**Comentarios sobre el proyecto de Recomendación General No. 37 sobre la discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud, aprobado por el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD) en su 109° período de sesiones, celebrado del 11 al 28 de abril de 2023**

**II. La Convención y el derecho a la salud**

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

En el párrafo 6, se solicita hacer referencia al uso y conservación de plantas medicinales, animales y minerales, de conformidad con el artículo 24 de la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, que a la letra menciona:

*Artículo 24 1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.*

Por otra parte, en el párrafo 5, se menciona que “la discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud no puede eliminarse a menos que se adopten medidas concretas con respecto a las instalaciones, los bienes y los servicios de atención sanitaria”. A fin de reconocer la importancia de la diversidad cultural indígena, se considera importante mencionar que dichas acciones deben contar con pertinencia lingüística y cultural.

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

En el párrafo 12, *C. Discriminación racial en la aceptabilidad y la sensibilidad,* cuando se menciona que existe una falta de reconocimiento o la prohibición arbitraria de los curanderos tradicionales, las medicinas tradicionales y la farmacopea específica de ciertos grupos étnicos lo cual hacen que los miembros de estos grupos sean vulnerables a enfermedades cuya respuesta se encuentra en sus culturas tribales, se considera necesario también nombrar a las parteras.

Lo anterior atiende a que la partería es parte de la cultura y los sistemas de salud de los Pueblos Indígenas y sigue siendo un recurso crucial para el cuidado de las mujeres y la reproducción de la vida; sin embargo, la relación con el sistema institucional público de salud ha sido compleja, donde este último suele subordinarlas, además de ejercer prácticas comunes de desconocimiento y deslegitimación de las parteras en los espacios locales y en las interacciones con ellas.

**III. Obligaciones en virtud de la ICERD**

**A. Obligaciones generales y transversales**

El párrafo 29 hace referencia a la participación, consulta y empoderamiento de los Pueblos Indígenas. Menciona que “La participación y consulta de los grupos incluidos en el ámbito de la Convención en la toma de decisiones sanitarias integra sus conocimientos y mejora la calidad de las decisiones”. A fin de fortalecer el lenguaje utilizado, se sugiere agregar referencia a los conocimientos tradicionales.

Ello, de conformidad con el artículo 31 de la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, estos tienen derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar su patrimonio cultural, sus conocimientos tradicionales.

**IV. Recomendaciones.**

**37. La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial obliga a los Estados Parte a respetar, proteger y garantizara la ausencia de discriminación racial en el disfrute del derecho a la salud y a remediar cualquier violación de este derecho…**

En México, la atención de la discriminación racial históricamente se ha centrado en la población indígena; sin embargo, en la actualidad, se reconoce y considera importante la atención de la población afrodescendiente y a la población migrante con enfoque de interseccionalidad. Por ello, resulta fundamental vincular la discriminación racial con otras formas de discriminación, como las derivadas de la edad, sexo, discapacidad, religión, etc., en tanto lo más común es que se entrelacen y se agudicen los efectos sobre los distintos grupos de personas.

Específicamente, se reconoce que las desigualdades existen por motivos de sexo, género, edad, origen étnico, territorio, condición de discapacidad y condición social o económica. En este marco, se plantea que la pertinencia cultural debe ser la perspectiva de las políticas y funcionamiento de la gestión pública con respeto a la diversidad cultural para lograr los mismos derechos para toda la población.

Por ello, el compromiso se ha desarrollado bajo el enfoque de igualdad, reconociendo y respetando las diferencias culturales siempre bajo el principio de no discriminación; la pertinencia cultural promueve la inclusión de todas las personas respetando y valorando los distintos contextos. No asumir y comprender las diferencias culturales en las poblaciones atendidas transforma estas diferencias en desigualdades, lo cual permitirá instrumentar acciones preventivas y de atención a la salud dirigidos a la población, eficaces y con apego a sus necesidades específicas, con perspectivas transversales, incluyentes y con base en los derechos humanos.

1. **Medidas legislativas y políticas.**

**38…**

1. **Adoptar y aplicar medidas administrativas, incluso en la contratación pública, y políticas internas que prevean medidas concretas y específicas para respetar y garantizar la disponibilidad, la accesibilidad física, asequible e informativa, la aceptabilidad y la calidad de la sanidad, así como medidas para prevenir, respetar y proteger…**

En la Secretaría de Salud se ha desarrollado la política pública para la atención a la salud con perspectiva de género, inclusión y no discriminación; centrándose en la atención universal proporcional, es decir, en garantizar la atención para todas las personas, pero, sobre todo, dirigiéndose específicamente a las necesidades concretas de cada persona y grupo según sus necesidades y características específicas; integrando una visión comprensiva de las dinámicas en las que se encuentran.

Por ello, se establece como objetivo prioritario transversalizar la perspectiva de género en salud con enfoques de inclusión, no discriminación, interculturalidad e interseccionalidad, incorporándolos en programas prioritarios de salud, presupuestos y operatividad, así como en la cultura institucional para la igualdad en salud.

Específicamente con estrategias y acciones estipuladas en el Componente 4. Igualdad de género, inclusión y no discriminación con pertinencia cultural en salud, del Programa de Acción Específico Políticas en Salud Pública, con la finalidad de contribuir a la prevención y atención a la salud que cierren las brechas de desigualdad, con enfoques de interseccionalidad e inclusión, que permitan visibilizar las problemáticas y necesidades específicas de salud de mujeres y hombres, durante todo su ciclo de vida.

1. **…**
2. **Proporcionar orientaciones claras a todos los organizamos e instituciones relacionados con la salud, incluidas cualesquiera otras autoridades s instituciones implicadas…**

Para dar atención a la política pública en salud incorporando la igualdad, inclusión y no discriminación en salud, la Secretaría de Salud promueve y colabora en actividades interinstitucionales en pro de los derechos humanos de todas las personas. Específicamente se coordina con el Instituto Nacional de las Mujeres, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación y participa en los Sistema para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, instrumentando dichos enfoques tanto a nivel federal como estatal, en estrecha colaboración con áreas estratégicas de todos los niveles de gobierno.

En la Secretaría de Salud se generan y fortalecen las acciones sustantivas para incorporarlas en los programas prioritarios de salud, así como en actividades de prevención y atención a la salud, y en la cultura institucional para la igualdad laboral en salud, cuya población objetivo son, tanto a las personas usuarias de los servicios, como el personal de salud de todos los niveles de toma de decisiones.

A nivel federal, coordina, acompaña e instrumenta acciones para la atención de las líneas correspondientes detallada en el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, 2020-2024 (ProIgualdad), en conjunto con el Sistema Nacional de Salud; con la finalidad de cerrar las brechas de desigualdad que las niñas adolescentes y mujeres indígenas y afromexicanas enfrentan en el acceso y control de los servicios de salud. De esta forma se llevan a cabo las funciones de Unidad de Género de la Secretaría de Salud como parte de la Política Nacional para la Igualdad en Salud.

En relación con el nivel estatal, se realizaron supervisiones y reuniones con autoridades estatales de salud de diversos niveles de atribución, para identificar la implementación de diversas estrategias y acciones que permitan atender, instrumentando actividades en Unidades que atiende con mecanismos incluyentes la capacitación a la población usuaria de grupos prioritarios de atención, como la indígena y la afromexicana, así como al personal de salud; además de fortalecer acciones de difusión, la atención en la ventanilla incluyente, adquisición y distribución mobiliario ergonómico, comunicación incluyente, Centros de Entretenimiento Infantil, equipo médico para atención de personas con discapacidad, materiales y señaléticas en lengua indígena así como en braille, acciones para la prevención del acoso y hostigamiento sexual, entre otras. Además, a través de la Red de Enlaces de Género, periódicamente se difunden entre el personal de salud, el código de conducta, el código de ética y la declaratoria para la igualdad laboral y la no discriminación en salud,

**40. Deben adoptarse enfoques centrados en la comunidad, basados en el género y en prácticas culturalmente sensibles para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad y calidad de la atención sanitaria…**

La Secretaría de Salud establece acciones para promover, proteger y respetar el derecho a la salud principalmente de grupos de atención prioritaria, entre los que se encuentra la población de origen étnico: indígena y afromexicana, así como la población migrante. Por lo que, a través del componente Igualdad de género, inclusión y no discriminación con pertinencia cultural en salud[[1]](#footnote-1), realiza procesos formativos de capacitación y sensibilización con temáticas sobre igualdad de género, no discriminación, inclusión y pertinencia cultural en salud en el marco de los derechos humanos, así como de cultura institucional para la igualdad, dirigidos a profesionales de la salud tanto directivo, jurisdiccional y operativo, tanto de la Secretaría de Salud federal como de las 32 Secretarías Estatales de Salud.

Asimismo, impulsa la implementación de la iniciativa para la conformación de Unidades de Salud que Atienden con Mecanismos Incluyentes . Al mes de abril del 2023 se acreditaron 161 unidades que brindan una atención con perspectiva de género, inclusión, pertinencia cultural, libre de estigma y discriminación; ofreciendo así servicios equitativos y de calidad, principalmente para quienes viven en condiciones de vulnerabilidad.

A nivel estatal, una de las acciones más relevantes que han contribuido a la reducción de brechas de desigualdad en la atención a la salud, ha sido la consolidación de Unidades de Salud que Atienden con Mecanismos Incluyentes (USAMI) entre las que se encuentran en zonas indígenas, rurales y urbanas, principalmente atendiendo a personas de grupos prioritarios de atención como indígenas, afromexicanas y migrantes; i) Capacitaciones para personal de salud en temáticas sobre: género en salud, derechos humanos, inclusión y pertinencia cultural en el marco de la no discriminación. ii) Capacitaciones especializadas de lenguas originarias, Lengua de Señas Mexicanas, y Atención a la discapacidad; iii) Actividades de promoción y difusión con perspectiva de género e inclusión dirigidas a la población usuaria; iv) Señalética hospitalaria en Braille, lengua indígena o con pictogramas; vi) Contar con Centros de Entretenimiento Infantil (CEI), Ventanilla incluyente; vii) Asientos preferentes dirigidos a mujeres embarazadas, personas con discapacidad y personas adultas mayores dentro de las unidades de salud; ix) Insumos incluyentes para personas con alguna discapacidad (termómetros, baumanómetros, glucómetros parlantes, megáfonos y rampas portátiles y/o sillas de ruedas; consideradas conformadas por acciones positivas para contribuir a la implementación de servicios de salud con calidad y equidad.

Lo anterior, se reconoce la importancia de transversalizar la perspectiva de género e incorporar los enfoques de inclusión, no discriminación, interseccionalidad y pertinencia cultural en la atención a la salud al momento de prestar atención a la salud fortaleciendo la reducción de las brechas de desigualdad en el acceso y control de los servicios de salud. Además, se promueve la necesidad de incorporarlos en el ámbito laboral de la salud; lo que permite destacar los beneficios e implicaciones de institucionalizar la perspectiva de género, la inclusión y la no discriminación para promover la conciliación de las responsabilidades laborales con la vida personal y familiar, los cuidados y la crianza igualitaria a través del ejercicio de masculinidades/paternidades participativas; y la cero tolerancia al hostigamiento sexual y acoso sexual en el ámbito laboral.

1. **Datos y estadísticas.**

**45. La vigilancia de la discriminación racial en materia de salud debe incluir indicadores…**

La Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS, 2022)[[2]](#footnote-2), estimó que de la población afrodescendiente de 12 años y más, 37.9% opinó que, en el país, los derechos de este grupo de población se respetan poco. Con base en ello, la Secretaría de Salud incorporó en los sistemas de información en salud variables que permiten identificar grupos de población como son: indígena, afromexicana, migrante y población con discapacidad, para generar información estratégica que permita contrarrestar las prácticas discriminatorias en el ámbito de la planificación familiar y anticoncepción y generar estrategias que garanticen la inclusión y la no discriminación.

Con base en ello, la Secretaría de Salud ha promovido, mediante reuniones, procesos formativos y diversos escritos, enmarcar y apegar las actividades en el ámbito de la salud considerando la normatividad nacional e internacional en igualdad de género, no discriminación e inclusión en el marco de los derechos humanos. En cada una de las intervenciones implementadas se ha propuesto que den concordancia al PND 2019-2024, Eje transversal 1: Igualdad de género, no discriminación e inclusión, a través de diferentes estrategias y gestiones con áreas y programas a nivel federal y estatal.

Asimismo, para fortalecer la promoción y difusión, se han elaborado materiales para sensibilizar, producir y/o analizar información en salud con enfoque de igualdad de género, inclusión y pertinencia cultural, en donde se refieren y enuncian compromisos establecidos en leyes, políticas, normas, convenios, declaraciones y normatividad nacional e internacional, con el fin de contribuir a eliminar todas las formas de discriminación hacía las mujeres sobre todo en aquellas que viven en mayores condiciones de vulnerabilidad, como las mujeres y niñas en contexto rural e indígena, así como de poblaciones afromexicana. Los materiales han sido distribuidos entre el personal de salud de los diferentes niveles de incidencia y la población usuaria en unidades de salud.

1. **Educación, formación y acceso a la información.**

**48…Los profesionales de la salud, los trabajadores/as sociales y otros funcionarios (as) clave y terceras partes implicadas en la salud…**

Con el objetivo de contribuir a reducir las desigualdades en salud y contribuir a una atención libre de estigma, discriminación y con enfoque de género, derechos humanos, interseccionalidad e inclusión, la Secretaría de Salud implementó estrategias y acciones afirmativas, con el apoyo de la Red de Enlaces de Género de las unidades administrativas, órganos desconcentrados y descentralizados de la propia SS, y con las/los Responsables Estatales de Igualdad de Género en Salud (REIGS) de los 32 Servicios Estatales de Salud (SESA), las jurisdicciones sanitarias y unidades de atención a la salud, así como diversas áreas estratégicas tanto a nivel federal como estatal.

Entre estas actividades, se encuentra la capacitación que se brinda, la cual tiene como base temas especializados y técnicos, tales como lengua de señas mexicanas, lenguas indígenas y atención a las personas afromexicanas, con discapacidad, migrantes, entre otras, que buscan fortalecer la calidad en la atención que brinda el personal de salud en las unidades de salud inclusivas, especialmente de la población que vive en condición de vulnerabilidad.

Con base en lo anterior, de 2020 al segundo trimestre de 2023, se capacitaron un total de 44,152 profesionales de la salud, utilizando nuevas tecnologías y modalidades virtuales, por lo que la mayoría de las capacitaciones se llevaron a cabo a distancia y/o en plataformas virtuales automatizadas, tanto en temáticas especializadas como en temas generales sobre género en salud, derechos humanos e igualdad laboral/cultura institucional.

De esta manera, se integran las perspectivas de género, inclusión, no discriminación e interseccionalidad, en el marco de derechos humanos entre el personal de salud que atiende a la población.

1. **Rendición de cuentas y**
2. **Cooperación Internacional.**

Con la finalidad de fortalecer la colaboración nacional e internacional, así como atender los compromisos internacionales asumidos como Estado Mexicano, la Secretaría de Salud ha participado en la revisión de documentos, iniciativas de ley, en los que se han brindado comentarios y observaciones apegados a la normatividad, con base en la garantía de los derechos humanos y no discriminación, exhortando a incorporar comunicación incluyente y no sexista, así como enfoques de igualdad, inclusión, interseccionalidad y pertinencia cultural en salud.

* En el numeral II.

Dice: La Convención y el derecho a la salud.

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

6. La salud se entiende en la práctica del Comité como “el más alto nivel posible de salud física y mental”:..

Se propone: La Convención y el derecho a la salud.

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

6. La salud se entiende en la práctica del Comité como “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”…

**Comentarios Generales sobre el Proyecto de Recomendación General No. 37**

El derecho a la salud se concibe como "un **estado de completo bienestar físico, mental y social**, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades", además “abarca una amplia gama de **factores socioeconómicos** que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana”. [[3]](#footnote-3)

El Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales interpreta el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, como un **derecho inclusivo** que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional. En relación con los servicios de salud, estos deben ser **apropiados desde el punto de vista cultural**, es decir, tener en cuenta los **cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales.**

El mismo Comité indica que el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores […] 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 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 salud.

Es importante destacar la conceptualización que se ha desarrollado entorno al **racismo sistémico** **estructural e institucional** para el entendimiento de la discriminación racista que viven algunos grupos de población.

El racismo es un sistema estructural que ha ordenado a la sociedad y se ha filtrado en la construcción de las instituciones sociales (como la familia o la escuela) y de las instituciones políticas (como el Estado y sus organismos de gobierno y se ha naturalizado en ideas, sentires y prácticas cotidianas.

Por ello, este sistema beneficia a ciertas poblaciones a las que considera racialmente superiores, en menoscabo de poblaciones a las que inferioriza por su supuesta “raza” teniendo como efecto la reproducción continua de jerarquías y desigualdades entre poblaciones y personas racializadas.

Es importante precisar que el racismo se expresa de formas diferentes de acuerdo con la sociedad, el contexto y el momento histórico en el que se presenta **y tiene un alcance estructural, es decir, va más allá de las acciones individuales.[[4]](#footnote-4)**

Bajo estas premisas, se realizan los siguientes comentarios:

1. **Interseccionalidad**

* La observación destaca la importancia de considerar en todo momento el enfoque interseccional en el desarrollo de políticas preventivas de la discriminación racista, mencionando aquellos motivos prohibidos establecidos en diversos instrumentos internacionales y regionales.

* La interseccionalidad es un concepto básico para comprender el alcance de las obligaciones generales de los Estados. Particularmente se destaca la importancia de que la observación en comento señale explícitamente la discriminación […] por motivos de sexo y género y cómo está unida de manera indivisible a otros factores […] como las creencias, la salud, el estatus, la edad, la clase, la casta, la orientación sexual y la identidad de género. [...].[[5]](#footnote-5)
* Aun cuando la observación señala que al referirse a la interseccionalidad observará diversos motivos prohibidos de discriminación incluyendo “cualquier otro motivo o condición”, se considera pertinente incluir explícitamente la atención diferenciada a las personas con orientación sexual, identidad y expresión de género no normativas, de acuerdo con los estándares y tomando en cuenta la discriminación racista y su impacto diferenciado.

En este contexto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha expuesto lo siguiente:

Para lograr una verdadera igualdad, los Estados deben adoptar un enfoque interseccional y no binario que aborde las necesidades de la población LGBT en toda su diversidad y los involucre en el desarrollo de políticas que los afecten. Esto incluye, cuando se garantice la seguridad de los datos, recopilar datos desglosados que tengan en cuenta sus declaraciones de etnia y condición social, desarrollar una comprensión más amplia y auténtica de cómo se cruzan el racismo y la LGBT fobia, abordar las disparidades raciales y étnicas en el acceso a bienes, instalaciones y servicios para personas LGBT y de género diverso, y comprender el impacto y el legado del colonialismo en las desigualdades dentro y entre países, la construcción de la nación y la exclusión de estas poblaciones. Las empresas también deben incorporar una perspectiva interseccional para proporcionar igualdad de oportunidades y eliminar la discriminación en sus actividades.[[6]](#footnote-6)

1. **Dimensión colectiva del derecho a la salud**
   * La observación destaca elementos sustantivos en el acceso al derecho a la salud para los grupos incluidos en el ámbito de protección de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (ICERD por sus siglas en inglés) desde un enfoque individual por lo que respecta a “a controlar su salud y su cuerpo, incluida la libertad sexual y reproductiva, y a no ser objeto de injerencias arbitrarias, como tratamientos médicos y experimentos no consentidos.”
   * En relación con los pueblos y comunidades indígenas, la discriminación tiene una dimensión no solo individual sino también colectiva y la no discriminación y la libre determinación son principios complementarios y entrelazados que impregnan los derechos económicos, sociales y culturales en su aplicación a los Pueblos Indígenas. [[7]](#footnote-7)
   * El Comité sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, por su parte observa que, en las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva. A este respecto, la salud tiene una relación simbiótica con sus tierras y entornos tradicionales y la ruptura de esa relación ejerce un efecto perjudicial sobre a salud de esas poblaciones.[[8]](#footnote-8)
   * Asimismo, el Comité considera que los Pueblos Indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud. Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales. Los Estados deben proporcionar recursos para que los Pueblos Indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios de suerte que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.[[9]](#footnote-9)
   * De esta manera, la dimensión colectiva de la atención a la salud de los pueblos y comunidades es esencial para garantizar y respetar sus prácticas curativas y las medicinas tradicionales.
2. **Violencia obstétrica** 
   * La observación destaca la importancia de la salud sexual y reproductiva, incluyendo el acceso a un aborto seguro y emergencias obstétricas.
   * Es indispensable que la observación enfatice en una de las violencias invisibilizadas para las mujeres y personas con derechos reproductivos: la violencia obstétrica.
   * La Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias utiliza el término “violencia obstétrica” para referirse a la violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los centros de salud, afirmando que esta forma de violencia es un fenómeno generalizado y sistemático, o arraigado en los sistemas de salud. [[10]](#footnote-10)
   * El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) indica que:

*Las mujeres y las niñas Indígenas tienen un acceso limitado a servicios de atención de la salud adecuados, incluidos servicios e información de salud sexual y reproductiva, y se enfrentan a la discriminación racial y de género en los sistemas de salud. […]. Los profesionales de la salud suelen tener prejuicios raciales y de género, son insensibles a las realidades, la cultura y los puntos de vista de las mujeres Indígenas, a menudo no hablan los idiomas Indígenas y rara vez ofrecen servicios que respeten su dignidad, privacidad, consentimiento informado y autonomía reproductiva.[[11]](#footnote-11)*

* De esta manera, es importante que, en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos, se haga una mención explícita a este tipo de violencia motivada por el género hacia las mujeres indígenas y personas con derechos sexuales y reproductivos.

1. **Objeción de conciencia**

* En acciones relacionadas con el derecho a la salud, es importante hacer mención a la objeción de conciencia, sobre todo en el derecho de las mujeres y de las personas con derechos sexuales y reproductivos a decidir sobre su propio cuerpo.
* La observación hace mención sobre esta práctica y la garantía que se debe proporcionar en el acceso al derecho a la salud.
* En este sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha determinado que “la no disponibilidad de bienes y servicios debido a políticas o prácticas basadas en la ideología, como la objeción a prestar servicios por motivos de conciencia, no debe ser un obstáculo para el acceso a los servicios. Se debe disponer en todo momento de un número suficiente de proveedores de servicios de atención de la salud dispuestos a prestar esos servicios y capaces de hacerlo en establecimientos públicos y privados a una distancia geográfica razonable”.[[12]](#footnote-12)
* El Comité también dispone que los Estados deben prohibir e impedir que agentes privados obstaculicen con prácticas o procedimientos los servicios de salud, por ejemplo, mediante la obstrucción física de los establecimientos, la difusión de información errónea, los honorarios informales y los requisitos de autorización de terceros. En caso de que se permita a los proveedores de servicios de atención de la salud invocar la objeción de conciencia, los Estados deben regular adecuadamente esta práctica para asegurar que no impida a nadie el acceso a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, en particular exigiendo que se remitan los casos a un proveedor accesible con capacidad y disposición para prestar el servicio requerido y que no impida la prestación de servicios en situaciones urgentes o de emergencia.[[13]](#footnote-13)
* La objeción de conciencia se deriva de la interpretación del derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión establecido en diferentes instrumentos internacionales, sin embargo, organismos de derechos humanos han establecido que no puede representar un obstáculo para el ejercicio del derecho a la salud. Aunque la relación entre racismo y objeción de conciencia no está ampliamente estudiada, es conveniente que el Comité establezca las relaciones que pueden derivar en discriminación.

1. **Prácticas tradicionales nocivas** 
   * La observación no hace mención a prácticas nocivas relacionadas con el derecho a la salud y el racismo, pues en muchas culturas, éstas suelen ser generalizadas.
   * El Comité CEDAW y el Comité de los Derechos del Niño[[14]](#footnote-14) han señalado que “*las prácticas nocivas son prácticas y formas de conducta persistentes que se fundamentan en la* ***discriminación por razón de sexo****, género y edad, entre otras cosas, además* ***de formas múltiples o interrelacionadas de discriminación*** *que a menudo conllevan violencia y causan sufrimientos o daños físicos o psíquicos. […] Estas prácticas tiene el propósito o el efecto de* ***menoscabar el reconocimiento, disfrute o ejercicio de los derechos humanos*** *y las libertades fundamentales y repercuten negativamente en la dignidad, integridad y desarrollo a nivel físico, psicosocial y moral*”.
   * Asimismo, “*se consideren nocivas prácticas que: a) Constituyen una negación de la dignidad o integridad de la persona y una violación de los derechos humanos y libertades fundamentales, b) Representan una discriminación contra las mujeres o los niños y son nocivas en la medida en que comportan* ***consecuencias negativas para sus destinatarios como personas o como grupos****, incluidos daños físicos, psicológicos, económicos y sociales o violencia y limitaciones a su capacidad para participar plenamente en la sociedad y desarrollar todo su potencial; c) Son* ***prácticas tradicionales, emergentes o reemergentes*** *establecidas o mantenidas por unas normas sociales que perpetúan el predominio del sexo masculino y la desigualdad de mujeres y niños, por razón de sexo, género, edad y otros factores interrelacionados*”.
   * El Comité para la Eliminación de la Discriminación racial en el ejercicio de reflexión de la observación en comento, podría señalar la relación, causas y/o consecuencias entre racismo y prácticas nocivas que, como han señalado otros Comités, pueden derivar de prácticas tradicionales en diversas culturas.

1. Programa de Acción Específico Políticas en Salud Pública y Promoción de la Salud, 2020-2024 [↑](#footnote-ref-1)
2. Presentación de resultados, INEGI, mayo 2023 [↑](#footnote-ref-2)
3. Comité sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), Documento E/C.12/2000/4, 2014, párrafo 4. [↑](#footnote-ref-3)
4. Olivia Gall, [et all], Cuadernillo 2 *¿Qué es y cómo se manifiesta el racismo?,* CONAPRED, 2021. Disponible en: <http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Queycomo_manifiesta_racismo_02_WEB.Ax.pdf>. [↑](#footnote-ref-4)
5. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), Recomendación General núm. 27: sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos, Documento CEDAW/C/GC/27, 2010, párrafo 18. [↑](#footnote-ref-5)
6. CIDH, Los Estados deben enfrentar el racismo y el estigma contra las personas LGBT, Comunicado 087/23, 16 de mayo de 2023. Disponible en: <https://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/prensa/comunicados/2023/087.asp> [↑](#footnote-ref-6)
7. Relatora Especial sobre los derechos de los Pueblos Indígenas, Victoria Tauli-Corpuz, Informe Los derechos de los Pueblos Indígenas, incluidos sus derechos económicos, sociales y culturales en el marco para el desarrollo después de 2015, Documento A/69/267, 2014, párrafo 29. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N14/497/51/PDF/N1449751.pdf?OpenElement>. [↑](#footnote-ref-7)
8. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), Observación General núm.14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12), Documento E/C.12/2000/4, 2000. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>. [↑](#footnote-ref-8)
9. Ibid, párrafo 22. [↑](#footnote-ref-9)
10. A/74/137, párrs. 4, 12 y 15. [↑](#footnote-ref-10)
11. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 39 sobre los derechos

    de las mujeres y las niñas Indígenas, Documento CEDAW/C/GC/39, 2022. Disponible en: <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhsldCrOlUTvLRFDjh6%2Fx1pWBBKAIjVJg1BZO3p1Tqs6E6C4aQNZvrjofIcIHlQyv448O37V%2F72DiawyfNGMoAWND7ySmcNNlLfO9FpTjj0uU1>. [↑](#footnote-ref-11)
12. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General núm. 22: relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12), Documento E/C.12/GC/22,.Disponible en: <https://www.undocs.org/es/E/C.12/GC/22> [↑](#footnote-ref-12)
13. Ibid., párrafo 43. [↑](#footnote-ref-13)
14. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), Comité de los Derechos del Niño (CRC), Recomendación General núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Documento CEDAW/C/GC/31/REV.1. Observación General núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas  
    nocivas, Documento CRC/C/GC/18/Rev.1. Párrafos 6 y 15. Disponible en: <https://www.undocs.org/es/CEDAW/C/GC/31/REV.1> [↑](#footnote-ref-14)