**Alcance - Cuestiones a considerar durante el debate temático en la preparación de la Recomendación general sobre el artículo 5 (e)(iv) de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial Discriminación racial y derecho a la salud**

1. **¿Cuál es la relación entre el artículo 5(e)(iv) y otros derechos del artículo 5 de la Convención, tales como la prohibición y la eliminación de la discriminación racial en el derecho a unas condiciones de trabajo justas y favorables, el derecho a la vivienda, el derecho a la educación y a la formación, así como su relación con los derechos civiles y políticos, como el derecho a la seguridad personal y a la protección del Estado contra la violencia o los daños corporales, ya sean infligidos por funcionarios públicos o por cualquier grupo o institución individual, el derecho a la libertad de circulación y de residencia, y el derecho a la intimidad?**

Uno de los procesos básicos es la transformación de los modelos educativos, así como la cultura institucional del servicio público. En ambos ámbitos la reeducación deberá establecerse con el objetivo de modificar la actuación del servidor público representante del estado y con esta base, iniciar la transformación del ámbito de la aplicación de justicia y la actuación policial. Desde este último ámbito, es donde se establecen las acciones y desviaciones en el respeto a la seguridad personal, el cohecho y los mecanismos de corrupción que propician la violencia y la discriminación.

1. **¿Abarca la comprensión de la discriminación racial como determinante social de la salud los riesgos y daños para la salud agravados por la discriminación estructural?**

Partir de cualquier forma de discriminación institucionalizada es la puerta de comprensión de la existencia de la discriminación estructural, por lo que las acciones en favor de la no discriminación y la eliminación de las condiciones que las preservan, son tareas prioritarias de atención.

Es importante enfatizar que muchas disparidades de salud tienen sus raíces en las desigualdades estructurales sociales y que están íntimamente relacionadas con el racismo y otras formas de discriminación; en algunos casos los sistemas de salud preservan dicho prejuicio que existe en el conjunto de la sociedad, reforzando y agravando la discriminación.

Los determinantes sociales de la salud refieren la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud; en el Modelo de Determinantes Sociales de la OMS, se considera factor determinante en los resultados de salud a la etnia y raza[[1]](#footnote-1). De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, la discriminación se practica por los propios servicios de salud en contra de las y los pacientes minoritarios, reforzando la discriminación y volviendo a los grupos más vulnerables[[2]](#footnote-2).

1. **¿Tiene el concepto de "equidad sanitaria" un valor añadido en relación con las obligaciones del artículo 5(e)(iv)? ¿Aborda la equidad sanitaria los riesgos sistémicos para las personas sometidas a discriminación racial?**

De acuerdo con la OMS, la equidad sanitaria es un componente fundamental de la justicia social y se logra cuando todas las personas tienen una oportunidad justa de tener la mejor salud posible e indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas.

Durante la pandemia de COVID-19 se ha puesto al descubierto la disparidad y la discriminación racial en las instituciones diseñadas para ofrecer justicia, equidad y reparación, planteando y cuestionando aún más el funcionamiento de esas instituciones, incluidas las fuerzas del orden, si es coherente con el propósito para el que fueron diseñadas o contrario a él. Por ello, no es tangible un valor añadido a la equidad sanitaria, aunque el artículo 5 mencione prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas.

El artículo 5 menciona el goce de los derechos, sin embargo, no se visibilizan los riesgos que puede ocasionar no adecuar necesidades específicas de ciertas poblaciones en los establecimientos, bienes y servicios de salud, para lograr que sean brindados de buena calidad. Para ello, se refiere que la Organización de Naciones Unidas menciona cómo el uso de la discrecionalidad, sin una orientación adecuada, tiene un impacto en el riesgo y la vulnerabilidad sobre la base de la raza[[3]](#footnote-3).

1. **¿Cómo afecta la discriminación estructural a las obligaciones relacionadas con el derecho a la salud? ¿Constituye la discriminación estructural una limitación de facto impuesta al derecho a la salud que los Estados deben medir siempre al evaluar la discriminación indirecta? ¿Qué obligaciones (negativas y positivas) se imponen a los Estados? ¿Qué tipo de normas (relacionadas con la salud, socioeconómicas, relacionadas con el riesgo u otras) deben aplicar los Estados para evaluar el efecto de la discriminación racial indirecta? ¿Son estas normas igualmente aplicables en la adopción de medidas especiales (acción afirmativa)?**

La discriminación estructural ha exacerbado la desigualdad en el acceso a la atención sanitaria y los tratamientos, lo que conlleva a disparidades raciales en los resultados en materia de salud y un aumento de la mortalidad y la morbilidad en grupos vulnerables[[4]](#footnote-4).

Es fundamental defender el derecho a la salud, y de la misma manera velar por que se respeten todos los derechos humanos y se aborden los determinantes económicos, sociales y culturales que condujeron a la mala salud[[5]](#footnote-5). Otorgar una buena atención médica es de importancia fundamental; no obstante, el bienestar no se logrará a menos que se aborden las causas sociales subyacentes que socavan la salud de la población[[6]](#footnote-6).

La discriminación estructural es una limitación de facto ya que cuando una disposición, criterio o práctica que en apariencia son neutros, colocan en desventaja a las personas de un grupo respecto a otro. Un caso claro de esto es la aplicación de las acciones afirmativas, por ejemplo: el trabajo a tiempo parcial, el trato diferente para ejercer los derechos de conciliación familiar y laboral, el requisito básico del esfuerzo físico (o cualquier otro requisito que sea predominante en un género, pero que no tenga ninguna relación con el desempeño del puesto de trabajo). No así, dar prioridad en los ascensos por tener mayor flexibilidad horaria (habitualmente y todavía de forma mayoritaria, son las mujeres las que se ocupan del cuidado de los hijos o dependientes y el hogar, lo que conlleva tener una menor disponibilidad horaria) así como la falta de privilegios que hace que una persona no pueda permitirse dejar temporalmente de trabajar por motivos de salud, sin que ello tenga consecuencias graves para su sustento. Los tratados internacionales de derechos humanos consagran la obligación de los Estados de garantizar la igualdad y no discriminación en razón del género.

1. **¿Cómo se entiende la interseccionalidad en el ámbito de la salud? ¿Permite la compartimentación de la salud identificar y evaluar con precisión los riesgos para la salud y las posibles violaciones de la prohibición de la discriminación racial?**

La interseccionalidad constituye una herramienta analítica para la comprensión de la violencia, discriminación, exclusión, interacciones entre el género, la raza, la clase, la edad, la sexualidad y otras categorías de la discriminación, mutuamente constitutivos, que marcan las relaciones sociales y toma en cuenta la experiencia individual y la vida privada; dentro y entre grupos sociales; en instituciones, organizaciones; en representaciones culturales y políticas públicas, así como en la sistematicidad de esos cruces; en los mecanismos por medio de los cuales se forman y perpetúan las clasificaciones de las personas y los grupos sociales; en los regímenes de desigualdad; en quienes se benefician de la exclusión de ciertos grupos; en la manera en que se distribuyen los recursos (simbólicos, materiales) y cuándo y dónde se intersectan dos o más vectores de la discriminación[[7]](#footnote-7).

Los tratados son ejemplos representativos de épocas determinadas, por lo que pueden no incluir una causa de discriminación surgida posteriormente; por ello, deben ser interpretados a la luz del presente, teniendo en cuenta las características actuales de los sistemas de protección, así como la evolución y desarrollo de los derechos humanos.

De acuerdo a la CNDH, no se considerarán discriminatorias las acciones afirmativas que tengan por efecto promover la igualdad real de oportunidades de las personas o grupos. Tampoco será juzgada como discriminatoria la distinción basada en criterios razonables, proporcionales y objetivos cuya finalidad no sea el menoscabo de derechos; sin embargo, toda acción afirmativa que no sea temporal estará violando los derechos de las personas no consideradas en dichas acciones afirmativas.

Si no se analiza el contexto de exclusión, vulnerabilidad y discriminación en el que se originan las medidas afirmativas, jamás entenderemos que, para que ciertas personas puedan vivir plenamente en igualdad de condiciones, el Estado necesita brindar recursos y apoyos especiales que contribuyan a erradicar las barreras sociales que impiden el acceso a sus derechos[[8]](#footnote-8).

1. **Aparte de los indicadores de salud ya establecidos por organizaciones especializadas, ¿qué otros indicadores deberían adoptar los Estados para medir el impacto de la discriminación racial en los grupos protegidos por la Convención?**

Se considera importante contar con indicadores que sirvan para medir y visualizar los efectos de la discriminación por cuestiones étnico-raciales es importante incorporar preguntas sobre la pertenencia étnica-racial en las encuestas y censos para evaluar los efectos de la discriminación y su persistencia en la sociedad.

De esta manera, es recomendable incluir entre los indicadores la categoría étnico-racial de la población, sería un indicador que ayudaría a explicar las diferencias que se presentan en los servicios de salud, entre grupos sociales que muestran condiciones étnicas-raciales distintas o iguales a las poblaciones más favorecidas de la sociedad, ya que la condición étnica-racial es una construcción social derivada de factores externos e independientes de los individuos. El resultado de las desigualdades son el resultado de complejas estructuras sociales que fomentan las inequidades y los procesos de exclusión desfavoreciendo a determinados grupos sociales.

**15. ¿Cómo experimentan las mujeres, los niños, las personas con discapacidades y las personas LGBTQI dentro de estos grupos la discriminación racial que se cruza con otras formas de discriminación, incluida la edad?**

Las mujeres, personas con discapacidad, niñas, niños y adolescentes, y las personas LGBTQI experimentan la discriminación racial a través del aumento de la discriminación y la violencia institucional en salud sexual y reproductiva.

Como un derecho de todas las personas. En el caso de los pueblos indígenas y afrodescendientes debe de otorgarse e la lengua de la persona, y asegurar que lo comprenda y esté de acuerdo.

Al ser indígena o afromexicano, se recibe una gran carga de menosprecio y discriminación en diversas instituciones gubernamentales, cómo las de salud, el hecho de formar parte de otro de los grupos señalados, aumenta significativamente a la discriminación, maltrato (violencia obstétrica), su utilización como objeto de enseñanza sin su consentimiento, para que residentes e internos aprendan con ellos la realización de procedimientos no necesarios en ese momento, como cesáreas, tactos y otros procedimientos médicos.

**17. ¿Cómo debe entenderse el "consentimiento informado" en el marco de la Convención?**

Como un derecho de todas las personas. En el caso de los pueblos indígenas y afrodescendientes debe de otorgarse e la lengua de la persona, y asegurar que lo comprenda y esté de acuerdo.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos, considera que la conexión entre el derecho a la integridad física y psicológica con el derecho a salud, y la autonomía personal y la libertad de tomar decisiones sobre el propio cuerpo tiene dos implicaciones. El deber del Estado es asegurar y respetar las decisiones y elecciones hechas de forma libre y responsable; así como garantizar el acceso a la información oportuna, completa, comprensible y fidedigna para que las personas estén en condiciones de tomar decisiones informadas.

En materia de salud, el derecho de acceso a la información se relaciona con la regla del consentimiento informado, debido a que la persona usuaria sólo podrá consentir un acto de manera informada si ha recibido y comprendido información suficiente, que le permita tomar una decisión plena. De ahí que la Corte Interamericana de Derechos Humanos haya reconocido que “el derecho de acceso a la información adquiere un carácter instrumental para lograr la satisfacción de otros derechos de la Convención. Se ha expresado que la necesidad de obtención del consentimiento informado es un mecanismo fundamental para lograr el respeto y garantía de distintos Derechos Humanos reconocidos por la Convención Americana, como lo son la dignidad, libertad personal, integridad personal, incluida la atención a la salud y en particular la salud sexual y reproductiva, la vida privada y familiar y a fundar una familia (párrafo 165).

**22. ¿Qué tipo de estadísticas e indicadores deben desarrollar y estandarizar los Estados para controlar sus leyes y políticas? ¿Qué tipo de estudios son necesarios para evaluar el impacto de la discriminación racial en el derecho a la salud? Aparte de los estudios sobre la salud, ¿qué ámbitos deben ser objeto de examen y qué autoridades deben coordinarse?**

Aunque no existen actualmente estadísticas e indicadores para estandarizar el control de las leyes y políticas, se cuenta con procedimientos como el derecho a la transparencia, en la cual pueden opinar y solicitar información, con el cual la sociedad puede opinar sobre las leyes y políticas. No obstante, se recomienda un acompañamiento técnico para impulsar la producción, análisis, uso y difusión de información estadística y geográfica, datos e indicadores socioeconómicos, demográficos desagregados, con enfoque interseccional y tomando en cuenta determinantes sociales, a fin de identificar a los grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad, en especial, las personas afrodescendientes locales, migrantes y refugiadas.

**29. ¿Cómo deben evaluar los Estados la sobrerrepresentación en los centros de salud mental de personas pertenecientes a comunidades protegidas por la Convención?**

En nuestro país, se requiere que el sistema de información en salud (SIS) sea completamente nominal, es decir, que el registro de la atención brindada sea por usuario y no por actividad clínica desarrollada como actualmente se realiza. Otra medida importante es registrar si el usuario de servicios de salud mental pertenece a una etnia (indígena) y de qué tipo.

Con ambos datos podríamos cuantificar el número de personas usuarias de servicios de salud mental que pertenecen a alguna etnia y determinar si están sobrerrepresentados para este tipo de atención. Así como mejorar el acceso a estos servicios de acuerdo con sus características lingüísticas.

**41. Ejemplos sobre las lecciones aprendidas sobre la desigualdad racial y las buenas prácticas en la creación de enfoques centrados en la comunidad y la lucha contra la discriminación racial durante la pandemia de COVID-19.**

Desde el Programa de Igualdad de Género en Salud de la Secretaría de Salud (PIGS), en el marco de la pandemia por COVID 19, se realizaron actividades a favor de la población en condición de vulnerabilidad, como personas de origen étnico y afrodescendiente, en condición de migración, con discapacidad, etc.), con el objetivo de mejorar los procesos y la calidad de atención a la salud. Entre ellas, se implementaron procesos formativos de personal de salud de diferentes áreas de incidencia para transversalizar el enfoque de género e incorporar en su quehacer institucional el principio de igualdad, no discriminación e inclusión en los programas y servicios de salud. Además de poner en marcha Unidades de Salud que Atienden con Mecanismos Incluyentes (USAMIS), que consisten en brindar la atención de la salud con perspectiva de género, inclusión y pertinencia cultural libres de estigma y discriminación para lograr servicios equitativos y de calidad.

De igual manera, con la finalidad de disminuir las barreras de acceso a la unidades de salud en mujeres se continuaron en funcionamiento los Centros de Entretenimiento Infantil (CEI), que son espacios lúdicos instalados en Unidades de Salud que Atienden con Mecanismos Incluyentes (USAMI) para las/os hijas/os mientras la madre, el padre o la persona cuidadora, incluidos grupos de atención prioritaria, asiste a consulta médica, estudios de laboratorio, trámites administrativos o algún servicio, incluyendo los relacionados con el COVID 19.

Asimismo, desde la Dirección de Género y Salud del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva se realizó la revisión de materiales y se emitieron recomendaciones a materiales didácticos o informativos producidos en la Secretaría de Salud y otras instancias gubernamentales para dar respuesta a la pandemia, en los cuales parte fundamental fue incorporar la comunicación incluyente e imágenes de grupos de atención prioritaria como las personas con discapacidad, de pueblos originarios, afrodescendientes y otros, para que estos sean visibilizados.

1. Determinantes e inequidades en salud. Salud en las Américas, Edición de 2012: Volumen regional. Organización Panamericana de la Salud, 2012. https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\_content&view=article&id=58:health-determinants-and-inequalities&Itemid=165&lang=es [↑](#footnote-ref-1)
2. Documento de la OMS para la Conferencia mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas Intolerancia WHO/SDE/HDE/HHR/01.2 • Organización Mundial de la Salud. Salud y ausencia de discriminación. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Conferencia%20Mundial%20contra%20el%20racismo%20la%20discriminacion%20racial%20la%20xenofobia.pdf [↑](#footnote-ref-2)
3. https://hchr.org.mx/comunicados/la-equidad-y-la-igualdad-racial-deben-guiar-la-accion-estatal-en-la-respuesta-al-covid-19-dicen-expertos-de-la-onu/ [↑](#footnote-ref-3)
4. Public Health England, Disparities in the risk and outcomes of COVID-19 (2020) [↑](#footnote-ref-4)
5. Salud y Ausencia de Discriminación. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Conferencia%20Mundial%20contra%20el%20racismo%20la%20discriminacion%20racial%20la%20xenofobia.pdf [↑](#footnote-ref-5)
6. Salud en las Américas, Edición de 2012: Volumen regional Organización Panamericana de la Salud, 2012. https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\_docman&view=download&category\_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=125&lang=es [↑](#footnote-ref-6)
7. Interseccionalidad y salud pública en el ámbito de las relaciones erótico-afectivas entre adolescentes en Colombia. Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social, vol. 18, núm. 3, p. 2070, 2018. Universitat Autònoma de Barcelona. https://www.redalyc.org/journal/537/53759040027/html/#:~:text=La%20interseccionalidad%20llama%20la%20atenci%C3%B3n,vulnerables%E2%80%9D%20y%20las%20%E2%80%9Cminor%C3%ADas%E2%80%9D [↑](#footnote-ref-7)
8. El derecho a la no discriminación. CNDH. https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/21-Discriminacion-DH.pdf [↑](#footnote-ref-8)