Agradezco la oportunidad para participar con comentarios al primer proyecto de *Recomendación general n°37 (2023) sobre la discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud*. Para la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, la cual presido, la participación representa una oportunidad para aportar información sobre situaciones específicas de la región para que el Comité pueda considerar y posteriormente reflejar dichas particularidades en la versión final de la Recomendación general.

En México, la salud es una facultad coordinada entre los tres niveles de gobierno, con rectoría principal de la Federación. Sin embargo, las entidades federativas cuentan con facultades específicas en la materia y guardan diferencias visibles en aquello que no se contrapone a la Ley General rectora en la materia. Estas diferencias constan tanto en la normativa local como en la práctica.

Con lo anterior quiero enfatizar que, si bien desde 2006 la Ley General de Salud incorpora elementos que reconocen la obligación de adaptar algunos servicios de salud en función de la pertinencia cultural particularmente para personas y comunidades indígenas, son las normativas locales las que imprimen una mayor especificidad útil para la prevención de la discriminación a personas y grupos racializados. Lo anterior aun cuando dicha Ley General fue adicionada en 2022 y 2023 con un capítulo especial sobre salud mental -única sección que cuenta explícitamente con un mandato particular de interculturalidad- así como con la inclusión de los determinantes sociales de la salud ampliados por la OMS, entre los cuales están los asociados con el racismo. A pesar de dichas inclusiones, la Ley General no cuenta con una visión transversal de interculturalidad, sino solo seccionada.

A diferencia de esto, la Ciudad de México cuenta con una base constitucional y normativa más adecuada en términos de aceptabilidad cultural que es aprovechada para favorecer la implementación de medidas especiales para la erradicación de la discriminación racial en el ejercicio del derecho a la salud.

Cinco aspectos contenidos en la Constitución de la Ciudad de México, la Ley de Salud local y otras leyes como la Ley Constitucional de Derechos Humanos y sus Garantías de la Ciudad de México, dan cuenta de ello:

1. Existe un estándar general de reconocimiento al derecho a la salud y uno adicional para los pueblos y barrios originarios y comunidades indígenas residentes.
2. Existe la obligación de incorporar medicina tradicional en la práctica habitual de los servicios de salud.
3. La medicina tradicional también debe de ser incorporada no solo en función del ejercicio del derecho a la salud, sino también del derecho a la ciencia e innovación tecnológica, lo que corresponde a una comprensión holística de la salud más cercana a las cosmovisiones de los pueblos originarios.
4. El reconocimiento del derecho a la salud pertinente culturalmente se extiende a las personas afrodescendientes directamente y migrantes, personas en situación de calle, privadas de libertad y otras poblaciones altamente racializadas.
5. La Ley de Salud local tiene un mayor énfasis en la salud comunitaria no sólo para servicios de salud mental (como a nivel Federal) sino para todo el Modelo de Atención a la Salud de la ciudad. La interculturalidad es establecida en ley como principio rector del derecho a la salud y lo define.

A partir de esa visión, acciones de gobierno como la creación de la Universidad de la Salud guardan congruencia con los planteamientos constitucionales y locales de interculturalidad y erradicación de discriminación de grupos racializados al incluir en sus programas la visión de interculturalidad y acceso universal a la salud.

A partir de la experiencia de la Ciudad de México, desde la Comisión se observa que:

1. El ámbito local es la arena de mayor eficacia para la adopción de medidas positivas especiales para la erradicación de la discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud.
2. Una base normativa que reconozca derechos y sujetos de derechos históricamente discriminados favorece el cambio cultural y el avance de política pública para la exigibilidad de derechos de las personas que padecen la exclusión con base en criterios de racialización.

A pesar de los avances, se identifican desafíos:

1. Acortar la amplia brecha en la relación asimétrica entre personal de los servicios de salud y las personas racializadas. Esto en función de una desventaja social labrada históricamente que relaciona en los hechos la identidad étnica, diversidad lingüística y nivel socioeconómico, como factores que determinan la mala calidad en el acceso a la salud.
2. En la región, las poblaciones en situación de calle son altamente racializadas y son quizás las que acceden con mayor dificultad a los servicios de salud, por lo que deben de adoptarse medidas específicas para acortar la brecha de acceso. Se observa que este aspecto en particular puede ser considerado para ser incluido en la Recomendación General N°37.
3. Avanzar en la garantía efectiva del consentimiento informado como una medida especial estratégica para avanzar en la eliminación de la discriminación racial en el ámbito de la salud. Esto es así siendo éste un punto necesario para el balance de la relación médico paciente que tiende a ser aún más desigual cuando éstos son parte de un grupo racializado, así como es también frecuente la asociación entre una deficiente manifestación de consentimiento informado y la presencia de determinantes sociales tales como la diversidad lingüística, condición migratoria, por color de piel y apariencia física, diversidad cultural, cosmovisión, situación de calle, privación de la libertad, entre otras.

Finalmente, es importante que cualquier esfuerzo para erradicar la discriminación parta de asumir la herencia colonialista del positivismo científico consistente en tres aspectos principales: reducción del concepto salud a la ausencia de enfermedad física; exilio de prácticas tradicionales consideradas ajenas a ese conocimiento científico depositado originalmente en hombres blancos; racialización de los cuerpos para colocarlos al servicio de la práctica médica en una menor categoría.

Reconocer ese punto de partida contribuye a la comprensión de la importancia de fortalecer los mecanismos para la manifestación de un consentimiento informado para prevenir y erradicar la discriminación racial en el ámbito de la salud.