



Asamblea General

Distr. general
21 de abril de 2023
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

53^{er} período de sesiones

19 de junio a 14 de julio de 2023

Tema 3 de la agenda

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

Innovación digital, tecnologías y derecho a la salud

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

Resumen

En el presente informe, la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, analiza los efectos de la innovación y las tecnologías digitales en el derecho a la salud, en particular en lo relativo a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los establecimientos, bienes y servicios. El informe se centra también en la innovación y las tecnologías digitales y el derecho a la salud sexual y reproductiva, así como en las repercusiones que tienen las tecnologías digitales en la privacidad y el uso de los datos.

La Relatora Especial expresa preocupación por el hecho de que las tecnologías digitales pueden perpetuar el racismo, el sexismo, el capacitismo o la discriminación por motivos como la orientación sexual o la identidad de género. Reafirma, entre otros, los principios de no discriminación, igualdad, participación, rendición de cuentas, reparación y privacidad. Asimismo, recuerda la necesidad de promover la inclusión digital, el acceso a una conectividad asequible y fiable, y la necesidad subyacente de abordar la cuestión de la alfabetización digital y corregir la brecha digital de género.

La Relatora Especial trata asimismo de aclarar las obligaciones jurídicas que se plantean en el marco del derecho a la salud, desde una perspectiva antidiscriminatoria, recordando que los mismos derechos que se protegen en el mundo real deben protegerse con el uso de herramientas digitales y en espacios virtuales. Por otro lado, también recuerda a los Estados y a los actores privados, como las empresas y las sociedades tecnológicas, las obligaciones que tienen en este contexto de rápido crecimiento de la innovación tecnológica en lo que se refiere al derecho a la salud. La Relatora Especial se centra también en las buenas prácticas e incluye recomendaciones en materia de participación y gobernanza en salud digital.



Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción	3
II. Marco normativo	5
III. La innovación y las tecnologías digitales y el derecho a la salud.....	8
A. Contribución de la innovación y las tecnologías digitales al fomento de la disponibilidad de establecimientos, bienes y servicios de salud.....	8
B. Contribución de la innovación y las tecnologías digitales al fomento de la accesibilidad de establecimientos, bienes y servicios de salud.....	10
C. Las tecnologías digitales y la aceptabilidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud	13
D. Las tecnologías digitales y la calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud .	13
IV. La innovación y las tecnologías digitales y el derecho a la salud sexual y reproductiva	14
V. Innovación digital, tecnologías y privacidad	16
VI. Buenas prácticas	17
A. Gobernanza mundial, regional y nacional de la salud digital	17
B. Participación	19
VII. Conclusiones y recomendaciones.....	19

I. Introducción

1. El crecimiento de la innovación tecnológica está redefiniendo y remodelando con rapidez el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental. Cada vez son más los países que han visto reforzada, gracias a ella, la capacidad de los Gobiernos para respetar, proteger y hacer efectivo este derecho humano fundamental, garantizando que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud estén disponibles, además ser accesibles, aceptables y de buena calidad¹. Las nuevas tecnologías pueden fomentar una mayor inclusión y participación y compensar las deficiencias de los sistemas de salud existentes². Asimismo, ofrecen oportunidades para mejorar el acceso a los factores determinantes básicos de la salud, entre otras cosas, al generar nuevas oportunidades económicas y aumentar rápidamente la creciente circulación mundial de información relacionada con la salud.

2. El Secretario General ha reconocido que las nuevas tecnologías, incluidas las digitales, pueden hacer avanzar la cobertura sanitaria universal y desempeñar así un papel importante en la efectividad del derecho a la salud para todos³. El respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos, ha demostrado una vez más ser fundamental para el éxito de las respuestas de salud pública y la recuperación, como puso de manifiesto la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19).

3. Para ayudar a los Estados Miembros a hacer frente a la COVID-19, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) ha publicado una serie de orientaciones sobre políticas en torno a distintos temas⁴. La Relatora Especial llama la atención sobre estas orientaciones. Al comienzo de la pandemia, el entonces Relator Especial sobre la promoción y protección del derecho a la libertad de opinión y de expresión subrayó que “la pandemia sirve [...] como llamada de atención a todos los Gobiernos y políticos, así como a todos los actores pertinentes de la era digital, y les demuestra que la censura de toda índole interfiere en el ejercicio de una serie de derechos humanos; que fomentar el acceso a la información refuerza la promoción de la salud, la vida, la autonomía y la buena gobernanza” y que “la pandemia y la importancia del acceso digital a información sanitaria ponen de manifiesto la profunda necesidad de ampliar las infraestructuras existentes para facilitar, en primer lugar, el acceso. Las dificultades surgen en contextos en los que existe una brecha digital tanto dentro de los países en desarrollo como entre estos últimos y los países desarrollados”⁵. En 2021 se calculaba que 2.900 millones de personas seguían sin acceso a Internet y que el 96 % de ellas vivía en países en desarrollo⁶.

4. El presente informe se basa en un análisis de las comunicaciones recibidas de diferentes partes interesadas y expertos, así como en la bibliografía pertinente en materia de innovación digital, tecnologías y derecho a la salud⁷. La Relatora Especial expresa su agradecimiento por todas las contribuciones que se hicieron al informe⁸.

5. En las fases agudas de la pandemia se registró un uso sin precedentes de las tecnologías digitales por parte de los Gobiernos y los miembros de la sociedad, un hecho que las partes interesadas también señalaron a la atención de la Relatora Especial⁹. Cabe destacar la rapidez con que se aceptaron los llamados “acuerdos de teletrabajo” por parte de las empresas y los trabajadores para mantener durante la respuesta a la pandemia un cierto nivel de actividad económica mediante el uso de herramientas digitales. Del mismo modo, en el sector de la salud se adoptaron herramientas digitales para mejorar el acceso a la información,

¹ Organización Mundial de la Salud, “Classification of digital health interventions” (2018). Puede consultarse en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260480/WHO-RHR-18.06-eng.pdf>.

² Véase A/HRC/47/52.

³ Véase A/HRC/43/29.

⁴ Véase <https://www.ohchr.org/en/covid-19/covid-19-guidance>.

⁵ A/HRC/44/49.

⁶ Véase <https://www.itu.int/hub/2021/11/facts-and-figures-2021-2-9-billion-people-still-offline/>.

⁷ Todas las comunicaciones recibidas pueden consultarse en el sitio web de la Relatoría Especial.

⁸ Expresa también su agradecimiento a las personas que se han dedicado a investigar sobre el tema.

⁹ Véanse, entre otras, las comunicaciones de Armenia, Brunei Darussalam, el Ecuador, Malasia, Sharifa Sekalala y Benjamin Mason Meier.

además de en la esfera de los diagnósticos, la telemedicina, el seguimiento y la vigilancia de la salud. Las redes sociales se convirtieron en una herramienta destacada de comunicación digital, abriendo canales para proporcionar información sobre la evolución a escala nacional y mundial de la COVID-19.

6. La Relatora Especial se hace eco de las numerosas inquietudes planteadas sobre los menoscabos que la transformación digital puede causar también en los derechos económicos, sociales y culturales, así como los derechos civiles y políticos, incluido el derecho a la salud, si estas tecnologías se desarrollan, se utilizan y se regulan sin tener en cuenta sus efectos en los derechos humanos¹⁰. La velocidad de la transformación digital ha sobrepasado la capacidad de los Estados de salvaguardar eficazmente los derechos humanos. Por otro lado, los Estados y las partes interesadas no muestran la voluntad necesaria para aplicar marcos de derechos humanos al desarrollo, el uso y la regulación de las tecnologías digitales.

7. El uso de las tecnologías digitales, en particular en el contexto del derecho a la salud, puede implicar que se lleven a cabo actividades de recopilación de datos y vigilancia que vulneren una serie de derechos, entre ellos el derecho a la intimidad¹¹. Además, el Alto Comisionado para los Derechos Humanos ha señalado que el funcionamiento de los sistemas de inteligencia artificial puede ampliar, intensificar o incentivar la injerencia en el derecho a la intimidad, sobre todo mediante la recopilación y el uso de datos personales¹².

8. En consecuencia, el uso y el desarrollo de tecnologías, como la inteligencia artificial, puede repercutir negativamente en el disfrute de los derechos humanos. Si bien la inteligencia artificial puede utilizarse para facilitar el diagnóstico de enfermedades, entre otras cosas, varios expertos en derechos humanos de las Naciones Unidas han tratado de abordar esta cuestión que plantea tanto oportunidades como desafíos nuevos y complejos para la gobernanza. Varios relatores especiales han puesto de manifiesto preocupaciones relacionadas con el disfrute de distintos derechos, como el derecho al desarrollo, a la educación, y a la libertad de opinión y de expresión, así como con la extrema pobreza y los derechos humanos, el derecho a la intimidad y los derechos de las personas mayores, entre otros¹³.

9. El derecho a la salud se basa en la participación pública en la toma de decisiones relacionadas con la salud a nivel comunitario, nacional e internacional, si bien esa participación es cada vez más difícil dada la influencia del sector privado en esos procesos y los conocimientos técnicos necesarios para participar de manera efectiva en la toma de decisiones, así como para diseñar eficazmente tecnologías digitales desde un enfoque basado en los derechos humanos. El Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos señala que el auge de la tecnología digital ha conllevado la privatización de los servicios públicos, ya que se faculta a las empresas privadas para gestionar digitalmente los servicios públicos, aumentando la apropiación de la toma de decisiones por parte de estas¹⁴. La complejidad con la que se diseñan las tecnologías digitales hace que sean difíciles de entender para parte de la sociedad civil y la ciudadanía, lo que les impide participar de manera adecuada y oportuna en el diseño de los sistemas digitales para la atención de la salud. Asimismo, plantea problemas de rendición de cuentas¹⁵.

10. Junto con los instrumentos internacionales de derechos humanos, los Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos establecen un marco global y autorizado que engloba los deberes y responsabilidades de los Estados y las empresas para prevenir, abordar y remediar los abusos contra los derechos humanos en el contexto de las

¹⁰ Véanse, por ejemplo, [A/HRC/42/59](#), [A/HRC/47/25](#), [A/HRC/47/39/Add.2](#), [A/HRC/48/31](#), [A/HRC/49/52](#), [A/73/271](#), [A/74/255](#) y [A/74/493](#). Véase también la resolución [32/13](#) del Consejo de Derechos Humanos y el informe del Panel de Alto Nivel sobre la Cooperación Digital del Secretario General de las Naciones Unidas titulado “La era de la interdependencia digital” (2019).

¹¹ Véase GSMA, “Connected women, the mobile gender gap report 2020” (marzo de 2020).

¹² Véase [A/HRC/48/31](#).

¹³ Véanse, por ejemplo, [A/HRC/26/36](#), [A/HRC/29/37](#), [A/HRC/32/37](#), [A/HRC/42/38](#), [A/HRC/42/44](#), [A/HRC/45/14](#), [A/HRC/46/37](#), [A/HRC/48/76](#), [A/73/348](#), [A/74/493](#) y [A/75/590](#).

¹⁴ Véase [A/74/493](#).

¹⁵ Véase [A/HRC/48/31](#).

actividades empresariales. El proyecto B-Tech del ACNUDH proporciona orientación y recursos fiables para la sociedad civil, los Estados y las empresas en el sector tecnológico¹⁶.

11. La Relatora Especial comparte las preocupaciones que se habían señalado a su atención en relación con la posibilidad de que las tecnologías digitales perpetúen el racismo, el sexismo, el capacitismo o la discriminación por motivos como la orientación sexual o la identidad de género¹⁷. Como señala el Relator Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, los conjuntos de datos que reflejan sesgos humanos, las predicciones basadas en conjuntos de datos sesgados y la adopción automatizada de decisiones pueden generar inopinadamente resultados discriminatorios¹⁸. La Relatora Especial reafirma, entre otros, los principios fundamentales de no discriminación, igualdad, participación, rendición de cuentas, reparación y privacidad.

12. El 10 de diciembre de 2023 se conmemorará el 75º aniversario de la Declaración Universal de Derechos Humanos. La Declaración sigue sirviendo de brújula para los derechos humanos y de pilar para una paz, una seguridad y un desarrollo duraderos. Además, Nuestra Agenda Común y las propuestas clave de los 12 compromisos son esenciales para garantizar la aplicación de los acuerdos existentes, en particular los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el principio de “no dejar a nadie atrás”.

13. La innovación y las tecnologías digitales en el ámbito de la salud deben mejorar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios sanitarios para todos. En el presente informe, en un esfuerzo por reforzar la gobernanza mundial y nacional, la Relatora Especial presenta las cuestiones que están surgiendo en la rápida transformación digital de los establecimientos, bienes y servicios de salud y que repercuten en el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental.

II. Marco normativo

14. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental está reconocido en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos. En los artículos 2, párrafo 2, y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/sida), orientación sexual y situación civil, política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud¹⁹. Además, el derecho a la salud está reconocido en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y el artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad²⁰. La Relatora Especial también desea recordar los demás instrumentos internacionales existentes relacionados con el derecho a la salud, entre ellos los adoptados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como los marcos jurídicos elaborados en los anteriores informes temáticos de la Relatora Especial, en particular los informes sobre los derechos a la salud sexual y reproductiva y sobre el análisis con un enfoque no binario de la violencia y el racismo y sus repercusiones en el derecho a la salud.

¹⁶ Véase <https://www.ohchr.org/en/business-and-human-rights/b-tech-project>.

¹⁷ Véanse, entre otras, las comunicaciones de Australia, Malasia, Mauricio, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Fundación RASA, Privacy International y STOPAIDS, el Centro de Derechos Reproductivos, el Instituto Alan Turing, la clínica jurídica Aix Global Justice, Sharifa Sekalala y Benjamin Mason Meier.

¹⁸ A/HRC/47/52. Véanse también las comunicaciones del Ecuador, México, la Red sobre Cuestiones Jurídicas y Éticas relacionadas con el VIH y el Sida de Kenya, Women’s Link Worldwide y la clínica jurídica Aix Global Justice.

¹⁹ Véase la observación general núm. 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

²⁰ Véanse A/76/172, A/HRC/50/28 y A/77/197.

15. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales afirma que los Estados partes deben disponer de un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios y programas de salud pública y atención de la salud²¹. La naturaleza precisa de esos establecimientos, bienes y servicios variará en función de diversos factores. Las tecnologías de la información y las comunicaciones pueden facilitar que haya más puntos de contacto entre los profesionales sanitarios y los pacientes, ampliando así la disponibilidad de los servicios de salud²². El derecho a la salud requiere que los establecimientos, bienes y servicios de salud estén dentro del alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y las poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidad y las personas con VIH/sida²³. Asimismo, el componente de accesibilidad económica precisa que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean asequibles para todos²⁴.

16. El derecho a la salud exige además a los Estados que proporcionen un entorno seguro y propicio para los adolescentes y velen por que estos tengan la oportunidad de participar en las decisiones que afectan a su salud, tengan acceso a la información adecuada y negocien sobre la elección de comportamientos de salud adecuados²⁵.

17. Para garantizar el disfrute del derecho a la salud para todos, los Estados deben velar por que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud sean respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y que estén concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate²⁶.

18. El derecho a la salud sexual y reproductiva forma parte integrante del derecho de todos al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental²⁷. En ese sentido, para establecer los niveles de satisfacción del derecho a la salud sexual y reproductiva será necesario guiarse por “los instrumentos y la jurisprudencia contemporáneos en materia de derechos humanos, así como las directrices y los protocolos internacionales más recientes establecidos por organismos de las Naciones Unidas, en particular, la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas”²⁸.

19. El derecho a la privacidad está protegido por el artículo 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Cualquier injerencia en la vida privada de una persona debe cumplir los principios de legalidad, necesidad y proporcionalidad²⁹. Los Estados tienen el deber de abstenerse de injerencias incompatibles con el artículo 17 del Pacto y de establecer un marco legislativo en el que se prohíban esos actos a las personas físicas o jurídicas³⁰. La Relatora Especial subraya además la observación general núm. 16 (1988) del Comité de Derechos Humanos, en la que se indica la necesidad de que los Estados velen “por que la información relativa a la vida privada de una persona no caiga en manos de personas no autorizadas por ley para recibirla, elaborarla y emplearla y por que nunca se la utilice para fines incompatibles con el Pacto”, añadiendo que toda persona debe “poder verificar qué autoridades públicas o qué particulares u organismos privados controlan o pueden controlar esos archivos”³¹.

20. La Relatora Especial recuerda las numerosas resoluciones aprobadas, entre otros, por el Consejo de Derechos Humanos y la Asamblea General que subrayan que los derechos

²¹ Observación general núm. 14 (2000), párr. 12.

²² A/HRC/43/29, párr. 19.

²³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 12.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ *Ibid.*, párr. 23.

²⁶ *Ibid.*, párr. 12.

²⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016), párrs. 1 y 25.

²⁸ *Ibid.*, párr. 49. Véase también OMS, *Directrices sobre la atención para el aborto* (2022).

²⁹ Véase A/HRC/27/37 y la resolución 34/7 del Consejo de Derechos Humanos.

³⁰ Véase la observación general núm. 16 (1988) del Comité de Derechos Humanos, párr. 9.

³¹ *Ibid.*, párr. 10.

protegidos en el mundo real deben también protegerse en el mundo virtual, entre ellos el derecho a la privacidad³². Subraya que una condición previa para el uso de las tecnologías digitales, también en relación con el derecho a la salud, es disponer de conectividad, incluida la conectividad a una Internet abierta³³.

21. La Relatora Especial recuerda también la resolución 47/16 del Consejo de Derechos Humanos sobre la promoción, la protección y el disfrute de los derechos humanos en Internet para promover una conectividad asequible y fiable, el acceso digital y la inclusión digital, así como la expansión de servicios públicos, soluciones de aprendizaje a distancia y servicios digitales de atención de la salud que sean accesibles e inclusivos, y para proseguir los esfuerzos orientados a “facilitar que la educación, la sanidad, la justicia y otros servicios públicos sean asequibles e inclusivos en todo el mundo, subrayando la necesidad de abordar la cuestión de la alfabetización digital y de hacer frente a las brechas digitales”.

22. La Relatora Especial recuerda también la recomendación formulada por el Relator Especial sobre el derecho a la privacidad acerca de la protección y el uso de los datos relacionados con la salud, que establece las condiciones jurídicas para el procesamiento de ese tipo de información³⁴. El Relator Especial sobre el derecho a la privacidad recomendó asimismo que se adoptasen “todas las medidas administrativas y de otro tipo necesarias para gestionar los datos relacionados con la salud a fin de garantizar el disfrute del derecho al más alto nivel de salud posible sin discriminación por motivos de género, identidad de género o expresión de género”³⁵. Subrayó que la “interseccionalidad en la atención médica es aplicable a los profesionales del sector y a quienes acuden a recibir atención” y que “[C]on independencia de uno de los grupos sociales de que forme parte la persona o de todos ellos, se le deberá facilitar el mismo nivel de atención médica”³⁶. A este respecto, la Relatora Especial coincide con el Relator Especial sobre el derecho a la privacidad, que subraya que toda “persona, independientemente de su sexo biológico, características sexuales, orientación sexual, identidad o expresión de género, tiene derecho a disfrutar plenamente del derecho a la privacidad”³⁷. La Relatora Especial coincide también con el Relator Especial sobre el derecho a la libertad de opinión y de expresión, que indica que todas las tecnologías “deben diseñarse, elaborarse y desplegarse de modo que sean compatibles con las obligaciones de los Estados y las responsabilidades de los actores privados conforme al derecho internacional de los derechos humanos”³⁸.

23. La accesibilidad de la información incluye el derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas sobre cuestiones relacionadas con la salud³⁹, un derecho que los Estados partes han de garantizar⁴⁰. La obligación de hacer efectivo el derecho a la salud implica que los Estados han de poner en marcha campañas de información y divulgar información apropiada sobre la salud⁴¹. En virtud de su obligación de respetar el derecho a la salud, los Estados han de abstenerse de ocultar o tergiversar deliberadamente información relacionada con la salud, que ha de ser aceptable y de calidad⁴². Además, el derecho a la salud engloba el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Sobre esta última cuestión, en marzo de 2023 la Relatora

³² Véanse, entre otras, las resoluciones 20/8, 28/16, 34/7, 38/7, 42/15 y 50/15 del Consejo de Derechos Humanos y las resoluciones 68/167, 69/166, 71/199, 73/179 y 75/176 de la Asamblea General.

³³ Véase A/HRC/50/55.

³⁴ Véase A/74/277.

³⁵ *Ibid.*, párr. 41.1.

³⁶ *Ibid.*, párr. 42.1.

³⁷ A/HRC/43/52, párr. 15.

³⁸ A/73/348, párr. 19.

³⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 12.

⁴⁰ Comité de Derechos Humanos, observación general núm. 34 (2011), párr. 11.

⁴¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000), párr. 36.

⁴² *Ibid.*, párr. 50.

Especial y otros titulares de mandatos publicaron un compendio sobre educación sexual integral⁴³.

24. Los Estados y las empresas tienen, respectivamente, el deber de proteger y la responsabilidad de respetar todos los derechos humanos en el contexto de las actividades empresariales, también en el sector tecnológico⁴⁴. Para los Estados, eso implica también proteger a las personas frente a las infracciones cometidas por particulares⁴⁵. Las empresas tienen responsabilidades en virtud del derecho de los derechos humanos que son independientes de las obligaciones de los Estados y que, por tanto, van más allá del cumplimiento de las leyes nacionales y de la capacidad y la voluntad de los Estados para adoptar medidas. En ese sentido, a la hora de diseñar, adoptar y movilizar tecnologías digitales y tecnologías de inteligencia artificial han de tener en consideración las responsabilidades que las empresas han de cumplir con arreglo al derecho y las normas internacionales de derechos humanos⁴⁶.

25. Los Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos constituyen una “norma de conducta mundial aplicable a todas las empresas”, incluidas las de medios sociales y de búsqueda, y las empresas tecnológicas deberían basarse, en lo que respecta a sus responsabilidades internacionales, en la nota del ACNUDH sobre las características fundamentales del respeto de los derechos humanos por parte de las empresas. A fin de cumplir con su responsabilidad de respetar los derechos humanos, se espera de las empresas que adopten una serie de medidas: entre ellas, la adopción de compromisos sobre políticas para cumplir con esa responsabilidad, la puesta en marcha de un proceso eficaz de diligencia debida en materia de derechos humanos para identificar, prevenir, mitigar y dar cuenta de cómo abordan sus efectos sobre los derechos humanos, y el establecimiento de procesos que permitan reparar todas las consecuencias negativas sobre los derechos humanos que hayan provocado o contribuido a provocar o con los que hayan estado relacionadas⁴⁷.

III. La innovación y las tecnologías digitales y el derecho a la salud

26. En la actualidad todavía persiste la dinámica colonial en la esfera de la tecnología y las herramientas digitales. La extracción de datos del llamado Sur Global al Norte Global, con más de 40 millones de datos sobre salud recopilados por empresas privadas, es una tendencia preocupante⁴⁸. A menudo no se cuenta con el consentimiento de las personas afectadas cuando se lleva a cabo la migración de servidores, no se pueden interponer recursos cuando se producen filtraciones de datos y la implicación de terceros del sector privado con ánimo de lucro conduce a la discriminación y favorece un entorno caracterizado por deficiencias en materia de protección de datos, privacidad, transparencia y responsabilidad.

A. Contribución de la innovación y las tecnologías digitales al fomento de la disponibilidad de establecimientos, bienes y servicios de salud

27. La atención sanitaria a distancia puede reforzar los recursos humanos en el sector de la salud al reducir la necesidad de que las evaluaciones médicas sean presenciales. Los servicios telemáticos de salud pueden contribuir a que los sistemas sanitarios superen obstáculos como la escasez de personal sanitario en los países de ingreso bajo y mediano causada por lo que se conoce como “fuga de cerebros”⁴⁹. Los pacientes de atención primaria pueden enviar consultas clínicas por correo electrónico o sistemas de mensajería segura para

⁴³ Puede consultarse en <https://www.ohchr.org/en/documents/tools-and-resources/compendium-comprehensive-sexuality-education>.

⁴⁴ Véase A/73/348.

⁴⁵ Art. 2, párr. 1, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

⁴⁶ *Ibid.* Véase también A/HRC/38/35, párr. 10.

⁴⁷ Véase, por ejemplo, A/73/348.

⁴⁸ Véase https://warwick.ac.uk/newsandevents/pressreleases/innovative_solutions_to/.

⁴⁹ Véanse las comunicaciones del Centre for Health Equity, Law and Policy y de la Red sobre Cuestiones Jurídicas y Éticas relacionadas con el VIH y el Sida de Kenya.

recibir por escrito consejos de salud y aclaraciones sobre medicación o planes terapéuticos⁵⁰. Las investigaciones sugieren que las tecnologías digitales pueden mejorar la disponibilidad de asistencia sanitaria para las personas vulnerables que están en lista de espera para recibir atención presencial⁵¹. Las tecnologías digitales también pueden aumentar la disponibilidad de tratamientos tecnológicamente avanzados para personas que viven en países donde, de otro modo, no podrían acceder a ellos⁵².

28. Se ha recurrido en gran medida a las tecnologías digitales para gestionar las necesidades de salud planteadas por la pandemia de COVID-19⁵³. Gracias a las herramientas digitales, los Estados pueden informar rápidamente a la población sobre el virus, ayudar a reconocer los síntomas y notificarlos y a rastrear los contactos. Según la información recibida por la Relatora Especial, en la India la tecnología digital permitió supervisar en tiempo real el suministro de vacunas en todo el país⁵⁴. Si bien muchas personas sufrieron aislamiento social y otros perjuicios para la salud mental durante el aislamiento impuesto para prevenir la transmisión de la COVID-19, a pesar de las preocupaciones mencionadas anteriormente, la salud digital ofrece importantes oportunidades positivas para hacer frente y superar activamente las desigualdades sociales empoderando a las mujeres y los grupos marginados y atendiendo sus necesidades reales. La Relatora Especial se suma a la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) para animar a los Estados a iniciar investigaciones “sobre los efectos y la regulación de los posibles daños de los sistemas de [inteligencia artificial] para la salud mental, tales como un aumento de la depresión, la ansiedad, el aislamiento social, el desarrollo de adicciones, el tráfico, la radicalización y la información errónea, entre otros”⁵⁵. Cada vez hay más estudios que demuestran que la salud móvil puede ampliar la cobertura de los servicios sanitarios, ayudando a los grupos que tienen dificultades para acceder al sistema de salud oficial, entre otras cosas, ofreciendo información relacionada con la salud sexual y reproductiva a través de mensajes de texto, fomentando la confianza y las relaciones con los profesionales sanitarios, documentando las violaciones de derechos y estableciendo redes de apoyo mutuo entre pares⁵⁶.

29. Como señala la Relatora Especial, la brecha digital mundial es un reflejo de las desigualdades socioeconómicas más amplias: las brechas que existen entre los países y dentro de ellos, entre hombres y mujeres, entre generaciones, entre grupos sociales y entre personas con diferentes niveles de acceso a la educación⁵⁷. Además de los mencionados anteriormente, otros grupos específicos que pueden carecer de acceso a teléfonos inteligentes, wifi o saldo de prepago, son las personas que viven en zonas rurales, las personas con discapacidad visual, las personas de edad y las minorías étnicas⁵⁸.

⁵⁰ Véase Claudia Pagliari, “Digital health and primary care: past, pandemic and prospects”, *Journal of Global Health*, vol. 11, núm. 01005 (2021).

⁵¹ Véase la comunicación del Instituto Alan Turing.

⁵² Véase la comunicación de la Red sobre Cuestiones Jurídicas y Éticas relacionadas con el VIH y el Sida de Kenya.

⁵³ Véanse, entre otras, las comunicaciones de Armenia, Australia, Brunei Darussalam, Malasia, Mauricio, México, Polonia, Suiza, la Fundación RASA, el Centro de Derechos Reproductivos, el Instituto Alan Turing, el Centre for Health Equity, Law and Policy y la clínica jurídica Aix Global Justice.

⁵⁴ Véanse las comunicaciones del Centre for Health Equity, Law and Policy y del PNUD.

⁵⁵ Véase la Recomendación de la UNESCO sobre la Ética de la Inteligencia Artificial, que puede consultarse en <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000380455>.

⁵⁶ Véase A/76/172.

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ Véanse Louise Moody y otros, “Identifying individual enablers and barriers to the use of digital technology for the self-management of long-term conditions by older adults”, *Journal of Medical Engineering & Technology*, vol. 46, núm. 6 (2022) y las comunicaciones de Polonia, la Coalición Dinámica del Foro para la Gobernanza de Internet sobre Tecnologías de la Salud Impulsadas por datos, la clínica jurídica Aix Global Justice y la Global Network of People Living with HIV.

B. Contribución de la innovación y las tecnologías digitales al fomento de la accesibilidad de establecimientos, bienes y servicios de salud

30. La accesibilidad debe valorarse en el marco de las cuatro dimensiones de no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y accesibilidad de la información.

No discriminación

31. La telemedicina y otras formas digitales de atención de la salud pueden mejorar la accesibilidad de los establecimientos, bienes y servicios sanitarios, especialmente para las personas con discapacidad o movilidad reducida y otros grupos a los que es difícil llegar⁵⁹. Se puso en conocimiento de la Relatora Especial que, al conectarse a servicios para los que es necesaria la presentación de un documento nacional de identidad, la salud digital puede excluir a ciertos grupos de población, formados por personas pobres y desfavorecidas, mujeres, personas mayores, miembros de determinados grupos ocupacionales, personas con discapacidad y personas cuyo nombre y sexo no se reflejan adecuadamente en el sistema nacional de identidad⁶⁰. También se informó a la Relatora Especial de que adultos jóvenes de Ghana, Kenya y Viet Nam que afirmaban haber sufrido discriminación en el pasado en el sector de la salud, por ejemplo, en clínicas, debido a su edad, su actividad sexual en la adolescencia o su orientación sexual, afirmaban que su capacidad para acceder a información y servicios sanitarios en línea de forma anónima les había ayudado a hacer efectivo su derecho a la salud⁶¹. El Ministerio de Sanidad del Brasil informa de que ha utilizado tecnologías digitales en iniciativas terapéuticas para personas con discapacidad⁶².

32. El Gobierno de Australia ha indicado que los servicios digitales de salud mental han aumentado la accesibilidad y reducido particularmente las barreras para la atención de la salud mental. Asimismo, ha añadido que proporciona apoyo específico en salud mental a través de tecnologías digitales para jóvenes, jóvenes aborígenes e isleños del estrecho de Torres, y personas con necesidades importantes de salud mental⁶³. Según un trabajo de investigación, los jóvenes valoran las “familias virtuales” y los “espacios seguros” ante los problemas de salud mental como, por ejemplo, los derivados de la pandemia de COVID-19⁶⁴.

33. El derecho a la salud engloba el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Al basarse en las tecnologías digitales como sistema o estrategia principal, el sector de la salud puede obstaculizar involuntariamente el acceso a la información y los servicios sanitarios debido a las desigualdades sistémicas existentes, en particular al repercutir negativamente en las mujeres y las poblaciones a las que tradicionalmente es difícil llegar, como las de mayor edad, las que carecen de acceso a una educación avanzada o las que residen en zonas rurales⁶⁵. La investigación ha demostrado que la digitalización de los servicios de salud mental crea problemas a los estudiantes que no pueden acceder a la tecnología digital, ya que carecen de espacios seguros en los que poder conectarse a los servicios digitales de salud mental⁶⁶.

34. Para muchas personas mayores, el auge de las tecnologías digitales y las identidades digitales para promover la inclusión social en la esfera de la salud crea barreras de acceso a la asistencia, bien porque no tienen acceso a teléfonos inteligentes, bien por la falta de alfabetización digital o por las dificultades de visualización y navegación en las plataformas

⁵⁹ Véanse las comunicaciones del Ecuador y Polonia.

⁶⁰ Véase la comunicación de Privacy International.

⁶¹ Véase Digital Health and Rights Project Consortium, “Digital health and human rights of young adults in Ghana, Kenya, and Vietnam: final project report” (noviembre de 2022).

⁶² Véase la comunicación del Brasil.

⁶³ Véase la comunicación de Australia.

⁶⁴ Véase Digital Health and Rights Project Consortium, “Digital health and human rights of young adults in Ghana, Kenya, and Vietnam”.

⁶⁵ Véanse las comunicaciones de Armenia, Australia, el Ecuador y el Instituto Alan Turing. Véase también OMS, *Equity within Digital Health within the WHO European Region: a Scoping Review* (2022).

⁶⁶ Investigación llevada a cabo por el Instituto Alan Turing.

en línea⁶⁷. Entre los obstáculos a la inclusión digital de las personas mayores, se encuentran la escasa alfabetización digital y las diferencias de conectividad, así como las desiguales relaciones de poder en los hogares, que pueden denegar a las personas mayores el acceso a los dispositivos digitales, y también las deficiencias auditivas, visuales y cognitivas y los trastornos mentales, como la demencia. Toda toma de decisiones que se base en ese tipo de datos puede pasar por alto a los miembros más vulnerables de un grupo de edad. Existe el riesgo, además, de que los algoritmos reproduzcan la incompreensión subyacente acerca del envejecimiento y el sesgo humano con respecto a las personas de edad⁶⁸. Por otro lado, puede ser que suceda todo lo contrario en los adultos mayores que experimentan deterioro cognitivo, para quienes el entorno en línea puede suponer una nueva fuente de estimulación cognitiva positiva⁶⁹.

35. Las tecnologías digitales ofrecen importantes oportunidades para llegar a los niños en situaciones desfavorecidas o vulnerables, o en comunidades remotas, y les brindan múltiples posibilidades de mejorar su salud y bienestar⁷⁰. No obstante, las grandes oportunidades que ofrece la era digital van acompañadas de una serie de riesgos y daños para los niños. Por ejemplo, las tecnologías digitales habrían aumentado la magnitud de los abusos y la explotación sexual infantil⁷¹. En la actualidad, cada vez son más las actividades infantiles que se desarrollan en línea, una transición que se aceleró durante la pandemia de COVID-19⁷². Si bien los niños se ven especialmente afectados por el auge de las tecnologías digitales, la participación de niños y jóvenes en la gobernanza de las transformaciones digitales y la salud es escasa o incluso nula⁷³. La UNESCO recomienda a los Estados miembros que garanticen que “el desarrollo y el despliegue de los sistemas de inteligencia artificial relacionados con la salud [...] —prestando la debida atención a los niños y los jóvenes— estén regulados, de modo que esos sistemas sean seguros, eficaces, eficientes y probados desde el punto de vista científico y médico y faciliten la innovación y el progreso médico con base empírica”⁷⁴.

36. La Relatora Especial observa con continua preocupación la “brecha digital de género”, esto es, la diferencia medible entre las mujeres y los hombres en cuanto al acceso a las tecnologías de la información y las comunicaciones, su utilización y la capacidad de influir en esas tecnologías, contribuir a ellas y aprovecharlas⁷⁵. Las tasas de alfabetización digital de mujeres y niñas son inferiores a las de sus homólogos masculinos debido a los prejuicios sociales contra las mujeres en la tecnología y a la falta de acceso a educación avanzada⁷⁶. Así, las mujeres son menos propensas que los hombres a utilizar Internet para descargar programas o participar en actividades en línea⁷⁷. También es menos probable que tengan un empleo relacionado con la tecnología debido, entre otros factores, a la brecha salarial por razón de género, a la persistencia de prejuicios sexistas y a la falta de modelos femeninos en puestos de responsabilidad⁷⁸. Todos estos factores crean profundas desigualdades entre los géneros en la transformación digital.

⁶⁷ Véase Centro de Derechos Humanos y Justicia Mundial, Initiative for Social and Economic Rights y Unwanted Witness, *Chased Away and Left to Die: How a National Security Approach to Uganda’s National Digital ID has Led to Wholesale Exclusion of Women and Older Persons* (junio de 2021).

⁶⁸ Véase [A/HRC/45/14](#).

⁶⁹ Véase Joseph Firth y otros, “The ‘online brain’: how the Internet may be changing our cognition”, *World Psychiatry*, vol. 18, núm. 2 (junio de 2019).

⁷⁰ Véase la observación general núm. 25 (2021) del Comité de los Derechos del Niño, párrs. 93 y 98. Véase también la comunicación de Enhancing Children’s Lives.

⁷¹ “Growing up in a digital world: benefits and risks”, *The Lancet Child & Adolescent Health*, vol. 2, núm. 2 (febrero de 2018).

⁷² Louise Holly, “Health in the digital age: where do children’s rights fit in?”, *Health and Human Rights*, vol. 22, núm. 2 (diciembre de 2020).

⁷³ Véase la comunicación del PNUD.

⁷⁴ UNESCO, Recomendación sobre la Ética de la Inteligencia Artificial.

⁷⁵ Véase [A/HRC/35/9](#).

⁷⁶ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, *Bridging the Digital Gender Divide, Include, Upskill, Innovate* (2018).

⁷⁷ GSMA, “Connected women, the mobile gender gap report 2020”.

⁷⁸ Ipsos, “Women in tech survey” (febrero de 2022).

Accesibilidad física

37. La innovación y las tecnologías digitales tienen un gran potencial de aplicación en mayor escala. No obstante, la Relatora Especial advierte de que su adopción no debe conllevar una desinversión en instalaciones y servicios médicos ni en los determinantes básicos de la salud, tampoco en zonas rurales. La accesibilidad va más allá de adecuar el acceso a los edificios para las personas con discapacidad y ha de analizarse con más detalle. Las herramientas digitales pueden ayudar a los servicios sanitarios a llevar a cabo sondeos dirigidos a la población a la que atienden, a fin de conocer los tipos de deficiencias y las necesidades de las personas que requieren ajustes razonables y herramientas audiovisuales y de asistencia a la movilidad.

Accesibilidad económica

38. Las tecnologías digitales, como los teléfonos móviles, han hecho posible que las personas puedan recibir asistencia a distancia, con lo que se han eliminado las barreras geográficas a los servicios sanitarios⁷⁹. En lo relativo a la asequibilidad, la telemedicina y otros tipos de asistencia sanitaria a distancia pueden ser menos onerosos que la asistencia presencial y pueden reducir los costos directos e indirectos de las visitas a la clínica, los desplazamientos o el tiempo no remunerado de ausencia laboral⁸⁰. La Relatora Especial lamenta que, según la información disponible, el hecho de ocupar una posición económica inferior hace que las mujeres tengan menos acceso a equipos informáticos, como teléfonos inteligentes o saldo de prepago: por ejemplo, en las cifras de personas que acceden a Internet a través del teléfono móvil, los hombres superan a las mujeres en 300 millones⁸¹.

Accesibilidad de la información

39. Los jóvenes, en particular, están muy interesados en las tecnologías digitales, que permiten superar algunos de los prejuicios presentes en las formas tradicionales de acceder a la asistencia sanitaria y la información. La tecnología digital puede dar a los jóvenes acceso anónimo a información sobre el VIH y la salud sexual y reproductiva⁸².

40. La Relatora Especial subraya que la accesibilidad de la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad, especialmente cuando se criminalice un estado de salud, o en el caso de los migrantes, los adolescentes y quienes puedan ser discriminados por su orientación sexual o identidad de género, reales o atribuidas. Se puso en conocimiento de la Relatora Especial que, en algunas ocasiones, compartir datos confidenciales puede resultar problemático y potencialmente peligroso en contextos específicos en los que determinadas orientaciones sexuales o la práctica de ciertos procedimientos sanitarios están penalizados, o cuando el estado de salud de una persona pueda conllevar su estigmatización⁸³. En relación con esto último, se informó a la Relatora Especial de que la vinculación del tratamiento para el VIH/sida a un sistema de identificación biométrica había disuadido a algunas personas de tratar de obtener tratamiento⁸⁴.

41. En el contexto de la pandemia de COVID-19, algunos Estados y actores privados han seguido difundiendo afirmaciones no contrastadas sobre los orígenes del virus causante de la COVID-19, negando la propagación de la enfermedad o proporcionando información falaz sobre las tasas de contagio, las cifras de letalidad, las vacunaciones y el tratamiento⁸⁵. La información engañosa relacionada con el aborto también aumenta a medida que las

⁷⁹ OMS, *Recommendations on Digital Interventions for Health System Strengthening* (2019).

⁸⁰ Véanse Claudia Pagliari, "Digital health and primary care: past, pandemic and prospects", *Journal of Global Health*, y las comunicaciones de Australia y México.

⁸¹ Véase GSMA, "Connected women, the mobile gender gap report 2020".

⁸² Véase la comunicación de la Global Network of People Living with HIV.

⁸³ Véanse las comunicaciones de la Asociación Sueca para la Educación Sexual (RFSU), la Fundación RASA y Frontline AIDS.

⁸⁴ Véase la comunicación de Privacy International.

⁸⁵ Véase [A/HRC/47/25](#) y, entre otras, las comunicaciones de Chipre, Suiza y el PNUD.

organizaciones antiabortistas propagan falsedades en Internet⁸⁶. Para proteger el derecho a la salud y el acceso a la información, los Gobiernos pueden llevar a cabo actividades educativas y campañas de información prolongadas a través de plataformas digitales⁸⁷.

C. Las tecnologías digitales y la aceptabilidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud

42. La Relatora Especial se hace eco de los numerosos jóvenes que han pedido que la salud digital responda a las necesidades de la juventud, incluidas las de los jóvenes que viven con el VIH, los que consumen drogas, los trabajadores sexuales, las personas con discapacidad y las personas LGBTIQ+⁸⁸.

43. Para las personas que hablan una lengua distinta de la lengua nacional oficial (o dominante), la traducción de la información en línea y de los servicios de telemedicina a diversas lenguas puede eliminar las barreras geográficas, culturales y lingüísticas a la atención sanitaria⁸⁹. En Ghana, una organización no gubernamental (ONG) informó de que proporcionaba información sobre salud sexual y reproductiva en nueve idiomas nacionales a través de un teléfono de asistencia gratuito, una iniciativa que se desarrolló a partir de consultas con jóvenes adultos locales⁹⁰.

44. Para corregir las desigualdades y las formas de discriminación que pueden perpetuarse en el diseño y la aplicación de las herramientas de salud digital, debido a la falta de diversidad de géneros, razas y culturas en los sectores de la innovación y la tecnología, algunos expertos abogan por una “justicia de diseño”, en la que la tecnología se diseña mediante procesos diversos e inclusivos para atender las necesidades locales diversas⁹¹.

D. Las tecnologías digitales y la calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud

45. La innovación y las nuevas tecnologías digitales han crecido a una velocidad sin precedentes, lo que ha puesto de relieve la rapidez con la que pueden hacer que mejore la calidad de los servicios sanitarios, permitiendo a algunos países saltar etapas de desarrollo tecnológico. Para aplicarlas en el sector de la salud es preciso analizar si es necesario disponer de unos principios rectores para velar por que la adopción de innovaciones y tecnologías digitales de calidad no menoscabe los derechos humanos.

46. Las nuevas tecnologías pueden mejorar la calidad de muchos servicios esenciales para hacer efectivos los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos, incluido el derecho a la salud⁹². Las herramientas de salud digital también pueden automatizar la identificación de casos basada en los síntomas, lo que aceleraría la notificación a las bases de datos de salud pública y constituiría un complemento para la notificación clínica y de laboratorio, revolucionando la forma en que los sistemas de salud pública detectan los brotes de enfermedades infecciosas y les hacen frente⁹³. Como señala la OMS, el aumento del uso de la inteligencia artificial podría traer consigo la prestación de servicios sanitarios en contextos no regulados y por proveedores no regulados, lo que complicaría la supervisión pública de la asistencia sanitaria⁹⁴. A este respecto, la Relatora Especial pide que las herramientas de codificación e inteligencia artificial utilizadas con fines de diagnóstico,

⁸⁶ Véase la comunicación de Women’s Link Worldwide: Claire Provost y Nandini Archer, “Exclusive: Trump-linked religious ‘extremists’ target women with disinformation worldwide”, OpenDemocracy, 10 de febrero de 2020.

⁸⁷ Véanse las comunicaciones de Australia y Avert.

⁸⁸ Véase la comunicación de la Global Network of People Living with HIV.

⁸⁹ OMS, *Recommendations on Digital Interventions for Health System Strengthening*.

⁹⁰ Véase <https://savsign.org/she-helpline/>.

⁹¹ Sasha Costanza-Chock, *Design Justice: Community-led Practices to Build the Worlds We Need*, (Cambridge, Massachusetts, MIT Press, 2020).

⁹² Véase A/HRC/43/29.

⁹³ Véase la comunicación de Sharifa Sekalala y Benjamin Mason Meier.

⁹⁴ OMS, *Ethics and Governance of Artificial Intelligence for Health* (2021).

tratamiento, seguimiento, elaboración de informes e información en el ámbito sanitario respeten los principios de no discriminación, en parte para garantizar la calidad.

47. El uso de la inteligencia artificial y el aprendizaje automático ha permitido analizar grandes conjuntos de datos para tareas de predicción, previsión y desarrollo de fármacos y vacunas⁹⁵. La Relatora Especial fue informada de que en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte se han utilizado la inteligencia artificial y el aprendizaje automático en el diagnóstico precoz; así, por ejemplo, se han empleado en redes rurales, con el apoyo del Servicio Nacional de Salud, para reconocer los signos del cáncer⁹⁶. Los dispositivos ponibles y los sistemas de vigilancia doméstica han hecho posible que las personas reciban ayuda en caso de emergencia⁹⁷. En su comunicación, el Gobierno de Armenia indicó que su sistema electrónico de información sanitaria, en funcionamiento desde 2017, ha permitido consolidar los datos sanitarios de los pacientes, lo que ha conllevado la mejora de la atención médica, la transparencia del rendimiento del sistema de atención de la salud y un alto nivel de satisfacción de los pacientes.

48. Sin embargo, a pesar del justificado optimismo sobre el potencial de las herramientas digitales, en la práctica su aplicación a los establecimientos, bienes y servicios de salud no es uniforme y la calidad no siempre está garantizada.

49. El contacto humano puede ser importante para la atención primaria⁹⁸. Sigue siendo motivo de preocupación que la prestación digital de servicios de salud mental haya resultado ser una forma de asistencia sanitaria inferior a las consultas en persona⁹⁹.

50. En el contexto de la pandemia de COVID-19, el rastreo digital de contactos puso de manifiesto las interrelaciones existentes entre la falta de datos objetivos de calidad, las preocupaciones relacionadas con el derecho a la privacidad, la precisión y el valor de la detección precoz de las enfermedades y la necesidad de confianza pública.

51. A pesar del fomento generalizado del uso de métodos digitales de rastreo de contactos para rastrear los contagios al inicio de la pandemia de COVID-19 en 2020, se carecía de datos empíricos que respaldaran la eficacia de estas nuevas herramientas antes de que se aplicaran de manera generalizada. Ante la ausencia de datos empíricos, las autoridades sanitarias se basaron en modelos matemáticos para predecir la eficacia de las herramientas. Dos años después, los resultados de los estudios publicados son dispares: algunos concluyen que el rastreo digitalizado de contactos puede contribuir a impedir el avance de los brotes epidémicos, mientras que otros llegan a la conclusión de que no hay pruebas de la eficacia de estos sistemas¹⁰⁰.

IV. La innovación y las tecnologías digitales y el derecho a la salud sexual y reproductiva

52. En lo que respecta a los derechos en materia de salud sexual y reproductiva, la innovación y las tecnologías digitales ofrecen importantes oportunidades positivas para enfrentar activamente las desigualdades sociales y superarlas empoderando a las mujeres y grupos marginados a fin de atender mejor sus necesidades de salud sexual y reproductiva.

53. El uso de tecnologías digitales ha permitido ampliar los servicios de salud sexual y reproductiva y lograr que lleguen a zonas más remotas y comunidades subatendidas,

⁹⁵ Nina Sun y otros, "Human rights and digital health technologies", *Health and Human Rights*, vol. 22 núm. 2 (diciembre de 2020).

⁹⁶ Véase la comunicación del Instituto Alan Turing.

⁹⁷ Comunicación de la clínica jurídica Aix Global Justice.

⁹⁸ Véase Claudia Pagliari, "Digital health and primary care: past, pandemic and prospects", *Journal of Global Health*.

⁹⁹ Véase Christopher Burr y Rosamund Powell, "Trustworthy assurance of digital mental healthcare", Instituto Alan Turing (noviembre de 2022).

¹⁰⁰ Véase Ahmad Nabeel y otros, "Digital contact tracing applications against COVID-19: a systematic review", *Medical Principles and Practice*, vol. 31, núm. 5 (2022); e Isobel Braithwaite y otros, "Automated and partly automated contact tracing: a systematic review to inform the control of COVID-19", *The Lancet Digital Health*, vol. 2, núm. 11 (2020).

especialmente durante la pandemia de COVID-19¹⁰¹. La prestación de servicios de salud sexual y reproductiva a través de tecnologías digitales puede ayudar también a superar el estigma y los tabúes a los que se enfrentan tanto los pacientes como los profesionales sanitarios¹⁰².

54. Las plataformas digitales de comunicación han permitido ampliar el acceso al aborto farmacológico a través de la telemedicina y la autogestión del aborto, dos métodos de interrupción del embarazo recomendados por la OMS¹⁰³. La expansión del uso de la telemedicina para abortar se aceleró debido a la pandemia: en respuesta a esta tendencia, varios Gobiernos levantaron restricciones innecesarias al aborto a través de la telemedicina¹⁰⁴. Además, cada vez son más las redes, grupos y personas que utilizan las redes sociales y otras plataformas web, aplicaciones de telefonía móvil y otras fuentes digitales para proporcionar información y apoyo a las personas que desean autogestionar su aborto¹⁰⁵. De este modo, los grupos informales y las ONG llenan el vacío dejado por los Estados en la prestación de servicios de interrupción del embarazo. Para las embarazadas que viven en lugares donde existen muchas restricciones para abortar, las plataformas digitales pueden ser una de las únicas fuentes de información y apoyo sobre el aborto farmacológico¹⁰⁶.

55. El uso de la tecnología digital para la salud sexual y reproductiva conlleva riesgos, particularmente en lo que respecta a la vigilancia por parte de agentes estatales y no estatales en el contexto de servicios de salud que estén tipificados como delito, como el aborto. Cuando las personas que quieren abortar y las que las ayudan corren el riesgo de ser detenidas o procesadas, las comunicaciones electrónicas sobre el aborto y los datos de localización y búsqueda de las aplicaciones móviles pueden utilizarse como pruebas contra las personas acusadas de haber abortado, practicado un aborto o ayudado a interrumpir un embarazo¹⁰⁷. La Relatora Especial reconoce que algunos medios sociales utilizan la categorización como método de control de acceso, por ejemplo, etiquetando la información relativa al aborto como material explícito.

56. La recogida intrusiva de datos, como la recopilación de información sobre el ciclo menstrual, el seguimiento de tendencias en la compra de pruebas de embarazo y la monitorización de la fertilidad, puede hacerse sin el consentimiento de las personas afectadas, y el intercambio de ese tipo de datos personales por parte de personas con ánimo de lucro, sin que se haya obtenido el consentimiento para ello, expone a las personas a sufrir acoso, intimidación y violencia, por ejemplo, en el caso de quienes solicitan un aborto en países con muchas restricciones o en zonas donde se aplican leyes hostiles con el aborto. Emplear la minería de datos para extraer información sobre embarazos constituye una invasión del derecho a la privacidad de las mujeres y las niñas y puede disuadirlas de buscar asistencia médica. Además, tecnologías como Google Street View pueden afectar al uso de los servicios de salud por parte de las mujeres por miedo a ser identificadas como usuarias de determinados servicios sanitarios¹⁰⁸.

57. La vigilancia molecular del VIH plantea importantes cuestiones de derechos humanos relacionadas con la autonomía corporal, la ética médica, la privacidad y la participación que contempla una opción de exclusión voluntaria sin afectar al acceso de la persona al tratamiento. La propiedad privada de datos médicos de carácter personal, en un entorno caracterizado por la escasa privacidad de los datos y con una supervisión limitada, intensifica la preocupación por el uso que se les puede dar a esos datos genómicos en el ámbito policial y de mantenimiento del orden, criminaliza aún más a determinados grupos de personas, como

¹⁰¹ Véase la comunicación presentada por el Centro de Derechos Reproductivos.

¹⁰² Véase la comunicación presentada por Ipas Latinoamérica y el Caribe.

¹⁰³ Véase OMS, *Directrices sobre la atención para el aborto*.

¹⁰⁴ Patty Skuster, Jina Dhillon y Jessica Li, “Easing of regulatory barriers to telemedicine abortion in response to COVID-19”, *Frontiers in Global Women’s Health*, vol. 2 (noviembre de 2021) y Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), “Telemedicine: unleashing its potential”, puede consultarse en <https://www.figo.org/telemedicine-unleashing-its-potential>.

¹⁰⁵ Lucía Berro Pizzarossa y Rishita Nandagiri, “Self-managed abortion: a constellation of actions, a cacophony of laws?”, *Sexual and Reproductive Health Matters*, vol. 29, núm. 1 (2021).

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ *Ibid.* Véase la comunicación presentada por el Centro de Derechos Reproductivos.

¹⁰⁸ Véase A/HRC/40/63.

a los enfermos de VIH, las poblaciones migrantes y las comunidades LGBTIQ+, y contribuye a aumentar la estigmatización tanto en Internet como en medios no electrónicos.

V. Innovación digital, tecnologías y privacidad

58. Al aumentar considerablemente la cantidad y la calidad de los datos recopilados a través de plataformas y tecnologías digitales, la transformación digital ofrece nuevas posibilidades de utilizar datos sobre salud, incluidos los macrodatos, para promover la efectividad del derecho a la salud. En un estudio llevado a cabo por un antiguo Relator Especial sobre el derecho a la salud se llega a la conclusión de que, en entornos con recursos suficientes, los macrodatos podrían mejorar los mecanismos de rendición de cuentas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) al permitir centrarse sistemáticamente en las poblaciones que se están quedando atrás con respecto a todas las metas de los ODS¹⁰⁹. Con mejores datos sobre salud se puede mejorar la asignación de recursos, además de la coordinación y la rendición de cuentas para la realización progresiva del derecho a la salud.

59. Al mismo tiempo, el auge de la innovación y las tecnologías de salud digital plantea unos riesgos sin precedentes para el derecho a no sufrir injerencias arbitrarias o ilegales en la vida privada¹¹⁰. Esos riesgos se derivan de la recopilación, el intercambio, el almacenamiento, el uso y el tratamiento de datos personales sobre salud que pueden utilizarse, en particular, para orientar la formación y mejorar los sistemas de inteligencia artificial¹¹¹. El papel de los actores privados también implica riesgos para la privacidad, puesto que la proliferación de datos personales sobre salud conlleva el riesgo de que se vulneren los sistemas de seguridad a través de programas maliciosos y piratas informáticos, además del riesgo de que se vendan datos personales a terceros para usos que no cuenten con el consentimiento previo de las personas afectadas¹¹². Según las informaciones recibidas, en el diseño y la aplicación de las tecnologías de salud digital suelen no tenerse en cuenta consideraciones relativas a los derechos humanos y la privacidad¹¹³. Los Estados tienen el deber de regular la recopilación y el almacenamiento de información personal e impedir su divulgación o uso sin autorización, y las personas tienen derecho a saber qué datos personales se almacenan en las bases de datos y con qué fin¹¹⁴.

60. Las personas pueden no tener la oportunidad de dar su pleno consentimiento a la forma en que se utilizan y comparten sus datos personales de salud¹¹⁵. Un estudio sobre aplicaciones de salud móvil puso de manifiesto que, incluso cuando los usuarios particulares optaban por no compartir sus datos, el tratamiento real de los datos de los usuarios por parte de esas aplicaciones podía no respetar esa elección y, de hecho, la opción de no compartir los datos no siempre era posible¹¹⁶.

61. Esta cuestión es especialmente preocupante cuando se filtra información como la identidad de género, la sexualidad, la ubicación o el estado serológico respecto al VIH¹¹⁷. Se

¹⁰⁹ Carmel Williams y otros, "Using big data to demonstrate indivisibility of rights and promote cross-sectoral responses to the Sustainable Development Goals", *Journal of Human Rights Practice*, vol. 11, núm. 1 (2019).

¹¹⁰ Véanse el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de Sus Familiares, art. 14. Véanse también las comunicaciones del PNUD y de Sharifah Sekalala y Benjamin Mason Meier.

¹¹¹ Véase [A/HRC/48/31](#).

¹¹² Nina Sun y otros, "Human rights and digital health technologies". Véanse también las comunicaciones de la Red sobre Cuestiones Jurídicas y Éticas relacionadas con el VIH y el Sida de Kenya y de la clínica jurídica Aix Global Justice.

¹¹³ Véase la comunicación de Privacy International.

¹¹⁴ Véase Comité de Derechos Humanos, observación general núm. 16 (1988).

¹¹⁵ Véase la comunicación de la Global Network of People Living with HIV.

¹¹⁶ Adi Kuntsman, Esperanza Miyake y Sam Martin, "Re-thinking digital health: data, appisation and the (im)possibility of 'opting out'", *Digital Health*, vol. 5 (2019).

¹¹⁷ Véase la comunicación de Frontline AIDS.

señaló a la atención de la Relatora Especial la importancia de proteger con celo la privacidad en la salud digital, en particular para atender las necesidades de las poblaciones clave¹¹⁸.

62. Una protección insuficiente de los datos digitales sobre salud puede dejar a los grupos marginados expuestos a la criminalización, la estigmatización, la discriminación y la violencia. En determinadas circunstancias, y en función del marco jurídico vigente, las empresas e incluso los organismos del sector público pueden verse obligados por las fuerzas del orden o por los tribunales a entregar datos personales para su uso en investigaciones penales, sin garantías suficientes¹¹⁹. Son las comunidades raciales y étnicas pobres y minoritarias las que acaban, de manera desproporcionada, siendo objeto de estas prácticas y sometidas a vigilancia, una tendencia que podría agravarse en casos en que se criminaliza el estado de salud. Ello hace que estén desproporcionadamente representadas en los sistemas de justicia penal de los Estados y que a menudo se enfrenten a penas más severas como resultado del perfilado racial y el exceso de control policial en comparación con las comunidades más prósperas¹²⁰.

63. Según denuncian algunas ONG, se han dado casos de personas y agentes del Estado que han utilizado aplicaciones de redes para criminalizar, sobornar, chantajear o agredir físicamente a personas LGBTIQ+¹²¹. La Relatora Especial considera que estos métodos constituyen una violación de derechos facilitada por la tecnología.

VI. Buenas prácticas

A. Gobernanza mundial, regional y nacional de la salud digital

64. Actualmente se están poniendo en práctica una serie de iniciativas a escala mundial y nacional para reforzar la gobernanza de la salud digital. La *Estrategia Mundial sobre Salud Digital 2020-2025* de la OMS anima a los Estados a desarrollar estrategias nacionales de salud digital que tengan en cuenta los desafíos planteados. La OMS y el PNUD, respectivamente, han promulgado unos principios éticos para el uso de la inteligencia artificial en la salud y unos principios basados en los derechos para el uso de las tecnologías digitales en los programas de VIH y salud¹²².

65. En su informe, la Comisión de *The Lancet* y el *Financial Times* sobre cómo gobernar el futuro de la salud esbozó un análisis inicial de la convergencia entre la salud digital, la inteligencia artificial y la cobertura sanitaria universal, centrándose en mejorar y salvaguardar la salud y el bienestar de los niños y los jóvenes abordando las desigualdades de la brecha digital y garantizando la protección de los datos y de los niños, la seguridad digital y un enfoque de la salud digital basado en los derechos humanos¹²³.

66. Se espera que los Estados Miembros de las Naciones Unidas acuerden un pacto digital en la Cumbre del Futuro de 2024, cuyo objetivo es unir a los Estados y a otros actores para esbozar los principios compartidos para alcanzar un futuro digital abierto, libre y seguro para todos. Se seguirán elaborando nuevas orientaciones mundiales; por ejemplo, la coalición

¹¹⁸ Comisión Mundial sobre el VIH y la Legislación, “Risks, rights and health. Supplement” (julio de 2018).

¹¹⁹ Comunicación de Privacy International.

¹²⁰ Véase la comunicación presentada por el Centro de Derechos Reproductivos. Véanse también, por ejemplo, A/HRC/51/37, párrs. 37 a 39 y 63, el informe del Comisario para los Derechos Humanos del Consejo de Europa tras su visita a Francia del 22 al 26 de septiembre de 2014 (febrero de 2015) y <https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/afrophobia-europe-should-confront-this-legacy-of-colonialism-and-the-slave-trade>.

¹²¹ Comunicación de Frontline AIDS.

¹²² Véase OMS, *Ethics and Governance of Artificial Intelligence for Health* y PNUD, “Guidance on the rights-based and ethical use of digital technologies in HIV and health programmes” (2021).

¹²³ Véase Brian Li Han Wong y otros, “Growing up in a digital world 2030. Youth statement + call to action” (octubre de 2021).

Transform Health lidera una campaña mundial de presión para que la Asamblea Mundial de la Salud aborde la gobernanza de los datos de salud¹²⁴.

67. Los organismos regionales son cada vez más activos promocionando la salvaguardia de los derechos humanos en relación con las tecnologías digitales, la salud y el desarrollo. La primera norma intergubernamental sobre inteligencia artificial fue adoptada por los 36 Estados miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) e incluye principios basados en los derechos humanos¹²⁵.

68. La Unión Europea ha propuesto una ley sobre inteligencia artificial para garantizar que el uso de sistemas de inteligencia artificial sea seguro y respete las leyes vigentes, también en materia de derechos humanos.

69. La Unión Europea ha formulado una propuesta de ley de servicios digitales para abordar los daños, incluida la ciberviolencia, la información engañosa y la desinformación, en los medios sociales. Entre las directivas más completas sobre la protección de datos personales, se encuentra el reglamento general de protección de datos de la Unión Europea¹²⁶, que entró en vigor en mayo de 2018 para armonizar y unificar la regulación jurídica en toda la Unión Europea. El reglamento incluye normas destinadas a dar a los ciudadanos de la Unión Europea un mayor control sobre sus datos personales y establece reglas para la protección y el tratamiento de los datos personales¹²⁷.

70. A nivel nacional, los Estados han adoptado medidas para regular la inteligencia artificial. Por ejemplo, la OMS ha indicado que el Japón ha publicado varias directrices sobre inteligencia artificial, en particular en materia de investigación y desarrollo y utilización¹²⁸. El Gobierno de Australia informó a la Relatora Especial de que Australia había sido uno de los primeros países en elaborar y publicar unos principios éticos sobre inteligencia artificial para afianzar el compromiso internacional del país con los principios de la OCDE en la materia¹²⁹. El Gobierno de Israel indicó que su Ministerio de Sanidad estaba esbozando un esquema normativo y redactando debidamente las directrices¹³⁰.

71. Más de 150 países de todo el mundo han adoptado leyes amplias de protección de datos para proteger a las personas y sus datos¹³¹. La Relatora Especial fue informada de que 25 países de África Subsahariana habían desarrollado legislación integral en materia de protección de datos de carácter personal¹³². Sin embargo, cuando existen marcos reguladores para las tecnologías digitales, es necesario disponer de los recursos adecuados para su aplicación y ha de llevarse a cabo una labor de educación pública para garantizar que la población esté informada sobre sus derechos en materia de datos¹³³.

72. Varios países han designado organismos independientes de supervisión de la privacidad de los datos de salud para contrarrestar la complejidad y opacidad crecientes del entorno mundial de datos, incluidas sus enormes asimetrías de información¹³⁴. Por ejemplo,

¹²⁴ Transform Health, “Growing demand for action on health data governance: will the World Health Assembly respond?”, 19 de septiembre de 2022.

¹²⁵ Instrumentos jurídicos de la OCDE, “Recommendation of the Council on artificial Intelligence” (2022).

¹²⁶ Véase Giorgia Brambilla Pisoni y Mariarosaria Taddeo, “Apropos data sharing: abandon the distrust and embrace the opportunity”, *DNA and Cell Biology*, vol. 41, núm. 1 (enero de 2022).

¹²⁷ Véase Katarzyna Kolasa y otros, “Future of data analytics in the era of the general data protection regulation in Europe”, *Pharmacoeconomics*, vol. 38, núm. 10 (2020).

¹²⁸ Véase OMS, *Ethics and Governance of Artificial Intelligence for Health*.

¹²⁹ Véase la comunicación de Australia.

¹³⁰ Véase la comunicación de Israel.

¹³¹ Véase David Banisar, “National comprehensive data protection laws and bills 2023”. Puede consultarse en https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1951416.

¹³² Véase la comunicación de la Red sobre Cuestiones Jurídicas y Éticas relacionadas con el VIH y el Sida de Kenya.

¹³³ Digital Health and Rights Project Consortium, “Digital health and human rights of young adults in Ghana, Kenya, and Vietnam: final project report”.

¹³⁴ Véase [A/HRC/48/31](#).

un grupo de defensa del paciente revisa las solicitudes de acceso a datos del Servicio Nacional de Salud de Escocia ponderando el interés público y las implicaciones para la privacidad¹³⁵.

73. Los Estados y las empresas deben velar por que se observe de manera general la diligencia debida en materia de derechos humanos cuando se adquieran, desarrollen, implanten y exploten nuevas tecnologías digitales y sistemas de inteligencia artificial, así como antes de que se compartan o utilicen macrodatos¹³⁶. A este respecto, la Relatora Especial coincide con el PNUD en que la evaluación de las tecnologías de la salud es una herramienta importante, un proceso multidisciplinar que evalúa el “valor de la tecnología sanitaria en diferentes puntos de su ciclo de vida”, incluidas sus propiedades, efectos y repercusiones. La evaluación de las tecnologías de la salud tiene por objeto orientar a los encargados de formular políticas e influir en la toma de decisiones en materia de asistencia sanitaria, centrándose en la mejor manera de asignar fondos a programas y tecnologías de salud¹³⁷.

74. Además, los Gobiernos pueden asegurarse de que las personas o grupos conserven la propiedad de sus datos personales de salud. En su presentación, el Gobierno de Suiza indicó que su legislación nacional garantizaba que los datos sanitarios eran propiedad de los pacientes.

75. Los tribunales ya desempeñan un papel importante en la definición de los derechos humanos en la salud digital y seguirán haciéndolo. La cuestión ya ha empezado a ser abordada en varios casos importantes relacionados con la identidad digital. El aumento de ese tipo de casos muestra las lagunas normativas que será necesario corregir.

B. Participación

76. Un enfoque basado en los derechos también debe garantizar la participación significativa de la sociedad civil y de las comunidades en la gobernanza nacional y mundial de la salud digital, incluida la participación de los jóvenes¹³⁸. Es necesario disponer de oportunidades de participación en la gobernanza de la salud digital y se ha de informar a las personas sobre sus derechos humanos en relación con la tecnología digital, entre otras cosas, en materia de privacidad y seguridad, de modo que estén facultadas para participar de manera significativa en el desarrollo de marcos de gobernanza. Deberían adoptarse medidas para mejorar la alfabetización digital de los usuarios y los sujetos de las tecnologías digitales, a fin de aumentar la participación significativa de estos.

77. Los obstáculos relacionados específicamente con los derechos a la salud sexual y reproductiva están interrelacionados y repercuten en los titulares de derechos en la atención clínica, a nivel de los sistemas de salud y en el plano de los determinantes básicos de la salud. La Relatora Especial reitera la importancia de adoptar un enfoque normativo del derecho a la salud, especialmente en este sentido, y en la innovación y la tecnología digitales, a fin de facilitar la transparencia, la rendición de cuentas y el acceso a vías de recurso cuando se vulneren los derechos.

VII. Conclusiones y recomendaciones

78. Es importante adoptar un enfoque integral que englobe a todas las partes interesadas; se debe invertir en mejorar la alfabetización en materia de canalización de datos, sistemas de datos, preservación de datos, herramientas de datos y protección y seguridad de datos. La Relatora Especial coincide con el Secretario General en que debe emprenderse un esfuerzo mundial concertado para fomentar la creación de bienes

¹³⁵ Véase <https://www.informationgovernance.scot.nhs.uk/pbphsc/test-phase-1-pbph-why-does-it-exist/>.

¹³⁶ *Ibid.*

¹³⁷ Véase PNUD, “Guidance on the rights-based and ethical use of digital technologies in HIV and health programmes”.

¹³⁸ Véase Galen E. B. Wright y otros, “Ethical and legal implications of whole genome and whole exome sequencing in African populations”, *BMC Medical Ethics*, vol. 14, (2013). Véase también la comunicación de la Global Network of People Living with HIV.

públicos digitales —programas informáticos de código abierto, datos abiertos, modelos abiertos de inteligencia artificial, estándares abiertos y contenidos abiertos— e invertir en él. Los bienes públicos digitales han de respetar la privacidad y otras leyes y mejores prácticas aplicables, además de no causar ningún daño y contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible¹³⁹.

79. Las empresas tecnológicas, incluidas las de medios sociales, desempeñan un papel fundamental a la hora de hacer posible el derecho a la información, un componente importante del derecho a la salud¹⁴⁰. Deben tenerse en cuenta los marcos de políticas existentes, por ejemplo, la criminalización de determinadas poblaciones y el hecho de que la tecnología y las herramientas innovadoras en materia de salud pueden exponer a ciertos grupos marginados más allá del uso previsto de la herramienta digital o de medios sociales.

80. Lamentablemente, las mujeres y las niñas siguen siendo infantilizadas como consecuencia del control patriarcal, continúan siendo objeto de discriminación y no pueden hacer plenamente efectivos sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. La tecnología y las herramientas digitales pueden ser vías para transmitir información y tomar decisiones informadas sobre la vida de las mujeres y las niñas, especialmente en lo que respecta a sus derechos de salud sexual y reproductiva.

81. Los teléfonos móviles y la conectividad crean espacios virtuales que permiten a las comunidades LGBTIQ+ disponer de más entornos validados en los que pueden llevar a cabo acciones focalizadas. La vigilancia repercute en el grado de aceptación de estas herramientas y servicios. La falta de seguridad afecta a la calidad de los datos disponibles y analizados, y la desconfianza en ellos de estas comunidades las hace invisibles en la esfera digital.

82. Los sesgos reflejados en la codificación y la inteligencia artificial de las herramientas digitales utilizadas en la prestación de asistencia médica son históricos y arrastran sesgos institucionales en la formación médica, el diagnóstico, la atención clínica y el seguimiento de los pacientes. Esos sesgos se trasladan a los conjuntos de datos, y ello puede conllevar la invisibilidad de los datos de grupos de personas marginados por motivos de raza, sexo, clase, situación migratoria, discapacidad, orientación sexual e identidad de género.

83. La innovación y las tecnologías digitales son un activo cuando se utilizan para hacer efectivo el derecho a la salud. No obstante, la realidad es que las experiencias que implican el uso de herramientas digitales e innovación son multidimensionales y presentan aspectos buenos y malos.

84. Los Estados partes en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se comprometen a dedicar el máximo de los recursos disponibles para alcanzar el más alto nivel posible de salud para todos. Gracias a las tecnologías digitales, los Estados pueden emplear recursos de manera más eficaz para hacer efectivo el derecho a la salud. Sin embargo, si bien la adopción de las tecnologías digitales se presenta a menudo como un beneficio neto, la digitalización puede ser costosa, puede absorber fondos de otras prioridades importantes y con frecuencia ha ido acompañada de profundas reducciones en los presupuestos generales de la asistencia social¹⁴¹.

85. Las tecnologías digitales pueden mejorar el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud para aquellas personas que son objeto de discriminación o que por alguna otra razón carecen de acceso a ellos. Sin embargo, el uso de las tecnologías digitales sin suficientes salvaguardias de los derechos humanos también ahonda y exacerba las desigualdades existentes. Los grupos vulnerables que sufren múltiples formas de discriminación y opresión carecen en algunos casos de acceso a la tecnología digital y son criminalizados, estigmatizados y sometidos a la vigilancia del Estado.

¹³⁹ Véase “Informe del Secretario General. Hoja de ruta para la cooperación digital” (junio de 2020).

¹⁴⁰ Véase [A/HRC/47/39/Add.2](#).

¹⁴¹ Véase [A/74/493](#).

86. Antes de adoptar o ampliar el uso de la tecnología digital, es necesario desarrollar un entorno regulador con la participación de los usuarios y los sujetos de las tecnologías digitales. Los entornos reguladores deben maximizar los beneficios de la tecnología digital para todos, abordando al mismo tiempo los riesgos para grupos específicos y garantizando la responsabilidad de los Gobiernos y los actores privados. La gobernanza de la salud digital debe garantizar la transparencia y la explicabilidad para aprovechar los beneficios de la tecnología digital con el fin de promover el derecho a la salud para todos, sin discriminación.

87. El rápido crecimiento de las tecnologías digitales entraña enormes oportunidades y riesgos, por lo que es necesaria una gobernanza actualizada y reforzada para garantizar que los Estados, el sector privado y otros terceros respeten y protejan el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y cumplan sus obligaciones al respecto. Es preciso seguir actuando de manera concertada para avanzar y hacer efectivo el derecho a la salud en la era digital.

88. Para ello será necesario contar con una regulación más rigurosa a escala mundial, regional y nacional, reforzar la protección de los datos sanitarios personales y adoptar enfoques más inclusivos y participativos de la gobernanza de la salud digital a todos los niveles. Para facilitar una participación pública significativa, los Estados, la sociedad civil, las empresas y otros actores relevantes tendrán que invertir y apoyar la alfabetización y la educación digitales, así como los enfoques de derechos humanos para la innovación y las tecnologías digitales.

89. Las herramientas digitales, la innovación sanitaria y la tecnología pueden mejorar el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

90. El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tenga en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevea el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.

91. La Relatora Especial recuerda que la obligación de proteger incluye, entre otras cosas, el deber de los Estados de aprobar legislación o adoptar otras medidas para garantizar la igualdad de acceso a la atención sanitaria y a los servicios relacionados con la salud prestados por terceros. Los Estados deben velar asimismo por que el acceso a la información y los servicios relacionados con la salud no sea limitado por terceros.

92. Los Estados deben proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre la elección de comportamientos de salud adecuados.

93. A la hora de trasladar las iniciativas globales al ámbito nacional, los Estados han de ser proactivos al evaluar la información con base empírica, las innovaciones y las tecnologías en el ámbito de la salud y asegurarse de disponer de marcos reguladores adecuados para proteger el derecho a la salud que tengan en cuenta las prioridades nacionales y locales.

94. La Relatora Especial subraya la necesidad de cumplir plenamente las obligaciones jurídicas internacionales en materia de derechos humanos en lo relativo a la reparación y el acceso a la justicia restaurativa por violaciones de los derechos humanos en el contexto de la innovación digital, la tecnología y el derecho a la salud.

95. Es preciso garantizar la inversión pública en redes nacionales, cobertura y conectividad. La confianza debe construirse adoptando un método de acción desde la base que respete el liderazgo y la experiencia de las redes comunitarias y fomente la confianza, la transparencia y la responsabilidad.

96. Las evaluaciones de impacto deben estar integradas y los análisis del diseño, el desarrollo y la aplicación del derecho a la salud han de ser vinculantes. Los procesos que engloban en conjunto la tecnología, la innovación y la canalización de datos han de ser participativos y garantizar la implicación sustantiva de las partes interesadas.

97. Tanto en el diseño de programas nuevos de salud como en la implementación de los existentes, los encargados de formular políticas han de basarse en procesos multidisciplinares y multisectoriales que han de orientar la adopción de decisiones relativas a cuestiones como las poblaciones necesitadas, la elaboración de presupuestos y la asignación de recursos.

98. Invertir en la elaboración de un código rector transnacional que regule la propiedad privada de los datos, la extracción de datos y los bancos de datos para que se puedan exigir responsabilidades a las empresas tecnológicas y los Estados más allá de las fronteras nacionales contribuirá a garantizar el pleno disfrute del derecho a la salud.

99. Los Estados deben integrar los principios de derechos humanos de igualdad, no discriminación, participación, transparencia y rendición de cuentas a fin de cumplir sus obligaciones de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud en relación con la innovación y las tecnologías digitales.

100. La innovación y las tecnologías digitales han de abordarse con un enfoque interseccional de derechos humanos para avanzar hacia la igualdad sustantiva y crear las condiciones que conduzcan a una vida digna.
