proteger el derecho a la salud. Por último, los Estados deben adoptar medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, de promoción y de otra índole apropiadas para la plena realización de la prohibición de la discriminación racial y la garantía de la igualdad en el disfrute del derecho a la salud.
3. Los Estados Partes deben garantizar que "el principio de autogobierno de los órganos locales y regionales no obstaculiza sus obligaciones en materia de derechos humanos de promover los derechos económicos, sociales y culturales de los grupos desfavorecidos o discriminados, según la Convención".[[52]](#footnote-52) Los gobiernos centrales o federales deben garantizar, mediante la coordinación o el ejercicio de cualquier otro poder que sus constituciones permitan, que el Artículo 5 (e)(iv), se aplica en todos los niveles de la administración. Las autoridades locales y regionales deben participar en la identificación de riesgos y necesidades, en la asignación de recursos y en el suministro de bienes y servicios sanitarios, en particular en las zonas rurales, teniendo en cuenta los daños medioambientales para la salud y los derechos sobre la tierra.
4. *Representación en la investigación y el desarrollo médicos, la toma de decisiones, las instalaciones, los servicios y los* bienes sanitarios: La representación de los grupos incluidos en el ámbito de aplicación de la Convención en materia de salud es crucial para identificar los riesgos para la salud y los resultados relacionados con la discriminación racial, mejorar la calidad de la salud, generar confianza con las comunidades sometidas a discriminación racial y cultivar una cultura de igualdad y no discriminación. Los Estados deben fomentar activamente la representación de los grupos expuestos a la discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud, teniendo en cuenta su composición poblacional, incluidas la interseccionalidad y los requisitos del ciclo vital.
5. Los Estados deben adoptar medidas concretas para fomentar la representación multidimensional de los grupos protegidos por la Convención dentro de sus propias competencias, tanto como actores relacionados con la salud (como enfermeros, médicos, personal técnico de laboratorio, expertos en salud pública, reguladores, organismos de control), como actores receptores de la salud (pacientes, familiares, asociaciones) dentro de organismos públicos o semipúblicos. Los indicadores específicos de representatividad deben ajustarse a otras obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, igualdad y no discriminación, teniendo en cuenta al mismo tiempo el contexto y el alcance de la situación. Los Estados también deben promover en las políticas y transacciones de la cadena de suministro con entidades privadas, como empresas farmacéuticas y de otro tipo, compañías de seguros y organizaciones sanitarias, que la representatividad de los grupos incluidos en el ámbito de aplicación de la Convención sea un indicador medible de la calidad de la salud, incluidos los centros, servicios y bienes sanitarios preventivos, curativos y de rehabilitación.
6. *Participación, consulta, empoderamiento*: El artículo 2(1)(e) establece la obligación de los Estados Parte de "fomentar, cuando proceda, las organizaciones y movimientos multirraciales integracionistas y otros medios de eliminar las barreras entre razas, y desalentar todo lo que tienda a fortalecer la división racial." Esta obligación se hace eco de la afirmación del Preámbulo de que "... la existencia de barreras raciales es repugnante para los ideales de toda sociedad humana". Por organizaciones y movimientos multirraciales integracionistas deben entenderse las que apoyan los principios de la Convención, las organizaciones de base y comunitarias y las organizaciones de la sociedad civil, incluidas las organizaciones relacionadas con la salud. La legislación contra la discriminación y la salud pública suelen funcionar en silos. La participación y consulta de los grupos incluidos en el ámbito de la Convención en la toma de decisiones sanitarias integra sus conocimientos y mejora la calidad de las decisiones. Aumentan la legitimidad y la transparencia de las decisiones, y se genera confianza entre las instituciones sanitarias y las comunidades. Si las comunidades incluidas en el ámbito de la Convención participan en la toma de decisiones, ya sea a nivel comunitario, local, regional o nacional, ejercen su derecho a ser escuchadas y su derecho a la información.
7. Los Estados deben garantizar el acceso a la información y el derecho a la participación a las personas protegidas por la Convención como individuos, teniendo en cuenta el idioma y otras barreras culturales.
8. Medidas especiales: Los Estados deben reconocer que los grupos incluidos en el ámbito de aplicación de la Convención tienen diferentes necesidades de servicios sanitarios y sociales e informar al Comité al respecto.[[53]](#footnote-53) Deben adoptar medidas especiales, en consonancia con el apartado 2 del artículo 2, para garantizar el progreso y la igualdad en el disfrute del derecho a la salud.

B. Seguimiento de las desigualdades raciales en materia de salud

1. Ninguna política puede diseñarse, aplicarse y evaluarse eficazmente sin un seguimiento continuo de la discriminación racial en el disfrute de los derechos contemplados en el artículo 5. Los Estados Parte deben estar en condiciones de medir la discriminación racial, identificar las tendencias cuantitativas y cualitativas y adoptar medidas específicas y concretas dentro de una política más amplia. La supervisión de la discriminación racial a escala nacional va de la mano con el apartado 2 del artículo 2 y los artículos 8 y 9. Mantener bajo revisión las políticas basadas en indicadores, evaluar el impacto de las políticas en los derechos humanos y observar los avances en la eliminación de la discriminación racial es una herramienta esencial para informar sobre las obligaciones derivadas de la Convención. Las estadísticas relacionadas con el disfrute del derecho a la salud en cumplimiento de la Convención deben estar disponibles y deben basarse en periodos de tiempo comparables, en el ámbito geográfico pertinente y en grupos de población. En ausencia de estadísticas exhaustivas, es imposible evaluar eficazmente si las leyes, las políticas y los programas sanitarios, aparentemente neutrales, dan lugar a discriminación racial. Una de las obligaciones fundamentales de la Convención es proporcionar a las personas incluidas en su ámbito de aplicación el derecho a autoidentificarse como tales y a ser incluidas en las estadísticas y encuestas sociales relacionadas con el derecho a la salud.[[54]](#footnote-54)
2. La Declaración y el Programa de Acción de Durban instan a los Estados a "recopilar, compilar, analizar, difundir y publicar datos estadísticos fiables a nivel nacional y local y adoptar todas las demás medidas conexas que sean necesarias para evaluar periódicamente la situación de las personas y los grupos de personas que son víctimas del racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia; (....) La información deberá tener en cuenta los indicadores económicos y sociales, incluidos, cuando proceda, la salud y el estado de salud, la mortalidad infantil y materna, la esperanza de vida, la alfabetización, la educación, el empleo, la vivienda, la propiedad de la tierra, la atención de la salud mental y física, el agua, el saneamiento, la energía y los servicios de comunicaciones, la pobreza y la renta media disponible, a fin de elaborar políticas de desarrollo social y económico con miras a colmar las lagunas existentes en las condiciones sociales y económicas." [[55]](#footnote-55)
3. En cuanto al derecho a la salud, se insta a los Estados y se alienta a las organizaciones no gubernamentales y al sector privado a que "proporcionen mecanismos eficaces para vigilar y eliminar el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia en el sistema de atención de salud, como la elaboración y aplicación de leyes eficaces contra la discriminación" y a que "establezcan, sobre la base de información estadística, programas nacionales, incluidas medidas afirmativas o positivas, para promover el acceso de las personas y los grupos de personas que son o pueden ser víctimas de discriminación racial a la atención sanitaria básica, y promover esfuerzos decididos para eliminar las disparidades, entre otras cosas, en las tasas de mortalidad infantil y materna, vacunación infantil, VIH/SIDA, cardiopatías, cáncer y enfermedades contagiosas." [[56]](#footnote-56)
4. Los Estados Partes plantean a menudo la preocupación de su obligación contradictoria de respetar y proteger el derecho a la intimidad de las personas y los grupos en el ámbito de la Convención, evitando al mismo tiempo el impacto negativo de marcadores, como la "raza", que refuerzan las divisiones, las jerarquías y las falsas teorías de superioridad racial. El Comité recuerda que comprender e identificar el efecto de la discriminación racial a menudo pone a las autoridades en la situación de examinar cómo las posibles víctimas de discriminación racial son vistas, percibidas y clasificadas por leyes, políticas o sistemas potencialmente discriminatorios. Los prejuicios, la estigmatización y la discriminación racial actúan atribuyendo a las personas características e identidades que deben conceptualizarse en términos amplios para incluir todos los motivos y formas de discriminación racial en virtud del artículo 1. Se aconseja y alienta a los Estados a que desarrollen medidas apropiadas para combatir la discriminación racial. Se aconseja y anima a los Estados a desarrollar metodologías apropiadas para la recopilación de información relevante, en cooperación con agencias especializadas de la ONU y regionales. [[57]](#footnote-57)
5. La falta de estadísticas y de datos exhaustivos sobre la situación de los grupos incluidos en el ámbito de aplicación de la Convención no debería suponer una carga extraordinaria para las víctimas de discriminación racial a la hora de probar la discriminación racial. En muchos ámbitos relacionados con la salud, los datos y los hechos se encuentran totalmente, o en gran parte, dentro del conocimiento exclusivo de las autoridades nacionales o de los agentes privados implicados en las instalaciones, los servicios y los bienes. Las personas y los grupos incluidos en el ámbito de aplicación de la Convención deben disponer de la información necesaria para documentar y solicitar medidas especiales, tal como establece el artículo 2(2).

IV. Recomendaciones

1. La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial obliga a los Estados a respetar, proteger y garantizar la ausencia de discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud y a remediar cualquier violación de este derecho. La igualdad en el derecho a la salud se consigue a través de medidas que combinan recursos, instituciones y sistemas en todos los sectores relacionados con el derecho a la salud. Las buenas prácticas y estrategias desarrolladas en el sistema de las Naciones Unidas y a nivel nacional y regional por los Estados Parte, las autoridades independientes y la sociedad civil, así como las lecciones aprendidas durante la pandemia COVID-19, constituyen una buena base para dirigir recomendaciones a los Estados Partes y a otras partes interesadas.

A. Medidas legislativas y políticas

1. *Adopción de una legislación global contra la discriminación racial en el derecho a la salud en los ámbitos civil, administrativo y penal*. Dicha legislación debe hacer referencia explícita a todos los motivos de discriminación racial del apartado 1 del artículo 1 y extender la prohibición de la discriminación racial a todas las autoridades estatales, instituciones públicas y personas privadas, físicas y jurídicas, de conformidad con el artículo 2. El alcance de la prohibición de la discriminación racial debería incluir tanto el derecho a un sistema de protección de la salud como el derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo, así como el derecho a no sufrir torturas, tratamientos médicos no consentidos ni experimentos, mientras que cualquier referencia al artículo 12 del PIDESC, tal y como lo interpreta el PIDESC, mejoraría la armonización en todo el sistema de tratados de la ONU. Se recomienda encarecidamente hacer referencia explícita a la interseccionalidad, reconociendo la prohibición de la discriminación racial, tal y como se define en el artículo 1(1) de la Convención, en intersección con otros motivos de discriminación, como el género, la edad, la discapacidad y la situación migratoria, la clase, la condición social o los ingresos, ya que fomenta la coherencia con las obligaciones internacionales y regionales en materia de derechos humanos y refuerza la eficacia de las medidas de aplicación en virtud de la Convención. La legislación nacional debe proporcionar el marco para cumplir la obligación establecida en el artículo 2(2) de adoptar medidas especiales y concretas para garantizar el desarrollo y la protección adecuados de los grupos desfavorecidos en el ámbito de la Convención, con vistas a facilitar el disfrute pleno y en condiciones de igualdad del derecho a la salud.
2. *Puesta en práctica de la legislación contra la discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud por:*
3. Adoptar y aplicar medidas administrativas, incluso en la contratación pública, y políticas internas que prevean medidas concretas y específicas para respetar y garantizar la disponibilidad, la accesibilidad física, asequible e informativa, la aceptabilidad y la calidad de la sanidad, así como medidas para prevenir, respetar y proteger contra medidas coercitivas que vulneren la prohibición de la discriminación racial en el derecho a controlar el propio cuerpo y la salud y que vulneren el derecho a no ser sometido a torturas, tratamientos médicos no consentidos y experimentos. Los Estados deben garantizar que los organismos sanitarios y otros organismos relacionados elaboren directrices detalladas para integrar y aplicar en la práctica medidas que garanticen la igualdad ante la ley y la prohibición de la discriminación racial con normas precisas en consulta con los grupos pertinentes;
4. Identificar las desigualdades raciales y revisar, modificar o derogar la legislación, las políticas y las prácticas que mantienen y perpetúan la discriminación racial en el derecho a la salud. Los Estados deben realizar estudios para identificar dichas leyes y prácticas, en consulta con las comunidades pertinentes, y modificarlas o derogarlas en consecuencia;
5. Proporcionar orientaciones claras a todos los organismos e instituciones relacionados con la salud, incluidas cualesquiera otras autoridades e instituciones implicadas, como las fuerzas del orden, garantizando que las políticas internas, incluidos los procedimientos operativos normalizados y los códigos de conducta, estén en consonancia con las normas y principios de derechos humanos relacionados con la igualdad y la prohibición de la discriminación racial;
6. Las estrategias y planes de acción nacionales, en consulta con los grupos, instituciones y autoridades pertinentes, pueden ser una herramienta eficaz para identificar lagunas y prever objetivos claros y medidas especiales, de conformidad con el apartado 2 del artículo 2, así como la coordinación de todas las autoridades pertinentes y una presupuestación eficaz. [[58]](#footnote-58)
7. Deben adoptarse enfoques centrados en la comunidad, basados en el género y en prácticas culturalmente sensibles para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad y calidad de la atención sanitaria, en función de las necesidades, tradiciones y especificidades culturales de las minorías raciales y étnicas. Los Estados deben proporcionar y reforzar la colaboración efectiva entre la medicina moderna y la tradicional y apoyar la aplicación de una política nacional sobre las comadronas.[[59]](#footnote-59) Se recomienda encarecidamente a los Estados que coordinen eficazmente los servicios de apoyo promoviendo modelos de cooperación entre las autoridades, las comunidades y las organizaciones de la sociedad civil, incluidas las que representan a grupos que sufren formas de discriminación entrecruzadas, los organismos de igualdad y las instituciones nacionales de derechos humanos y los proveedores privados de servicios sanitarios. Los Estados deben explorar como medida especial de mitigación la posibilidad, en consulta con las comunidades, de proporcionar apoyo sanitario a través de clínicas móviles,[[60]](#footnote-60) o programas específicos de prevención de la salud, atención sanitaria integral de emergencia y cualquier atención relacionada con el parto de forma gratuita para todos y, garantizar que los médicos y el personal de los centros médicos no denuncien a los migrantes indocumentados.[[61]](#footnote-61)
8. Regular el uso de la inteligencia artificial en todos los sectores relacionados con la salud: Los Estados deben garantizar que la inteligencia artificial en el ámbito de la salud respeta la prohibición de discriminación racial. Dichos sistemas deben desplegarse únicamente si su uso tiene como objetivo claro promover el disfrute del derecho a la salud para todos sin discriminación racial ni de ningún otro tipo. Tanto el objetivo legítimo de su uso como su interferencia con los derechos humanos deben evaluarse teniendo en cuenta en qué medida contribuyen a eliminar la discriminación racial. Los datos demográficos y socioeconómicos deben reflejar el conjunto de la población para evitar cualquier exclusión a priori de las personas protegidas por la Convención.
9. Antes de adquirir o desplegar estos sistemas, los Estados deben adoptar medidas legislativas, administrativas y de otro tipo adecuadas para determinar la finalidad de su uso y regular con la mayor precisión posible los parámetros y ofrecer garantías que prevengan y protejan contra la discriminación racial en el derecho a la salud. Los Estados deben adoptar un enfoque de la inteligencia artificial basado en los derechos humanos, en el que la eliminación de la discriminación racial se plasme en todas las etapas e impregne todas las normas mínimas, como: i) la agencia y la supervisión humanas; ii) la solidez y la seguridad técnicas; iii) la privacidad y la gobernanza de los datos; iv) la transparencia; v) la diversidad, la no discriminación y la equidad; vi) el bienestar social y medioambiental; vii) la rendición de cuentas. [[62]](#footnote-62)
10. Los Estados deben evaluar el impacto en los derechos humanos antes de desplegar la inteligencia artificial en la salud y deben considerar un período piloto bajo la supervisión de un órgano de supervisión multidisciplinar independiente que incluya a personas que reflejen la composición diversa de la población.

B. Datos y estadísticas

1. En cooperación con la OMS y otras organizaciones y organismos regionales y de las Naciones Unidas, los Estados deben vigilar las desigualdades raciales y la discriminación racial relacionadas con la salud, por sí solas y en conjunción con otros determinantes sociales y subyacentes.[[63]](#footnote-63) Deben recopilar y supervisar datos cuantitativos y cualitativos desglosados y anonimizados, basados en indicadores demográficos y sanitarios. Los datos deben desglosarse por cualquier información sobre raza, color, ascendencia u origen nacional o étnico e indigeneidad, junto con el sexo, la edad, la discapacidad, la condición migratoria y cualquier otra condición.
2. La vigilancia de la discriminación racial en materia de salud debe incluir indicadores sobre la exposición diferencial a los riesgos sanitarios y la vulnerabilidad diferencial, en términos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la salud. La vigilancia también debe abarcar los ámbitos en los que las medidas coercitivas pueden aplicarse de manera desproporcionada y afectar a los grupos incluidos en el ámbito de aplicación de la Convención, como los proveedores de servicios de salud reproductiva, las instituciones de salud mental, las prisiones y los asentamientos de refugiados y migrantes, incluidas las fronteras, con miras a identificar la exposición sistémica a los riesgos para la salud y las vulnerabilidades. Los Estados deben evaluar, medir e informar sobre las desigualdades raciales. Los Estados también deben supervisar, evaluar y poner a disposición estadísticas demográficas desglosadas por determinantes subyacentes de la salud, como el acceso al agua potable y a un saneamiento adecuado, el suministro adecuado de alimentos seguros, la nutrición y la vivienda, y unas condiciones laborales y medioambientales saludables. Las personas pertenecientes a grupos incluidos en el ámbito de aplicación de la Convención deben tener acceso a esta información para controlar su exposición a los riesgos para la salud y ejercer otros derechos conexos de consulta y participación en procedimientos relacionados con la salud o el medio ambiente.
3. Las estadísticas sanitarias desglosadas deben incluir al menos datos recogidos por hospitales, centros comunitarios y otros centros de atención sanitaria, médicos y aseguradoras sanitarias, junto con datos de encuestas, y establecer vínculos con sistemas de datos administrativos para medir y evaluar la disponibilidad y accesibilidad de la sanidad. La aceptabilidad y la calidad también deben medirse y evaluarse a partir de datos de encuestas con las comunidades. Las estadísticas anonimizadas generadas por estas prácticas deben ponerse a disposición del público y de las comunidades en el ámbito de la Convención. Dichos datos deben recopilarse de forma voluntaria, anónima y sobre la base de la autoidentificación y de conformidad con las normas y principios de derechos humanos, como la normativa de protección de datos y las garantías de privacidad, incluidas las garantías sobre el consentimiento informado. Las personas protegidas por la Convención deben tener acceso a la información relativa a la recogida de sus datos, su uso y sus resultados.
4. En cooperación con las autoridades regionales y nacionales, los Estados deben adoptar y aplicar estrategias específicas de respeto y protección contra la discriminación racial en el acceso y el intercambio electrónico de datos sanitarios. Toda regulación del intercambio electrónico de datos debería incluir siempre explícitamente normas que prevengan, protejan y remedien la discriminación racial. [[64]](#footnote-64)

C. Educación, formación y acceso a la información

1. En consonancia con el artículo 7 de la Convención, los Estados deben desarrollar y ofrecer educación y formación en materia de derechos humanos centradas en la discriminación racial a una amplia gama de agentes que intervienen en la salud. Los profesionales de la salud, los trabajadores sociales y otros funcionarios clave y terceras partes implicadas en la salud, incluidos los asentamientos humanitarios, a nivel local, regional y nacional deberían recibir formación obligatoria. Los grupos que entran en el ámbito de aplicación de la Convención, incluidas las personas que sufren formas de discriminación interrelacionadas, deben participar en el desarrollo y la impartición de dicha formación, siempre que sea posible. Los hospitales, los centros de atención primaria y los servicios sociales deben garantizar que la formación se complemente con intervenciones institucionales relativas a la limitación de la discrecionalidad y el aumento de la supervisión en ámbitos vulnerables a los estereotipos y los prejuicios.
2. La educación en derechos humanos debe incluirse como asignatura obligatoria en los planes de estudio de las facultades de medicina y otras facultades y departamentos relacionados con la salud. Se anima a las facultades de medicina a que revisen sus planes de estudio e identifiquen prejuicios y estereotipos en los enfoques y materiales de formación médica. Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de la discriminación racial y evitar las simplificaciones basadas en la raza.
3. Se recomienda encarecidamente a las asociaciones de profesionales de la salud que consideren la posibilidad de integrar en sus políticas de afiliación cursos de formación sobre derechos humanos y lucha contra la discriminación.
4. Los Estados deben llevar a cabo campañas de sensibilización específicas con información sobre los servicios sanitarios disponibles y los requisitos para la cobertura obligatoria del seguro de enfermedad.[[65]](#footnote-65) Deben impedir que se difunda información falsa o engañosa en entornos digitales y físicos.

D. Actores privados

1. Los Estados tienen la responsabilidad primordial de identificar, medir y proteger contra la discriminación racial en el derecho a la salud en todos los ámbitos de la vida. La discriminación racial debe reconocerse explícitamente como riesgo para la salud y determinante estructural de la salud que hay que prevenir y mitigar en la contratación pública y en cualquier otra autorización de actividades empresariales. Los Estados deben adoptar leyes y políticas que prohíban, vigilen, investiguen y sancionen en consecuencia toda conducta de motivación racial que tenga por objeto o efecto dañar la integridad física y mental de las personas protegidas por la Convención, así como toda injerencia en el derecho a la igualdad y a no sufrir discriminación racial en el derecho a la salud. Se entiende por daño el resultado de la discriminación racial en el derecho a la salud, de conformidad con el apartado 1 del artículo 1.
2. Los Estados deben adoptar una normativa que garantice que las empresas privadas, los centros sanitarios privados, las compañías de seguros y farmacéuticas, los fabricantes de bienes y equipos relacionados con la salud y otras organizaciones pertinentes cumplan el principio de igualdad y no discriminación en el derecho a la salud, en consonancia con los Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos de 2011 (Principios Rectores 1, 2, 3, 11 y 24). El desarrollo de regímenes obligatorios de diligencia debida en materia de derechos humanos puede proporcionar un marco global en el que la gestión del riesgo de discriminación racial debería integrarse en todas las operaciones empresariales. Los actores privados deben: i) identificar y evaluar los impactos adversos reales o potenciales sobre el derecho a la salud basados en la raza, el color, la ascendencia o el origen nacional o étnico con los que puedan estar involucrados, ya sea a través de sus propias actividades o como resultado de sus relaciones comerciales; ii) integrar las conclusiones derivadas de estas evaluaciones en todas las funciones y procesos internos pertinentes, y tomar las medidas adecuadas; iii) realizar un seguimiento de la eficacia de su respuesta; y iv) dar cuenta de cómo abordan sus impactos sobre los derechos humanos. [[66]](#footnote-66)
3. En el proceso de identificación, evaluación, prevención y mitigación de los impactos adversos sobre los derechos humanos, las empresas deben prestar especial atención a los factores relacionados con los datos que puedan tener un propósito o efecto discriminatorio. La selección de los datos de entrenamiento y el diseño de sus modelos deben hacerse de forma que se eviten resultados discriminatorios en el derecho a la salud. Las empresas también deben estar abiertas a auditorías independientes de terceros sobre sus sistemas de inteligencia artificial.[[67]](#footnote-67) Cuando el riesgo de discriminación u otras violaciones de derechos humanos se haya evaluado como demasiado alto o imposible de mitigar, incluso debido a la naturaleza del uso previsto o previsible por parte de un Estado, los actores privados deben abstenerse de desplegar tales sistemas antes de garantizar que el resultado discriminatorio se mitiga de manera efectiva. La exposición y la vulnerabilidad a los riesgos para la salud debidos a la discriminación racial deben incorporarse a esta evaluación ex ante y ex post, con la cooperación de un equipo multidisciplinar que comprenda cómo pueden experimentarse el racismo y la discriminación racial.
4. Los Estados deben garantizar que los actores privados, en función de su implicación, respondan y rindan cuentas sobre el daño causado al derecho a la salud. Si los agentes privados causaron el daño, deben cesar su acción causante del daño y remediarlo. Si los agentes privados han contribuido a que otro cause el daño, deben cesar en su actuación que ha contribuido al daño, intentar utilizar o crear una influencia con la otra parte para prevenir o mitigar el riesgo de daños futuros, y contribuir a la reparación del daño, incluso mediante una indemnización. Por último, si los agentes privados sólo están vinculados a un daño que no han causado ni al que han contribuido, deben tratar de utilizar su influencia para prevenir o mitigar el riesgo de un daño futuro causado por la otra parte, pero no se espera que contribuyan a la reparación.
5. Los Estados deben documentar e incluir información en sus informes al Comité sobre los casos de discriminación racial asociados a agentes privados, así como las medidas de prevención, sanciones y recursos.

E. Rendición de cuentas

1. De conformidad con el artículo 6, los Estados deben garantizar a toda persona sometida a su jurisdicción protección y recursos efectivos contra todo acto de discriminación racial que viole su derecho a la salud en contravención de la Convención, así como el derecho a exigir reparación o satisfacción justa y adecuada por todo daño sufrido como consecuencia de dicha discriminación.
2. Los Estados deben establecer mecanismos eficaces e independientes de supervisión y rendición de cuentas, tanto internos en las instalaciones sanitarias como externos, y prever medidas disciplinarias en caso de mala conducta. También deben llevar a cabo auditorías periódicas, con la ayuda de expertos independientes, para detectar lagunas en las políticas y prácticas internas. Se recomienda encarecidamente la transparencia sobre los resultados de estos procedimientos, ya que puede reforzar la rendición de cuentas y fortalecer la confianza de las personas y las comunidades.
3. Los Estados deben sensibilizar a las autoridades judiciales sobre sus obligaciones relacionadas con la discriminación racial. Deben establecer mecanismos no judiciales independientes de rendición de cuentas y reparación de agravios, con competencia para establecer los hechos, identificar a los responsables del acto o la omisión de discriminación racial y proporcionar reparación por cualquier daño sobre el derecho a la salud. Los recursos no judiciales pueden ser más apropiados en casos de discriminación estructural y si el daño no puede establecerse individualmente, o en casos en que el acto de discriminación racial no constituya un delito. Cualquier mecanismo de este tipo debe cumplir las garantías de igualdad y no discriminación del artículo 5 (a) y garantizar el acceso efectivo a la justicia.
4. Los Estados deben integrar en los mecanismos de rendición de cuentas y reparación a organizaciones y movimientos multirraciales integracionistas y otros medios para eliminar barreras. Se les anima encarecidamente a adoptar un enfoque centrado en las víctimas e impulsado por la comunidad, capacitando a las personas y comunidades afectadas para que participen activamente y apoyen a las víctimas y supervivientes reales y potenciales de la discriminación racial en el derecho a la salud. Cuando proceda, deberá reconocerse y repararse la naturaleza estructural e intergeneracional del daño, dando prioridad a las medidas generales o complementando la reparación individual.
5. Los Estados tienen la responsabilidad primordial de garantizar que toda violación de la Convención que haya provocado un daño conlleve el deber de reparar íntegramente el perjuicio causado.[[68]](#footnote-68) Los Estados deben reparar íntegramente la violación de sus obligaciones en virtud de la Convención y de los derechos de las personas perjudicadas. La reparación en virtud de la Convención debe incluir medidas generales para garantizar que las leyes, políticas y prácticas se revisen y modifiquen para evitar que se repitan. Las medidas generales deben incluir medidas positivas, como educación y formación, garantías de participación y capacitación de la comunidad afectada, para cumplir con la obligación incumplida.

F. Cooperación internacional

1. La cooperación internacional en materia de salud es un elemento clave para respetar la ausencia de discriminación racial, prevenir las violaciones, proteger contra ellas y remediarlas. Muchos Estados recurren a la cooperación internacional para cumplir sus obligaciones de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud. Los Estados deben garantizar el cumplimiento de sus obligaciones en virtud de la ICERD en sus solicitudes o prestación de asistencia y cooperación internacionales en la OMS o en cualquier otra organización, incluidas las instituciones financieras y de desarrollo internacionales y regionales.
2. Guiados por el principio de solidaridad internacional a través de la asistencia y la cooperación internacionales, los Estados deben adoptar todas las medidas nacionales y multilaterales necesarias, incluidas las exenciones temporales de las protecciones de propiedad intelectual sobre tecnologías sanitarias, para mitigar el impacto dispar de los desafíos globales, como las pandemias, el cambio climático y los desastres, y sus consecuencias socioeconómicas sobre los grupos y minorías protegidos por la Convención.
3. Los Estados deben garantizar un acceso efectivo y no discriminatorio a las instalaciones, bienes y tecnologías sanitarias preventivas, curativas y de rehabilitación, teniendo en cuenta la situación y las necesidades de los grupos marginados y sometidos a discriminación. A tal fin, la asistencia internacional debe prevenir y proteger contra las restricciones que afecten de manera desproporcionada a los grupos incluidos en el ámbito de aplicación de la Convención. Los Estados donantes no deberían promover, aprobar ni perpetuar políticas y prácticas que establezcan, refuercen y no tengan por objeto eliminar las barreras de los grupos expuestos a la discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud.
4. En las negociaciones y la redacción de la convención, el acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta ante pandemias ("CA+ de la OMS"), se anima encarecidamente a los Estados[[69]](#footnote-69) a alinear el Artículo 4, párrafo 12 "Principios y derechos rectores" ("Todas las personas deberían tener acceso justo, equitativo y oportuno a productos relacionados con la pandemia, servicios y apoyos de salud, sin temor a la discriminación o a ser tratados de manera distinta por motivos de raza, religión, ideología política o condición económica o social") el derecho a la igualdad y a la no discriminación con el Artículo 1 (1) de la ICERD, prohibiendo la discriminación racial basada en la raza, el color, la ascendencia o el origen nacional o étnico. También se anima a los Estados a incluir en el artículo 12 "Fortalecimiento y mantenimiento de un personal sanitario y asistencial cualificado y competente" la obligación de eliminar la discriminación racial, teniendo en cuenta que una gran mayoría del personal son mujeres en el ámbito de la Convención.

1. \* Adoptado por el Comité en su 109° período de sesiones (11-28 de abril de 2023). [↑](#footnote-ref-1)
2. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, "Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health" 2008, p. 12.; OMS, A62/9 (2009); WHA Res 62.14 "Reducing Health Inequities through Action on the Social Determinants of Health" (21 de mayo de 2009); WHA Res 65.8 "The Outcome of the World Conference on Social Determinants of Health" (26 de mayo de 2012); WHA Res 72.2. [↑](#footnote-ref-2)
3. OMS, Putting Our Own House in Order: Examples of Health System Action on Socially Determined Health Inequalities. (2010), 11; O. Solar y A. Irwin, "A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health", Discussion Paper 2 (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010, 34-35; EB152/2, párrs. 6-9 y WHA Res. 74.16 (2021). [↑](#footnote-ref-3)
4. Vernellia R. Randall, Race, Health Care and the Law: Regulating Racial Discrimination in Health Care / United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD) Conference on Racism and Public Policy (2001); Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, Pieterse A, Gupta A, Kelaher M, Gee G. Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2015 Sep 23;10(9): e0138511. doi: 10.1371/journal.pone.0138511. PMID: 26398658; PMCID: PMC4580597; véase también la serie de The Lancet sobre racismo, xenofobia, discriminación y salud publicada en línea en diciembre de 2022. [↑](#footnote-ref-4)
5. CERD/C/SLV/CO/18-19, párr. 14; CERD/C/HUN/CO/18-25, párr. 20. [↑](#footnote-ref-5)
6. OMS, EB152/2, párrs. 6-9. WHA Res. 74.16 (2021). [↑](#footnote-ref-6)
7. A/77/197, párrafo 7. [↑](#footnote-ref-7)
8. A/HRC/RES/48/7. [↑](#footnote-ref-8)
9. Declaración sobre la pandemia de coronavirus (COVID-19) y sus implicaciones en el marco de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (3/2020). [↑](#footnote-ref-9)
10. Ibid. [↑](#footnote-ref-10)
11. Declaración del CERD sobre la falta de acceso equitativo y no discriminatorio a las vacunas COVID-19 (2/2022). [↑](#footnote-ref-11)
12. Constitución de la OMS. [↑](#footnote-ref-12)
13. El Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas señala que el derecho a la salud "se materializa a través del bienestar de un individuo, así como del bienestar social, emocional, espiritual y cultural de toda la comunidad" (véase E/2013/43-E/C.19/2013/25, párr. 4). Véase también A/HRC/33/57 (2018). [↑](#footnote-ref-13)
14. CERD/C/CHL/CO/22-23, párr. 28; CERD/C/USA/CO/7-9, párr. 10. [↑](#footnote-ref-14)
15. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general nº 19, El derecho a la seguridad social, E/C.12/GC/19 (2008), párr. 2. [↑](#footnote-ref-15)
16. Recomendación general núm. 27 relativa a la discriminación de los romaníes (párr. 33); Recomendación general núm. 34 relativa a la discriminación racial de los afrodescendientes (párr. 55). [↑](#footnote-ref-16)
17. No dejar a nadie atrás: La igualdad y la no discriminación en el centro del desarrollo sostenible. Marco de Acción Compartido del Sistema de las Naciones Unidas. Véase también la Resolución 70/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas "Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible' (25 de septiembre de 2015) Objetivo 3.8. [↑](#footnote-ref-17)
18. AGNU. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel sobre la Cobertura Sanitaria Universal. UNGA Res 74/2, 18 de octubre de 2019. [↑](#footnote-ref-18)
19. CERD, Recomendación general nº 30, párr. 4. [↑](#footnote-ref-19)
20. CERD/C/ISR/CO/17-19, párrs. 32 y 38. [↑](#footnote-ref-20)
21. CERD/C/ZMB/CO/17-19, párrs. 25-26; CERD/C/CHL/CO/22-23, para. 32; CERD/C/USA/CO/7-9, párr. 15. [↑](#footnote-ref-21)
22. CERD/C/CZE/CO/12-13, párr. 15 (c); CERD/C/USA/CO/7-9, para. 15. [↑](#footnote-ref-22)
23. CERD/C/CZE/CO/12-13, párr. 15(c); [↑](#footnote-ref-23)
24. Presentación de la OMS al debate temático: La discriminación racial y el derecho a la salud, p. 3. [↑](#footnote-ref-24)
25. CERD/C/SLV/CO/18-19, párrs. 34-35; CERD/C/HUN/CO/18-25, párr. 20; [↑](#footnote-ref-25)
26. CERD/C/BRA/CO/18-20 [↑](#footnote-ref-26)
27. CERD/C/CZE/CO/12-13, párr. 23. [↑](#footnote-ref-27)
28. CERD/C/HUN/CO/18-25, párr. 20. [↑](#footnote-ref-28)
29. CERD/C/SLV/CO/18-19, párrs. 26-27. [↑](#footnote-ref-29)
30. CERD/C/SLV/CO/18-19, párrs. 34-35 [↑](#footnote-ref-30)
31. (CERD/C/GTM/CO/16-17, párr. 13 c); CERD/C/MNG/CO/23-24, párr. 23 e). [↑](#footnote-ref-31)
32. A/77/197, párrs. 47-60. [↑](#footnote-ref-32)
33. [Corrección de campo | Revista Harvard Medicine](https://hms.harvard.edu/magazine/racism-medicine/field-correction) 2021. [↑](#footnote-ref-33)
34. Ibid. [↑](#footnote-ref-34)
35. CERD/C/CHL/CO/22-23, párr. 12-13. [↑](#footnote-ref-35)
36. Grupo de Trabajo de Expertos sobre los Pueblos de África, Submission to the Thematic discussion: La discriminación racial y el derecho a la salud, párr. 11 [↑](#footnote-ref-36)
37. *Getting the Future Right. Artificial Intelligence and Fundamental Rights*, Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2020. [↑](#footnote-ref-37)
38. Schmidt, Insa M.; Waikar, Sushrut S., Separate and Unequal: Race-Based Algorithms and Implications for Nephrology, *JASN* [32(3):p 529-533, marzo de 2021.](https://journals.lww.com/jasn/toc/2021/03000) | *DOI:* 10.1681/ASN.2020081175 [↑](#footnote-ref-38)
39. CERD/C/USA/CO/10-12, párrafos 45-46. [↑](#footnote-ref-39)
40. A/HRC/32/23 (2016). [↑](#footnote-ref-40)
41. CERD/C/CHN/CO/14-17, párrs. 30-31. [↑](#footnote-ref-41)
42. http://europe.ohchr.org/Documents/Publications/RightToHealthForMigrants\_EN.pdf [↑](#footnote-ref-42)
43. Observación General 14 del CESCR, párr. 8; A/HRC/35/21, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 28.3.2017, párrs. 30-34. [↑](#footnote-ref-43)
44. *L.G. c. República de Corea*, CERD/C/86/D/51/2012. El Estado parte abolió la prueba obligatoria del VIH/sida y el peticionario recibió una indemnización. [↑](#footnote-ref-44)
45. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general nº 22, párrafo 5. 5. [↑](#footnote-ref-45)
46. Recomendación general nº 25 sobre los aspectos de la discriminación racial relacionados con el género, párrs. 2-3 (2000). [↑](#footnote-ref-46)
47. Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization An interagency statement OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO, 2014; CESCR, General Comment No. 22, paras. 5, 10, 30 [↑](#footnote-ref-47)
48. Corte Interamericana de Derechos Humanos, [*I.V. v. Bolivia*](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf). Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C núm. 329; [*A.P., Garçon y Nicot c. Francia*](http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-172556), núms. 79885/12 52471/13 52596/13, Sentencia de 6 de abril de 2017; Comisión Africana de Derechos Humanos, [*Observación General núm. 4 sobre la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos: El derecho a reparación de las víctimas de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (artículo 5)*](http://www.achpr.org/instruments/general-comment-right-to-redress/) (2017), párr. 58; CDESC, [Observación general núm. 22](http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmlBEDzFEovLCuW1a0Szab0oXTdImnsJZZVQfQejF41Tob4CvIjeTiAP6sGFQktiae1vlbbOAekmaOwDOWsUe7N8TLm%2bP3HJPzxjHySkUoHMavD%2fpyfcp3Ylzg) (2016), párr. 3; CDPD, Observación general núm. [3 sobre las mujeres y las niñas con discapacidad](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/3&Lang=en) (2016), párr. 32; A/HRC/ 31/57, párr. 45. [↑](#footnote-ref-48)
49. CERD/C/USA/CO/10-12, párr. 35; CERD/C/BRA/CO/18-20, párr. 16 (b). [↑](#footnote-ref-49)
50. Abortion care guideline, Anexo A. Key international human rights standards on abortion, Organización Mundial de la Salud 2022. [↑](#footnote-ref-50)
51. Opiniones del CERD sobre la aplicación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial y su eficacia, presentadas bajo el epígrafe de "normas complementarias", E/CN.4/2004/WG.21/10/Add.1, 17 de septiembre de 2004, p. 13. [↑](#footnote-ref-51)
52. CERD/C/SVK/CO/9-10, párr. 16. [↑](#footnote-ref-52)
53. CERD/C/2007/1, Directrices para el documento específico del CERD que deben presentar los Estados Partes de conformidad con el párrafo 1 del artículo 9 de la Convención. [↑](#footnote-ref-53)
54. CERD/C/ZMB/CO/17-19, párrs. 25-26 [↑](#footnote-ref-54)
55. Declaración y Programa de Acción de Durban, párrafo 92. [↑](#footnote-ref-55)
56. Ibid, párrs. 100-101. [↑](#footnote-ref-56)
57. Por ejemplo, Grupo de Alto Nivel de la UE sobre No Discriminación, Igualdad y Diversidad, Guidance Note on the collection and use of equality data based on racial or ethnic origin (2021). [↑](#footnote-ref-57)
58. CERD/C/SLV/CO/18-19, párr. 5 [↑](#footnote-ref-58)
59. CERD/C/GTM/CO/16-17, párr. 13 (c); CERD/C/GTM/CO/16-17, paras. 33-34; CERD/C/MUS/CO/20-23, paras. 26-27; CERD/C/ISR/CO/17-19, párrs. 28-31. [↑](#footnote-ref-59)
60. Recomendación general nº 30 (2004) sobre la discriminación contra los no ciudadanos; CERD/C/MNG/CO/23-24, párr. 23 (e). [↑](#footnote-ref-60)
61. CERD/C/CZE/CO/12-13, párr. 24. [↑](#footnote-ref-61)
62. Comisión Europea, Grupo de Expertos de Alto Nivel sobre Inteligencia Artificial (AI HLEG), Assessment List for Trustworthy Artificial Intelligence (2020). [↑](#footnote-ref-62)
63. National health inequality monitoring: a step-by-step manual, OMS 2017. Véase también Health Equity Assessment Toolkit (HEAT y HEAT Plus), elearning y otras herramientas elaboradas por la OMS sobre el seguimiento de la desigualdad sanitaria. [↑](#footnote-ref-63)
64. Propuesta de Reglamento de la Comisión Europea para la creación del Espacio Europeo de Datos Sanitarios, COM(2022) 197 final, 2022/0140 (COD). [↑](#footnote-ref-64)
65. CERD/C/LTU/CO/9-10, párr. 18. [↑](#footnote-ref-65)
66. UNGPs 17-21; OACDH, *The Corporate Responsibility to Respect: An Interpretative Guide*, pp. 31-63. [↑](#footnote-ref-66)
67. Declaración de Toronto: Protección del derecho a la igualdad y a la no discriminación en los sistemas de aprendizaje automático. [↑](#footnote-ref-67)
68. *Pérez Guartambel c. Ecuador*, [CERD/C/106/D/61/2017](http://undocs.org/en/CERD/C/106/D/61/2017), párr. 6. [↑](#footnote-ref-68)
69. Zero draft of the WHO CA+ for the consideration of the Intergovernmental Negotiating Body at its fourth meeting, A/INB/4/3 1 de febrero de 2023. [↑](#footnote-ref-69)