Naciones Unidas A/80/184

Asamblea General

Distr. general
17 de julio de 2025
Español
Original: inglés

Octogésimo período de sesiones
Tema 72 b) del programa provisional*
Promoción y protección de los derechos humanos: cuestiones de derechos humanos, incluidos otros medios de mejorar el goce efectivo de los derechos humanos y las libertades fundamentales

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

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de transmitir a la Asamblea General el informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, de conformidad con la resolución 51/21 del Consejo de Derechos Humanos.

* A/80/150.

25-11704 (S) 180725 250825

Se ruega reciclar

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

El personal de salud y asistencial y su juramento y defensa del derecho a la salud

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 personal de salud y asistencial, quienes prestan juramento y defienden el derecho a la salud, y analiza el modo en que el derecho a la salud está consagrado en el derecho internacional y es esencial para hacer realidad la paz, la seguridad y el desarrollo sostenible, al tiempo que reconoce que la aplicación efectiva y plena del marco del derecho a la salud es esencial para vivir con dignidad. Asimismo, recalca que el personal de salud y asistencial está en la primera línea del ejercicio efectivo del derecho a la salud y arroja luz sobre la conexión entre todos los derechos humanos, cada vez más evidente dados los problemas que tiene ante sí el mundo entero.

Además, analiza la manera en que los determinantes sociales, políticos y comerciales de la salud influyen en el disfrute del derecho a la salud y otros derechos relacionados con la salud del personal de salud y asistencial, que también son titulares de derechos, así como en su capacidad para prestar asistencia médica accesible, disponible, aceptable y de calidad y para defender el derecho a la salud de todas las personas sin discriminación. La Relatora Especial también reconoce que el marco del derecho a la salud es fundamental para hacer frente a las dificultades con que se topa el personal de salud y asistencial a fin de lograr la paz, la seguridad y el desarrollo sostenible.

En consonancia con estas observaciones, la Relatora Especial formula recomendaciones para el futuro dirigidas a todas las partes interesadas a partir de ejemplos de buenas prácticas que ya están en curso.

Por último, subraya que las sociedades que viven en paz y con seguridad duraderas están en mejores condiciones de crear un sistema de salud resiliente y alcanzar el desarrollo sostenible. Por lo tanto, cuando el sistema de salud es sólido y el personal de salud está protegido y empoderado, mejora la cohesión social, se previenen los conflictos y se fomenta la estabilidad a largo plazo.

I. Introducción

1. El derecho a la salud está consagrado en el derecho internacional y es esencial para lograr la paz, la seguridad y el desarrollo sostenible. La aplicación efectiva y plena del marco del derecho a la salud es esencial para vivir con dignidad. El personal de salud y asistencial está en la primera línea del ejercicio efectivo del derecho a la salud. La conexión entre todos los derechos humanos es cada vez más evidente dados los problemas que tiene ante sí el mundo entero[1].

2. Los determinantes sociales, políticos y comerciales de la salud influyen en el disfrute del derecho a la salud y otros derechos relacionados con la salud del personal de salud y asistencial, que también son titulares de derechos, así como en su capacidad para prestar asistencia médica accesible, disponible, aceptable y de calidad y para defender el derecho a la salud de todas las personas sin discriminación. La Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, reconoce que el marco del derecho a la salud es fundamental para hacer frente a las dificultades con que se topa el personal de salud y asistencial a fin de lograr la paz, la seguridad y el desarrollo sostenible.

3. En el Pacto para el Futuro, los Estados reafirmaron la necesidad de construir sociedades pacíficas, justas e inclusivas. Como señaló la Relatora Especial, el personal de salud y asistencial está en una posición excepcional para actuar como catalizador de la equidad en materia de salud (véase A/HRC/59/48). Por tanto, para hacer realidad el derecho a la salud de todas las personas, es imprescindible defender los derechos del personal de salud y asistencial, velando por que estén capacitados y empoderados para llevar a cabo su labor vital.

4. El personal de salud y asistencial es el eje de los sistemas de salud y su labor es fundamental para hacer realidad el derecho a la salud. Su dedicación, pericia y compasión son vitales para prestar servicios de salud esenciales, responder a las emergencias y apoyar a las poblaciones más vulnerables. En tiempos de crisis —ya sea a causa de conflictos, desastres naturales, pandemias o amenazas ambientales— el personal de salud y asistencial está en la primera línea, arriesgando su propia seguridad para proteger y cuidar a los demás.

II. Metodología

5. En el marco de la resolución de la Comisión de Derechos Humanos por la que se creó el mandato (resolución 2002/31), la resolución 6/29 del Consejo de Derechos Humanos por la que se prorrogó el mandato y la resolución más reciente del Consejo que renovó el mandato (resolución 51/21), la Relatora Especial determinó que el personal de salud y asistencial es una prioridad estratégica para hacer realidad el derecho de toda persona al disfrute del derecho a la salud (véase A/HRC/47/28).

6. En el presente informe, la Relatora Especial se basa en el informe que presentó al Consejo de Derechos Humanos en su 59º período de sesiones, así como en la labor de sus predecesores, que reconocieron que el personal de salud y asistencial es un componente indispensable del derecho a la salud y que la educación médica influye en su capacidad para cumplir la obligación de los Estados de proporcionar atención de salud disponible, accesible, aceptable y de buena calidad (véase A/HRC/59/48).

7. Para preparar el presente informe, la Relatora Especial publicó una convocatoria de propuestas[2], en la que invitó a las partes interesadas a aportar información sobre

[1] Véase https://acnudh.org/wp-content/uploads/2018/04/31_Factsheet31sp.pdf.
[2] Véase https://www.ohchr.org/es/calls-for-input/2025/call-submissions-health-and-care-workers.

su experiencia y sus conocimientos desde la perspectiva de la igualdad sustantiva, es decir, interseccional, antirracista y anticolonial.

III. Marco jurídico

A. Derecho internacional de los derechos humanos

8. Además del marco mencionado y descrito en los informes anteriores de la Relatora Especial (*ibid.*), el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, como el acceso a condiciones de trabajo seguras y sanas y a un medio ambiente sano (E/C.12/2000/4, párr. 4). Este derecho también abarca la participación de la población en las decisiones relativas al derecho a la salud adoptadas en los planos comunitario, nacional e internacional (*ibid.*, párr. 17).

9. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible reafirma que los Estados deben respetar, proteger y promover los derechos humanos, sin distinción alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento, discapacidad u otra condición, y pone de relieve que los Objetivos de Desarrollo Sostenible no se alcanzarán a menos que se garanticen los derechos humanos y la dignidad de todas las personas, en todas partes, sin dejar a nadie atrás.

10. La Relatora Especial reitera que en la observación general número 14, aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité reconoció el carácter inclusivo del derecho a la salud, que no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud (*ibid*., párr. 11). La observación general número 14 amplía lo expresado en el artículo 12 2) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que hace referencia al derecho a un medio ambiente natural y laboral sano, y dispone que el mejoramiento de todos los aspectos de la higiene ambiental e industrial entraña adoptar medidas preventivas en lo que respecta a los accidentes laborales y las enfermedades profesionales; la necesidad de velar por el suministro adecuado de agua limpia potable y la creación de condiciones sanitarias básicas; y la prevención y reducción de la exposición de la población a sustancias nocivas que afectan directa o indirectamente a la salud de los seres humanos (*ibid*., párr. 15). También comprende la prevención y el tratamiento de las enfermedades y la lucha contra ellas, entre otras cosas, lo que abarca la prevención de las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento y la promoción de los factores sociales determinantes de la buena salud (*ibid*., párr. 16). Además, según el artículo 12 2) d) del Pacto, los Estados deben crear las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

11. El derecho a la salud también conlleva obligaciones de realización progresiva y de efecto inmediato. La expresión “realización progresiva” exige avanzar con celeridad y eficacia para lograr ese objetivo e impone la obligación de no regresión, a menos que pueda justificarse plenamente (E/1991/23-E/C.12/1990/8, E/1991/23/Corr.1-E/C.12/1990/8/Corr.1 y E/1991/23/Corr.2-E/C.12/1990/8/Corr.2, anexo III, párr. 9).

12. En el contexto del personal de salud y asistencial y del derecho a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo (véase A/HRC/59/48), reviste especial importancia que las horas de trabajo se encuentren entre límites razonables. Las jornadas laborales prolongadas pueden provocar agotamiento, fatiga o estrés profesional, que son perjudiciales para la salud mental del personal de salud y

asistencial y para la calidad de la atención que prestan[3]. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales da cabida a flexibilidad en función de las complejidades del terreno, como arreglos sobre los turnos y las guardias, pero ha pedido que se compensen las jornadas de trabajo más prolongadas con jornadas más cortas que no superen el principio general de ocho horas por día (E/C.12/GC/23, párr. 35).

13. Según el artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho a la seguridad social abarca el seguro social y es fundamental para apoyar los derechos del personal de salud y asistencial. Este derecho es de importancia fundamental para garantizar a todas las personas su dignidad humana cuando hacen frente a circunstancias que les privan de su capacidad para ejercer plenamente los derechos reconocidos (E/C.12/GC/19, párr. 1). Los Estados deben hacer efectivo el derecho a la seguridad social de forma tal que se garanticen las condiciones necesarias para la vida, la salud y una situación económica digna, así como "la igualdad en el disfrute de una protección suficiente contra los riesgos e imprevistos sociales"[4]. Todos los miembros del personal de salud y asistencial deberían tener acceso a algún sistema de protección social.

14. De conformidad con el artículo 15 1) b) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho a la salud también está vinculado al goce de los beneficios del progreso científico y su aplicación, ya que propicia la creación de aplicaciones médicas (E/C.12/GC/25, párr. 67) e impone a los Estados el deber de hacerlas accesibles y asequibles para todas las personas sin discriminación (*ibid*., párr. 70). Ese derecho abarca utilizar los avances científicos para proteger al personal de salud y asistencial de los riesgos laborales, así como para mejorar la atención al paciente al cumplir el deber de proteger (*ibid*., párr. 52; y A/75/163, párr. 58).

15. El artículo 7 del Acuerdo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre Pandemias está dedicado al personal de salud y asistencial y subraya que deberán tomarse las medidas apropiadas con el objetivo de "establecer, fortalecer, proteger, salvaguardar y fidelizar una dotación nacional de personal de salud y asistencial y de invertir en ella, para la prevención, preparación y respuesta frente a emergencias sanitarias, en particular en entornos humanitarios, manteniendo al mismo tiempo los servicios de atención de salud esenciales y las funciones esenciales de salud pública en todo momento". Además, recalca que también deben adoptarse "medidas apropiadas para garantizar condiciones de trabajo decentes para su personal de salud y asistencial, proteger continuamente su seguridad, su salud mental y su bienestar y reforzar su capacidad", así como medidas para garantizar "el trabajo decente y un entorno seguro y saludable para otros trabajadores esenciales que proporcionan bienes y servicios públicos esenciales durante las emergencias pandémicas". También pone de relieve la importancia de eliminar todas las formas de desigualdad y discriminación y de hacer frente al acoso, la violencia y las amenazas.

B. Derecho internacional del trabajo

16. La salud laboral abarca muchos aspectos relacionados con la salud, como el desmantelamiento de los riesgos físicos en el entorno laboral, la prevención de la violencia y el acoso en el lugar de trabajo y el tratamiento de los problemas de salud

[3] Véase https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/351436/9789240040779-eng.pdf?sequence=1, pág. 1.

[4] Véase https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_375_esp.pdf, párr. 187. Véanse también www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_394_esp.pdf y https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_439_esp.pdf.

mental que puedan surgir debido a las condiciones laborales[5]. Las normas de salud laboral son variables: cambian en función de las fluctuaciones económicas, las emergencias y los conflictos de salud y los avances tecnológicos que hagan los Estados Miembros[6]. Estas normas se enumeran en el Convenio sobre el Marco Promocional para la Seguridad y Salud en el Trabajo[7] y en la Recomendación sobre ese Convenio[8].

17. Además de la Declaración relativa a los Principios y Derechos Fundamentales en el Trabajo y su Seguimiento, la Organización Internacional del Trabajo ha promulgado un gran número de convenios acerca de derechos laborales específicos, que son vinculantes para los Estados Partes[9], así como muchas recomendaciones no vinculantes que aportan orientaciones detalladas sobre los métodos aprobados y las mejores prácticas para cumplir las diversas obligaciones de los Estados en virtud de esos convenios. También ha promulgado normas que son aplicables en concreto al

---

[5] Véase https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/%40ed_norm/%40declaration/documents/normativeinstrument/wcms_716596.pdf, pág. 4.

[6] *Ibid.*, pág. 1.

[7] Véase https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312332:NO.

[8] Véase https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_es/f?p=1000:12100::::12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312534.

[9] Véanse https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312256,en:NO, https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312245,en:NO, https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312243,en:NO, https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312232:NO, https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312280:NO, https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C1-55, https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312332,en:NO, https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312247:NO, https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312296:NO, https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312242,en:NO, https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312299:NO, https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C156, https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:3999810:NO, https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C1-83, https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:2551460,en:NO, https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=normlexpub:12100:0::no:12100:p12100_instrument_id:312306:no, https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312266, https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312273 y https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312275:NO.

personal de salud, como el Convenio sobre el Personal de Enfermería[10], que reconoce la escasez específica de personal de enfermería y exige leyes y reglamentos adaptados a las condiciones únicas que presentan los entornos donde se presta atención de salud, y dispone normas detalladas que deben cumplir los Estados a la hora de formular políticas acerca de ese personal.

C. Derecho internacional humanitario

18. En algunos contextos, se aplica el derecho internacional humanitario como complemento del derecho internacional de los derechos humanos, complementariedad confirmada por la Corte Internacional de Justicia[11], los órganos de tratados de derechos humanos (véase A/36/40, anexo XIX, y E/C.12/1/Add.69), algunos órganos regionales como el Tribunal Europeo de Derechos Humanos[12] y tribunales nacionales[13].

19. La Relatora Especial reitera que las obligaciones dimanantes del derecho internacional humanitario derivadas de los Convenios de Ginebra y las normas del derecho internacional consuetudinario se aplican por igual a todas las partes implicadas en los conflictos, independientemente de quién sea considerado el agresor o de la magnitud de la agresión de la otra parte. En relación con los derechos del personal de salud y asistencial, revisten especial importancia los principios de distinción y necesidad militar. El principio de distinción exige a las partes en un conflicto armado que en ninguna circunstancia ataquen bienes de carácter civil, como hospitales, establecimientos de salud ni al personal de salud y asistencial de carácter civil. El principio de necesidad militar da lugar a la conducta necesaria para lograr un fin militar legítimo que no esté prohibido por la ley, y exige a las partes en conflicto que eviten los daños superfluos y el sufrimiento innecesario[14].

20. En consonancia con estos principios del derecho internacional humanitario, todas las partes tienen la obligación de tomar las medidas necesarias para proteger de la violencia y los ataques a los hospitales y lugares donde haya enfermos y heridos, siempre que las instalaciones no se estén utilizando en ese momento con fines militares (art. 27 de la Cuarta Convención de La Haya de 1907 y art. 5 de la Novena Convención de La Haya de 1907, relativa al bombardeo naval). Los Convenios de Ginebra versan sobre el personal de salud y asistencial a través de una serie de disposiciones que describen las categorías de “personas protegidas” que deben ser respetadas y protegidas en todo momento, entre las que se cuentan el personal médico y de enfermería, el personal de las sociedades nacionales reconocidas de la Cruz Roja y de las sociedades de ayuda voluntaria, así como las personas que trabajan con regularidad y en exclusiva en hospitales civiles (arts. 24 a 26 del Primer Convenio de Ginebra, art. 36 del Segundo Convenio de Ginebra y art. 20 del Cuarto Convenio de Ginebra).

21. Las partes en conflicto tienen la obligación de respetar de la misma manera los hospitales y los establecimientos de salud y les está prohibido atacar los establecimientos fijos y las unidades médicas móviles del servicio militar, los buques

[10] Véase https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312294,es:NO.

[11] Véase www.icj-cij.org/case/131, párr. 112, y www.icj-cij.org/case/116, párr. 216.

[12] Véase https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-58007%22]}, párr. 44.

[13] Véase https://ihl-databases.icrc.org/en/national-practice/public-committee-against-torture-israel-et-al-v-government-israel-et-al-supreme, párr. 18.

[14] Véase https://www.icj-cij.org/sites/default/files/case-related/95/095-19960708-ADV-01-00-EN.pdf, párr. 78.

hospitales, el transporte de heridos y enfermos y el equipo médico, las aeronaves médicas, los buques hospitales militares, los buques hospitales utilizados por las sociedades nacionales de la Cruz Roja, las sociedades de socorro o particulares, los hospitales civiles, los convoyes de enfermos y heridos y las aeronaves que trasladan enfermos y heridos (arts. 19, 20, 35 y 36 del Primer Convenio de Ginebra, arts. 22, 24 y 29 del Segundo Convenio de Ginebra y arts. 18, 21 y 22 del Cuarto Convenio de Ginebra).

22. Si durante el conflicto resulta capturado algún miembro del personal médico o del personal de las sociedades nacionales de la Cruz Roja reconocidas o de las sociedades de ayuda voluntaria, entre otras, deberá ser retenido solo en la medida en que lo exijan el estado de salud y el número de prisioneros de guerra, en cuyo caso no se lo considerará prisionero de guerra, pero se le aplicarán al menos todas las disposiciones aplicables a los prisioneros de guerra (art. 28 del Convenio de Ginebra). Los ataques y las amenazas contra el personal médico que dificultan el cumplimiento de sus obligaciones médicas socavan el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y el acceso a los servicios de la cobertura sanitaria universal (véase la resolución 69/132 de la Asamblea General). Los Estados deberían garantizar que el marco jurídico proteja la capacidad del personal médico para prestar asistencia sin distinción.

23. Los mecanismos de presentación de informes y los sistemas de vigilancia son importantes para la recopilación de datos y la rendición de cuentas, y posibilitan que las partes en conflicto, así como los mecanismos independientes de aplicación de la ley, investiguen los ataques contra la atención médica (S/2016/722, anexo, párr. 29)[15]. Las víctimas de violaciones del derecho internacional humanitario —incluido el personal médico— deberían recibir reparaciones justas y suficientes (*ibid*., párr. 36).

IV. Personal de salud y asistencial en pro del desarrollo sostenible

24. La meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible tiene por objeto lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos, y sigue sirviendo de brújula.

25. La interconexión del mundo actual ha acercado a poblaciones y países, lo que ha facilitado el intercambio de ideas, adelantos e instrumentos científicos. Sin embargo, dado que sigue aumentando la congestión urbana, aún hay desplazamientos masivos, se intensifica la migración entre los países y el cambio climático altera los ecosistemas mundiales, aumenta también el riesgo de que surjan enfermedades infecciosas[16]. Aunque el propósito de los Objetivos es acabar con las epidemias de sida, tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas para 2030 (meta 3.3), muchos países aún no están preparados para responder eficazmente al riesgo que suponen las enfermedades infecciosas[17].

26. Para que la gobernanza sea sólida, es preciso adoptar y aplicar marcos e instrumentos de política integrales que estén adaptados a la dinámica concreta de cada

[15] Véase también https://international-review.icrc.org/sites/default/files/irrc-889-coupland.pdf.

[16] Lawrence Gostin, *Global Health Security: A Blueprint for the Future* (Harvard University Press, 2021), pág. 17.

[17] *Ibid*.

contexto en el que operan el personal de salud y asistencial[18]. Además, para hacer frente a las dificultades que encuentra el personal de salud y asistencial y velar por que trabaje en un entorno propicio para el disfrute de sus derechos y los de todas las personas, y estar a la altura de su función como garantes de derechos en virtud del derecho internacional, los Estados deben salvaguardar los derechos del personal de salud y asistencial, ya que ello libera su potencial como importantes defensores del derecho a la salud y otros derechos relacionados con la salud, y convocar a las partes interesadas pertinentes para que participen de una manera que tenga en cuenta los desequilibrios de poder históricos y persistentes.

27. Sigue siendo esencial hacer un análisis antirracista y anticolonial, así como cuestionar la dinámica de poder que perpetúa la desigualdad en tanto obstáculos para hacer efectivo el derecho a la salud entre los países y dentro de ellos[19]. Es habitual que se deje de lado a las mujeres, las personas con discapacidad, los migrantes y quienes trabajan en una comunidad rural, alejada y desatendida, lo que socava la labor dirigida a alcanzar la equidad en materia de salud.

28. Utilizando los marcos de la interseccionalidad, la Relatora Especial examinó la manera en que influyó en la salud de las personas racializadas el legado vivo de formas pasadas y presentes de racismo, *apartheid*, esclavitud, colonialismo y estructuras opresivas, y afirma que los sistemas de salud y la prestación de servicios de salud no están exentos de esas asimetrías de poder[20].

29. La Relatora Especial destaca, por ejemplo, la importancia de la despenalización. En este sentido, los pacientes tienen que ser capaces de dar toda la información necesaria para recibir servicios de salud adecuados, para lo cual deben confiar en el personal de salud y asistencial[21], aunque el contexto sea complejo. Hay diversas circunstancias que tienen efectos negativos en los resultados de salud: a veces las personas están menos dispuestas a dar información a quienes las atienden y quizá hasta decidan no solicitar atención, con lo que en muchos casos ponen en peligro su vida, ya sea debido al miedo a que se revele información confidencial o a causa de la estigmatización (A/54/38/Rev.1, párr. 12 d), y A/64/272, párr. 75)[22]. En este sentido, la penalización obstruye el suministro de información y es uno de los factores por los que hay menos personal de salud y asistencial capacitados[23], en particular porque esta circunstancia los disuade[24].

30. A pesar de que el personal de salud y asistencial podría promover los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, en ocasiones se ven impedidos por leyes y políticas. Los marcos jurídicos restrictivos respecto de la anticoncepción, la anticoncepción de urgencia, el aborto o las autorizaciones de terceros son obstáculos que dificultan el acceso a la salud reproductiva[25].

[18] Véanse https://www.paho.org/es/documentos/cd606-politica-sobre-personal-salud-2030-fortalecimiento-recursos-humanos-para-salud-fin y Angelica Sousa *et al.*, “A comprehensive health labour market framework for universal health coverage”, *Bull World Health Organization*, vol. 91, núm. 11 (2013).

[19] Véase https://www.ohchr.org/es/documents/thematic-reports/a77197-report-special-rapporteur-right-everyone-enjoyment-highest.

[20] *Ibid*.

[21] Véase www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_441_ing.pdf, párr. 203.

[22] Véanse también https://idpc.net/publications/2019/09/what-does-universal-health-coverage-mean-for-people-who-use-drugs-a-technical-brief y https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.11.001.

[23] Véase https://gh.bmj.com/content/7/12/e010409.

[24] Michelle Oberman y Lisa Soleymani Lehmann, “Doctors' duty to provide abortion information”, *Journal of Law and the Biosciences*, vol. 10, núm. 2 (2023).

[25] Véase https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/126383/9789241507424_eng.pdf.

31. La seguridad laboral y la del paciente[26] son interdependientes. Sin embargo, en 2024 la OMS denunció ataques a la atención de la salud y muertes y lesiones de trabajadores de la salud durante los conflictos en curso en el Afganistán, Burkina Faso, la República Centroafricana, la República Democrática del Congo, Haití, Israel, el Líbano, Malí, Myanmar, Nigeria, el Territorio Palestino Ocupado, Somalia, el Sudán, la República Árabe Siria y Ucrania[27]. Los sistemas de salud de las zonas afectadas por un conflicto se ven desbordados por la violencia, la destrucción de infraestructura, la escasez de personal de salud y los desplazamientos a gran escala. Algunos sistemas de salud que antes eran resilientes están superados o no funcionan, lo que tiene efectos desproporcionados en las personas más vulnerables, es decir, los niños, las mujeres, las personas mayores y los enfermos crónicos.

32. Estos episodios influyen directa e indirectamente en el acceso a la atención de la salud (véase la resolución 69/132 de la Asamblea General) y entorpece el disfrute del derecho a la salud y otros derechos relacionados con la salud del personal de salud y asistencial y de todas las personas. La accesibilidad y la aceptabilidad de los establecimientos, los bienes y los servicios de salud son fundamentales para el disfrute del derecho a la salud. Esta situación va en detrimento de la labor dirigida a lograr el desarrollo sostenible.

33. A pesar de que el derecho internacional humanitario dispone una serie de obligaciones tanto para los agentes estatales como para los no estatales, sigue habiendo situaciones de conflicto en las que se evacúan, cierran o destruyen hospitales, lo que sobrecarga los servicios de salud y a veces priva a las personas de acceso en varios cientos de kilómetros (véase S/2024/385). La accesibilidad y la aceptabilidad de los establecimientos, los bienes y los servicios de salud son esenciales durante los conflictos; en particular, para que las personas afectadas o implicadas en un conflicto puedan ejercer su derecho a la salud, es vital que el sistema de salud funcione, lo cual entraña que se proteja al personal de salud y asistencial.

34. La salud y el bienestar de las sociedades suelen depender del trabajo no remunerado e informal, que asumen las mujeres y las niñas de manera desproporcionada, en especial en las situaciones de crisis humanitaria y conflicto[28]. Además, sigue pasando inadvertida la realidad de la discriminación relacionada con la maternidad, que no se documenta ni se aborda. En todo el mundo, las mujeres que son madres sufren discriminación en el acceso a la fuerza de trabajo, el salario, la promoción profesional y los puestos decisorios: la denominada “penalización de la maternidad”[29].

35. Para alcanzar el desarrollo sostenible en relación con el derecho a la salud, es esencial que las estrategias apunten, sobre todo, a convertir las funciones no remuneradas e informales en empleos formales garantizándoles un sueldo justo, protección social y reconocimiento jurídico y aplicando también salvaguardias para impedir que el empleo formal vuelva a la precariedad[30]. Debido a las raíces del colonialismo y la esclavitud, las mujeres negras y los Pueblos Indígenas deben hacer

[26] Véase https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who.

[27] Véase https://extranet.who.int/ssa/LeftMenu/Index.aspx?utm_source=Stopping%20attacks%20on-%20health%20care%20statistics&utm_medium=link&utm_campaign=Link_who.

[28] Anna Barford *et al.*, *Volunteering, Unpaid Care Work, and Gender in Lower-Income Countries* (Voluntarios de las Naciones Unidas y Organización Internacional del Trabajo, 2024).

[29] Presentación de Make Mothers Matter.

[30] Organización Internacional del Trabajo, *Recomendación sobre la Transición de la Economía Informal a la Economía Formal, 2015 (núm. 204): Guía para los trabajadores* (2017).

frente a otros obstáculos y problemas relacionados con la formación, la contratación y las oportunidades de crecimiento[31].

36. La participación genuina del personal de salud y asistencial es esencial para la buena gobernanza y la creación de entornos propicios. Cuando el personal de salud y asistencial participa en todos los procesos —desde la formulación de políticas hasta su aplicación y evaluación—, los Gobiernos y las partes interesadas pueden fomentar políticas más equitativas, prácticas y sostenibles. La participación del personal de salud y asistencial, que se deriva del derecho a la participación en los asuntos públicos —como derecho autónomo consagrado en el artículo 25 a) del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y como elemento central del derecho a la salud (E/C.12/2000/4, párr. 54)— garantiza que las políticas y prácticas reflejen las necesidades y experiencias de quienes tienen una función directa en la atención de la salud, lo que también mejora el porcentaje de aplicación de las políticas de salud[32].

37. El sector de la salud mueve en todo el mundo más de 5,8 billones de dólares al año, por lo que la salud es un sector económico muy importante que genera empleo[33]. Más que una carga financiera, la inversión en sistemas y personal de salud es un factor importante para alcanzar el crecimiento inclusivo[34]. El crecimiento económico y el desarrollo dependen de que la población esté sana, lo que a su vez depende de los trabajadores de salud y asistenciales.

38. Si no se destinan inversiones de cuantías suficientes al personal de la salud y asistencial, se perpetuarán las ineficiencias, se obstaculizará el acceso a la atención y se socavará la salud pública y el crecimiento económico. También persistirán las desigualdades, lo que dificultará el progreso y será perjudicial para la movilidad social[35].

V. Personal de salud y asistencial en pro de la paz y la seguridad

39. La paz es un requisito fundamental para el desarrollo social y económico del ser humano. La meta 16.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir significativamente todas las formas de violencia y las correspondientes tasas de mortalidad en todo el mundo. Cuando la paz no es sostenible, las sociedades suelen estar azoladas por conflictos, violencia e inestabilidad, lo que puede obstaculizar el progreso y provocar la pérdida de vidas y recursos.

40. La violencia también afecta a la salud, el desarrollo y el bienestar de los niños y a su crecimiento. Además, causa traumas y mina la inclusión social, lo que afecta aún más a la sociedad a mediano y largo plazo. El objetivo de que las sociedades sean pacíficas e inclusivas cada vez está más lejos del alcance a causa de las injusticias estructurales, las desigualdades y los nuevos problemas relacionados con los derechos humanos. Para cumplir el Objetivo 16 en 2030, es necesario adoptar medidas que restablezcan la confianza y fortalezcan la capacidad de las instituciones de lograr la justicia para todos y facilitar la transición pacífica al desarrollo sostenible.

41. El Objetivo 17 subraya la importancia de revitalizar la alianza mundial para el desarrollo sostenible. La Agenda 2030 y, más recientemente, el Pacto para el Futuro,

[31] Ohile Okoro, Omolayo Umaru y Meghana Ray, “Women of color in the health professions: a scoping review of the literature”, *Pharmacy*, vol. 12, núm. 1 (2024).
[32] Véase www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851015002468?via%3Dihub, pág. 1648.
[33] Véase https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf?sequence=1, pág. 9.
[34] *Ibid.*, pág. 16.
[35] *Ibid.*, pág. 22.

que son universales, instan a todos los Estados a tomar medidas para asegurarse de que nadie se quede atrás.

42. La regulación puede influir indirectamente en la oferta y la demanda de empleo, gestionar los costos de la educación, mejorar la distribución geográfica de los profesionales y posibilitar o desalentar la movilidad internacional[36]. Es vital porque garantiza el acceso y la calidad de los servicios de atención de la salud y los servicios asistenciales y reduce los casos de daño a los pacientes, a la vez que equilibra el acceso a los servicios de salud.

43. Cuando el personal de salud y asistencial emigra de su país de origen, se agravan los problemas de salud atribuidos a la escasez de personal, lo que genera un círculo vicioso[37]. En 2020, la OMS, la Organización Internacional del Trabajo y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos crearon la Plataforma Internacional sobre la Movilidad del Personal de Salud, cuyo propósito es facilitar el diálogo y las medidas potentes sobre las políticas de movilidad del personal de salud fortaleciendo la supervisión, el apoyo a los países, y la generación y el intercambio de conocimientos[38]. Estos instrumentos se combinan para ayudar a los Estados a cumplir sus obligaciones para con los trabajadores migrantes y promover estrategias de contratación sostenibles que minimicen los perjuicios para los países donde es más pronunciada la escasez de personal de salud y asistencial[39].

44. El personal de salud y asistencial que tiene una orientación sexual e identidad de género a menudo discriminada está expuesto de manera desproporcionada a la discriminación en los entornos de salud, pues teme perder el empleo o ser objeto de actos de violencia y acoso[40]. La discriminación laboral generalizada y continua es perjudicial para la salud, el sueldo, las oportunidades laborales, la productividad en el lugar de trabajo y la satisfacción laboral de las personas LGBTIQA+ de todos los sectores, incluido el personal de salud[41]. Dado que se mantienen tanto el estigma como los prejuicios, estos grupos de trabajadores sufren exclusión social[42].

45. La violencia laboral en los entornos de salud y asistenciales representa un importante riesgo para la salud del personal de salud y asistencial y también es motivo de gran preocupación[43]. De conformidad con el marco jurídico que ya se describió (véase en particular el documento A/HRC/59/48), los Estados están obligados a promulgar y velar por el cumplimiento de leyes que prohíban la discriminación, el acoso y la violencia, y deben adoptar medidas proactivas para prevenir e investigar esas conductas mediante, por ejemplo, campañas de sensibilización, educación basada en los derechos y mecanismos de denuncia accesibles[44].

46. Los conflictos tienen repercusiones negativas en otros determinantes subyacentes, ya que pueden destruir los sistemas y la infraestructura, el sistema de

---

[36] Arvo Kuddo *et al.*, *Balancing Regulations to Promote Jobs* (Grupo Banco Mundial, 2015) y Organización Internacional del Trabajo, *Perspectivas sociales y del empleo en el mundo: tendencias 2021* (2021), pág. 121.

[37] Véase www.who.int/teams/health-workforce/migration.

[38] Véase www.who.int/publications/m/item/the-international-platform-onhealth-worker-mobility.

[39] *Ibid.*, seccs. A.iii y iv.

[40] Véase https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9007258.

[41] Brad Sears y Christy Mallory, “Employment discrimination against LGBT people: existence and impact”, en *Gender Identity and Sexual Orientation Discrimination in the Workplace* (2014), págs. 40 a 42.

[42] Véase https://doi.org/10.1080/00918369.2011.614902.

[43] Mei Ching Lim *et al.*, “Workplace violence in healthcare settings: the risk factors, implications and collaborative preventive measures”, *Annals of Medicine and Surgery* (2022).

[44] Organización Internacional del Trabajo, Convenio sobre la Violencia y el Acoso, 2019 (núm. 190), arts. 2 y 4 a 11, y Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

salud incluido. Los conflictos también pueden empeorar la situación de la salud pública a causa de daños corporales, mala salud mental, aumento de la malnutrición, sobre todo infantil, y brotes de enfermedades transmisibles[45].

47. Pese a que los Estados tienen la obligación de velar por que los establecimientos de salud no sufran daños como consecuencia de los conflictos, se despliegan varios obstáculos físicos que impiden el acceso a los centros y servicios de salud, algunos de los cuales son los desvíos forzosos, las paradas arbitrarias en los puestos de control, la imposición de permisos de viaje y los interrogatorios a los pacientes, que empeoran su salud. En algunos casos, hasta se interrogó explícitamente a varios trabajadores de la salud sobre el trato que habían dispensado a las personas heridas[46].

48. El anterior Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, expresó que, en las situaciones de conflicto, también podía resultar difícil cumplir la obligación de hacer efectivo el derecho a la salud facilitando, proporcionando y promoviendo las condiciones propicias para su disfrute debido a la escasez de recursos o a motivos de seguridad (véase A/68/297). No obstante, los Estados deben poner a disposición establecimientos, bienes y servicios de salud esenciales y mínimos, algo que reviste especial importancia en las situaciones de conflicto prolongado y posconflicto, en las zonas con presencia militar constante y en las zonas que están ocupadas.

49. En estos sistemas complejos, es de suma importancia contar con una fuerza laboral sólida que disponga del respaldo necesario. A medida que crece la población y cambia la demografía de la sociedad, se hace más necesario que la población tenga acceso a la atención de salud de buena calidad, lo que aumenta la importancia del sector de la salud en la sociedad[47]. A menos que se tomen medidas estratégicas respecto del personal de salud mundial, los objetivos de salud y desarrollo seguirán siendo inalcanzables y las sociedades quedarán vulnerables a emergencias sanitarias cada vez más graves[48].

50. Las zonas asoladas por conflictos armados también son más vulnerables a la superposición de crisis. Los conflictos armados sobrecargan y debilitan los sistemas de salud y socavan la capacidad del personal de salud y asistencial para responder a las crisis sanitarias (véase la resolución 2439 (2018) del Consejo de Seguridad) y su labor para mantener las funciones básicas aunque no se detengan los ataques dirigidos contra los establecimientos médicos[49].

51. En julio de 2024, se declaró un brote de viruela símica en la República Centroafricana después de que los casos se extendieran a la capital, Bangui. Según los informes, las inundaciones de los meses de verano destruyeron 1.700 casas[50]. El ingreso de desplazados desde Estados vecinos en conflicto aumentó aún más las demandas al sistema humanitario. Unos 2,8 millones de personas —el 46 % de la población de la República Centroafricana— quedarán vulnerables en extremo, al punto tal que la ayuda humanitaria por sí sola no será suficiente para velar por su bienestar[51].

---

[45] Organización Mundial de la Salud, “Briefing note on the potential impact of conflict in Iraq: Marzo de 2003” (Ginebra, 2003), pág. 1.

[46] Comunicación presentada por Addameer.

[47] Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico, *Working for Health and Growth: Investing in the Health Workforce* (2016), pág. 4.

[48] Organización Mundial de la Salud, *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030* (2016), pág. 11.

[49] Comunicación presentada por la Profesora Arawi.

[50] Véase https://insecurityinsight.org/wp-content/uploads/2025/04/2024-SHCC-CAR.pdf.

[51] Véase www.unocha.org/publications/report/central-african-republic/central-african-republic-humanitarian-response-plan-january-2024.

52. La aceptabilidad exige que los establecimientos, los bienes y los servicios de salud respeten la ética médica. Otro mandato del derecho internacional humanitario es la imparcialidad médica en el tratamiento de los heridos[52]. Por tanto, los profesionales de la salud tienen obligaciones con respecto a la prestación de servicios de salud a las personas afectadas o implicadas en conflictos. Negarse a tratar a personas heridas en un conflicto o dar un trato preferente a personas de la misma filiación constituye una violación directa del derecho a la salud.

53. En una declaración, el Experto Independiente sobre la situación de los derechos humanos en Haití señaló que "solo el 37 % de las instalaciones sanitarias de la capital, Puerto Príncipe, [estaban] plenamente operativas y [era] complicado acceder a las mismas por razones de seguridad"[53]. La inseguridad derivada de los ataques también provoca el éxodo del personal de salud y asistencial, lo que sobrecarga aún más al personal que se queda (véase S/2024/385). Esos ataques debilitan el funcionamiento de los sistemas de salud y aumenta la vulnerabilidad de su personal. Solo en 2023, se registraron al menos 600 incidentes perpetrados tanto por agentes estatales como no estatales, que dañaron o destruyeron establecimientos de salud de zonas en conflicto[54].

54. Además, los conflictos armados propagan los desplazamientos masivos, el saneamiento y la vivienda deficientes y la nutrición insuficiente, lo que aumenta los casos de enfermedades infecciosas y el riesgo de brotes de enfermedades endémicas y epidémicas en las zonas que se encuentran en conflicto[55]. A su vez, los brotes epidémicos y los resultados de salud deficientes generan inestabilidad social y política, lo que a su vez motiva nuevos conflictos[56]. Esta situación perpetúa un círculo vicioso que intensifica los conflictos y socava aún más los esfuerzos para lograr la paz y la seguridad (véase la resolución 2286 (2016) del Consejo de Seguridad).

55. A escala mundial, en 2024, los ataques sistemáticos contra el personal y los establecimientos médicos provocaron la muerte de 925 trabajadores[57]. Los trabajadores de la salud resultaron muertos en su casa, en hospitales y en tránsito en acto de servicio[58], mediante secuestros, agresiones y violencia[59].

56. La supuesta muerte de 500 trabajadores de la salud entre octubre de 2023 y junio de 2024, en el contexto de los ataques sistemáticos de las Fuerzas de Defensa de Israel en Gaza contra hospitales y establecimientos médicos, suscitó reacciones internacionales especialmente enérgicas, entre ellas un llamamiento de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos a que se pusiera fin a la muerte de personas protegidas, en particular de los trabajadores de la

[52] Véase shop.icrc.org/health-care-in-danger-the-responsibilities-of-health-care-personnel-working-in-armed-conflicts-and-other-emergencies-pdf-es.html, pág. 35.

[53] Véase https://www.ohchr.org/es/press-releases/2025/01/haiti-un-expert-william-oneill-says-deeply-concerned-attacks-health-care.

[54] Véase https://insecurityinsight.org/wp-content/uploads/2024/05/2023-SHCC-Critical-Conditions.pdf, pág. 13.

[55] Véase www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(02)11807-1.pdf.

[56] Véase www.un.org/peacebuilding/sites/www.un.org.peacebuilding/files/un_pb_review-_who_health_peace_thematic_paper_final_0.pdf.

[57] Véase https://extranet.who.int/ssa/LeftMenu/Index.aspx?utm_source=Stopping%20attacks%20on-%20health%20care%20statistics&utm_medium=link&utm_campaign=Link_who.

[58] Véase https://insecurityinsight.org/wp-content/uploads/2024/05/2023-SHCC-Critical-Conditions.pdf, pág. 8.

[59] Véase https://extranet.who.int/ssa/LeftMenu/Index.aspx?utm_source=Stopping%20attacks%20on-%20health%20care%20statistics&utm_medium=link&utm_campaign=Link_who.

salud, y peticiones de que se iniciara de inmediato una investigación imparcial acerca de esas muertes y se exigieran cuentas a los autores[60].

57. Estos episodios influyen directa e indirectamente en el acceso a la atención de la salud (véase la resolución 69/132 de la Asamblea General) y entorpece el disfrute del derecho a la salud y otros derechos relacionados con la salud del personal de salud y asistencial y de todas las personas.

VI. Oposición, intimidación y posibles represalias contra el personal de salud y asistencial

58. En todo el mundo, el personal de salud y asistencial, incluido el personal paramédico, sufre represalias por defender el derecho a la salud en las zonas de guerra y ha sido blanco de violencia, como bombas dirigidas a hospitales y cárceles, porque tratan a todos los pacientes. Se está socavando el derecho a la salud: el personal de salud y asistencial que apoya las políticas justas en países autoritarios corre el riesgo de que lo silencien y ha sido generalizada y metódica la tortura de trabajadores detenidos. Según los testimonios, han sido objeto de medios de tortura como posturas forzadas, descargas eléctricas, violencia sexual, vendado prolongado de los ojos y denegación de comida y sueño en algunos casos[61]. Por ejemplo, los profesionales de la salud de varios países africanos al parecer fueron encarcelados en 2024 por manifestarse contra los sueldos insuficientes, que les dificultaban la prestación de servicios[62].

59. El estigma de la comunidad y la falta de apoyo jurídico a las víctimas pueden dar lugar a amenazas contra los trabajadores que defienden la justicia. Estos actos reflejan estructuras de poder sistémicas que perpetúan las desventajas, en particular para las mujeres y las comunidades de ingreso bajo, lo que recalca que se necesitan mecanismos de protección para el personal de salud en tanto que defensores de los derechos humanos.

60. Safeguarding Health in Conflict Coalition lleva varios años documentando sistemáticamente los incidentes de violencia que afectan a la atención de la salud, de los cuales 3.623 tuvieron lugar en 2024 en todo el mundo[63]. Aunque los incidentes documentados ya ilustran un panorama sombrío, la magnitud real del problema es mucho mayor. Muchas agresiones no se denuncian debido a la inseguridad, la censura o el miedo a represalias, entre otros motivos. En algunos casos, sobre todo en los conflictos en los que la atención de salud ha sido objeto de ataques a repetición, el personal de salud y asistencial ha llegado a aceptar que esos riesgos son parte de su trabajo y continúan trabajando pese a las amenazas y la ausencia de protección suficiente[64].

61. Muchas de las personas que agreden y amenazan al personal de salud y asistencial, en clara violación del derecho sobre los derechos humanos, no rinden cuentas de sus actos. La falta de justicia por estos delitos crea un entorno de

[60] Véase www.un.org/unispal/wp-content/uploads/2024/06/Statement-on-the-killing-and-arbitrary-detention-of-health-workers-in-Gaza-25-June.pdf.
[61] Comunicación presentada por Addameer.
[62] Véase https://actionaid.org/news/2025/crippling-budget-cuts-leave-africas-public-sector-workers-underpaid-overworked-and.
[63] Comunicación presentada por el proyecto de investigación sobre las repercusiones de los ataques a la atención de salud (Researching the Impact of Attacks on Healthcare).
[64] Comunicación presentada por Insecurity Insight.

impunidad, por el que el personal de salud y asistencial se siente abandonado y desprotegido[65].

62. En el Sudán, según los informes, la población civil en busca de seguridad fue objeto de atroces violaciones de los derechos humanos, entre las que se contaron los actos de violencia sexual y de género, y privación de necesidades vitales como comida, agua, atención de la salud reproductiva, combustible y otros productos básicos[66]. Los establecimientos de salud urbanos resultaron dañados en varias ocasiones[67], en particular los de atención pediátrica, los centros médicos y un centro de vacunación. Según los informes, resultaron muertos por disparos conductores de ambulancias, médicos, ginecólogos, estudiantes de medicina, enfermeros, farmacéuticos, vacunadores y demás personal de salud, tanto en su domicilio durante ataques generalizados contra civiles o en bombardeos de hospitales[68].

63. En Gaza, el personal de salud y asistencial se ve obligado a trabajar en condiciones muy inseguras y peligrosas. Ante la escasez de suministros, alimentos, combustible y agua, siguen defendiendo el derecho a la salud atendiendo a los heridos. En su opinión consultiva de 19 de julio de 2024, la Corte Internacional de Justicia concluyó, entre otras cuestiones, que la presencia continuada de Israel en el Territorio Palestino Ocupado era ilegal[69].

64. Además, en un llamamiento urgente[70] dirigido a Israel por varios titulares de mandatos, y en las comunicaciones recibidas para el presente informe, las partes interesadas han señalado recientes violaciones de derechos humanos relacionadas con ataques ofensivos y selectivos de Israel[71]. Entre octubre de 2023 y el 2 de julio de 2025, resultaron muertos en Gaza al menos 479 trabajadores de ayuda humanitaria, entre ellos 326 miembros del personal de las Naciones Unidas[72].

65. La OMS ha registrado 735 ataques contra infraestructura de salud en Gaza entre el 7 de octubre de 2023 y el 11 de junio de 2025[73]. Al menos 96 trabajadores de la salud puestos en libertad declararon que fueron sometidos a tortura, malos tratos, privación de alimentos y agua, amenazas de violación y violencia sexual y trato degradante durante su detención en Israel[74].

---

[65] *Ibid*.

[66] Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, “Statement by Tlaleng Mofokeng, Statement by Ms Tlaleng Mofokeng, Chair of the Coordination Committee of Special Procedures on the human rights impact of the ongoing conflict in the Sudan”, 11 de mayo de 2023. Puede consultarse en www.ohchr.org/en/special-procedures-human-rights-council/coordination-committee-outreach-archive.

[67] Véase https://youtu.be/8aYE6sN-rak?si=mC5_B8q6yG-GnDAn.

[68] Véase https://insecurityinsight.org/wp-content/uploads/2025/06/57.-11-24-June-2025-Attacks-on-Health-Care-in-Sudan.pdf.

[69] Puede consultarse en www.icj-cij.org/node/204176.

[70] Puede consultarse en https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownLoadPublicCommunicationFile?gId=29643 y https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownLoadPublicCommunicationFile?gId=28640.

[71] Puede consultarse en https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownLoadPublicCommunicationFile?gId=29757 y https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownLoadPublicCommunicationFile?gId=29387.

[72] Véase www.ochaopt.org/content/humanitarian-situation-update-302-gaza-strip. Véase también Médicos Sin Fronteras, “Why we won't accept the narrative of 'regrettable incidents' in Gaza”, 18 de febrero de 2025.

[73] Puede consultarse en www.emro.who.int/images/stories/palestine/Sitrep_61.pdf.

[74] Véase www.emro.who.int/images/stories/Sitrep_46b.pdf?Ua=1; “Nearly 600 attacks on healthcare in Gaza and West Bank since war began: WHO”, que puede consultarse en https://news.un.org/en/story/2024/01/1145317; y www.hrw.org/news/2024/08/26/israel-palestinian-healthcare-workers-tortured.

66. Mientras el personal de salud y asistencial sufre un genocidio (véase A/HRC/59/23), trabajan sin descanso para proporcionar atención médica bajo el asedio israelí inhumano que impide deliberadamente el acceso a suministros médicos esenciales, electricidad y agua potable en Gaza. En medio de su propia lucha por sobrevivir, el personal de salud palestino sigue defendiendo el derecho a la salud y a la propia vida[75].

67. En términos más generales, incluso tras el fin de los conflictos, sigue siendo desesperada la situación de la atención de la salud y de su personal (véase S/2024/385). Las repercusiones acumuladas de esos problemas subrayan la urgente necesidad de estrategias integrales para restaurar y reforzar el sistema de salud en medio de la violencia y la agitación política actuales. Las dificultades que plantea el funcionamiento de los sistemas de salud en las situaciones de conflicto a menudo se traducen en que el personal no reciba su sueldo, o lo reciba con retraso, lo que agrava esta carga[76]. Las continuas amenazas al personal de salud y asistencial no solo ponen en peligro su seguridad y dignidad, sino que representa un ataque directo a los derechos humanos fundamentales y a los principios humanitarios de imparcialidad y neutralidad[77].

VII. Buenas prácticas

68. La idea de que, además de encargarse de la atención del paciente, el personal de salud y asistencial defiende el derecho a la salud ahora abarca también la promoción, el cambio sistémico y el empoderamiento de la comunidad[78].

69. En el Perú, se utiliza el mecanismo intersectorial para la protección de las personas defensoras de derechos humanos, en el que se reconoce que podría considerarse que el personal de salud y asistencial se encarga también de defender los derechos humanos, en la medida en que realiza actividades para promover, proteger o defender los derechos humanos, incluido el derecho a la salud y a la vida y, por tanto, ese personal ha asentado y atendido casos a partir de junio de 2019 utilizando ese marco[79].

70. En Chile, el personal de salud y asistencial de la atención primaria media entre los distintos agentes sociales, por lo que facilita el diálogo y el trabajo colaborativo para mejorar las condiciones de vida y de la salud. Se han ideado estrategias, entre las que se cuenta la priorización de recursos financieros por un total de 1.081.000.000 de dólares de los Estados Unidos, a través del programa de apoyo a la gestión local[80].

71. En México, se han puesto en marcha medidas preventivas y correctivas, vigilancia de la salud laboral y una estrategia de entornos laborales seguros y saludables, lo que ha mejorado la seguridad, la justicia y la salud de los entornos laborales, gracias a lo cual no solo disminuyen los accidentes y las enfermedades, sino que se mejora el entorno laboral, se fomenta el respeto de los derechos laborales y se favorece la estabilidad social y económica de las empresas y las comunidades[81].

72. En Guatemala, tras la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), se reforzaron las normas de bioseguridad, lo que fue beneficioso para la salud del personal, su familia y los pacientes. Tras reconocer la importancia del autocuidado

[75] Comunicación presentada por Al-Haq.
[76] Comunicación presentada por Researching the Impact of Attacks on Healthcare.
[77] Comunicación presentada por International Planned Parenthood Federation.
[78] Comunicación presentada por Derrick Mark Wasike.
[79] Comunicación presentada por el Perú.
[80] Comunicación presentada por Chile.
[81] Comunicación presentada por México.

del personal de salud para garantizar que la atención sea de calidad excelente, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social puso en marcha medidas específicas, como revisiones médicas anuales obligatorias y capacitación en salud mental[82].

73. En Malasia, cada vez se reconoce más que es general la responsabilidad de proteger y defender el derecho a la salud en diversos niveles. A escala internacional, Malasia ha enviado personal de salud, como personal de enfermería, para ayudar en las labores humanitarias relacionadas con la crisis de los refugiados rohinyá[83].

74. En la India, el personal de salud y asistencial no se limita a cumplir su labor de profesional médico: también se desempeña como docente, activista, constructor de la paz y defensor de los derechos humanos, y su función está imbricada profundamente en los marcos de la política nacional de salud[84].

75. En Burundi, los profesionales de la salud son cada vez más conscientes de que su función no está limitada a prestar atención médica, sino que abarca defender los derechos de los pacientes a un trato digno, justo y respetuoso. A ese respecto, se ha informado a la Relatora Especial que los prestadores de salud derivaron a las víctimas de violencia de género a servicios de escucha y atención y que el personal de enfermería y medicina empezó a concienciar a los pacientes sobre sus derechos a la información, al consentimiento informado y a la confidencialidad[85].

76. En varios países se está formando al personal de salud para que apunte a los determinantes sociales de la salud, como la pobreza y la desigualdad, que son fundamentales para promover la equidad en materia de salud. El personal de salud y asistencial también participa en actividades multisectoriales, por ejemplo colaborando con la sociedad civil y los sindicatos, para mejorar el acceso a los medicamentos y las condiciones de trabajo[86].

77. La serie de películas *Caring with Courage* del Consejo Internacional de Enfermeras aumenta la visibilidad del papel polifacético de las enfermeras a la hora de afrontar los principales retos del mundo en materia de salud, como el aumento constante de las enfermedades mentales. La campaña #NursesforPeace del Consejo proporciona recursos humanitarios esenciales, apoyo de salud mental y preparación para emergencias y capacitación en liderazgo tanto a enfermeras como a organizaciones de enfermería[87].

VIII. Conclusión

78. **El derecho a la salud abarca el derecho a un sistema de protección de la salud (es decir, la atención de salud y los determinantes sociales subyacentes de la salud) que proporciona igualdad de oportunidades para que las personas disfruten del grado máximo de salud que se pueda lograr**.

79. **Por otra parte, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales define las obligaciones que deben cumplir los Estados Partes para hacer efectivo el derecho a la salud (véase E/C.12/2000/4)**.

80. **La obligación de respetar el derecho a la salud exige que los Estados, entre otros aspectos, se abstengan de denegar o limitar la igualdad de acceso de todas**

[82] Comunicación presentada por Guatemala.
[83] Comunicación presentada por Malasia.
[84] Comunicación presentada por la India.
[85] Comunicación presentada por Burundi.
[86] Comunicación presentada por International Planned Parenthood Federation.
[87] Comunicación presentada por el Consejo Internacional de Enfermeras.

las personas y se abstengan de aplicar prácticas discriminatorias en lo tocante al estado de salud y las necesidades de las mujeres[88].

81. **Las obligaciones básicas mínimas abarcan la adopción de medidas deliberadas, concretas y dirigidas a lograr la efectividad plena del derecho a la salud, como la preparación de una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública**[89].

82. **La obligación de proteger abarca, entre otros, el deber de los Estados de adoptar legislación o tomar otras medidas que garanticen el acceso igualitario a la atención de salud y a los servicios relacionados con la salud suministrados por terceros. Los Estados deben velar asimismo por que terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios relacionados con la salud**[90].

83. **En cuanto a que el personal de salud y asistencial es fundamental para el desarrollo sostenible, los Estados también tienen la obligación de adoptar medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y las comunidades a disfrutar del derecho a la salud**.

IX. Recomendaciones

84. **De conformidad con la reafirmación de los Estados de que todos los derechos humanos son universales e indivisibles, están relacionados entre sí, son interdependientes y se refuerzan mutuamente**[91], **la Relatora Especial afirma que el personal de salud y asistencial es esencial como defensor del derecho a la salud**.

85. **Si bien solo los Estados son Partes en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y, por consiguiente, son los que, en definitiva, tienen la obligación de rendir cuentas por el cumplimiento de este, todos los integrantes de la sociedad —particulares, incluidos los profesionales de la salud, las familias, las comunidades locales, las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, las organizaciones de la sociedad civil y el sector de la empresa privada— tienen la responsabilidad en cuanto a la realización del derecho a la salud**.

86. **Las sociedades que viven en paz y con seguridad duraderas están en mejores condiciones de crear un sistema de salud resiliente y alcanzar el desarrollo sostenible. En ese mismo tenor, cuando el sistema de salud es sólido y el personal de salud está protegido y empoderado, mejora la cohesión social, se previenen los conflictos y se fomenta la estabilidad a largo plazo**.

87. **En consonancia con estas valoraciones, la Relatora Especial quisiera dirigir las siguientes recomendaciones a todas las partes interesadas**:

a) Los Estados deberían adoptar el marco del derecho a la salud y elaborar otros marcos de protección que les permitan utilizar su pericia y capacidad para hacer realidad rápidamente un mundo donde sean universales el respeto y la promoción de los derechos humanos y la dignidad humana, el estado de derecho, la justicia, la igualdad y la no discriminación[92]**;**

---

[88] Véase https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-health/about-right-health-and-human-rights.
[89] *Ibid*.
[90] *Ibid*.
[91] Véase www.un.org/sites/un2.un.org/files/sotf-pact_for_the_future_adopted.pdf.
[92] *Ibid*.

b) Las partes interesadas deberían reforzar la función del personal de salud y asistencial en los foros políticos de alto nivel sobre la paz, la seguridad y el desarrollo sostenible y deberían facilitar mecanismos transparentes de participación e intercambio continuo de observaciones para promover la participación del personal de salud y asistencial. Las partes interesadas en la gobernanza de la salud son esenciales para garantizar que la participación se traduzca en la promoción de los derechos y en entornos de trabajo propicios[93];

c) Los Estados, los consejos profesionales y las autoridades de salud deben promover con eficacia el derecho a la salud y aplicar estrategias multidisciplinarias para prevenir la violencia, el acoso y los daños contra el personal de salud y asistencial;

d) El personal de salud y asistencial tiene la autoridad y la credibilidad para trabajar constructivamente en cuestiones relacionadas con la consolidación de la paz y la solución de conflictos, de manera que hay que fomentar su participación significativa, incluso la de quienes proceden de grupos en situación de vulnerabilidad;

e) Las partes interesadas deberían ampliar las iniciativas y capacitar al personal de salud en cuestiones de mediación en los conflictos y promoción de la paz, a fin de fortalecer su función en la consolidación de la paz y el desarrollo sostenible;

f) Se necesita una inversión sostenida en marcos jurídicos, protección social, remuneración justa y apoyo sistémico para garantizar que el personal de salud pueda seguir defendiendo el derecho a la salud de todos, en todas partes;

g) En las situaciones de crisis, conflicto, guerra y genocidio, los Estados deben aplicar tanto el derecho internacional humanitario como las normas de derechos humanos, ya que comparten el objetivo de proteger a todas las personas y se basan en el principio del respeto a la vida, el bienestar y la dignidad humana de la persona;

h) Las partes interesadas deberían garantizar el seguimiento efectivo de las violaciones del derecho a la salud. Las investigaciones independientes, el acceso a la justicia y los mecanismos de rendición de cuentas deberían poner en primer plano el poder de prevención de la alerta temprana y los derechos humanos;

i) Los Estados Partes deberían proporcionar un entorno que sea propicio para cumplir estas responsabilidades (véase E/C.12/2000/4), en particular para garantizar la disponibilidad, la accesibilidad y la aceptabilidad de los establecimientos, los bienes y los servicios de salud de excelente calidad.

---

[93] Tim Martineau *et al.*, “Improving health workforce governance: the role of multi-stakeholder coordination mechanisms and human resources for health units in ministries of Health”, *Human Resources for Health*, 26 de mayo de 2022.