**RESPUESTA DE ESPAÑA PARA LAS CUESTIONES A CONSIDERAR DURANTE EL DEBATE TEMÁTICO SOBRE DISCRIMINACIÓN RACIAL Y DERECHO A LA SALUD**

Atendiendo a la solicitud de contribuciones para la preparación del cuestionario remitido por el **Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD)**, para la preparación de una Recomendación General sobre el artículo 5 (e) (iv) de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, España traslada las siguientes aportaciones:

*Ámbito de aplicación del artículo 5 (e)(iv)*

* **Artículos 2 y 5 (e)(iv) de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (CERD):**

Ambos artículos parten del compromiso de los Estados para condenar y eliminar la discriminación racial o étnica, adoptando para ello medidas efectivas para revisar todas las políticas y derogar aquellas que no respondan al compromiso de los Estados en este sentido. El art. 2 del CERD hace mención a la posibilidad de que los Estados, cuando las circunstancias lo aconsejen, puedan decretar medidas especiales para proteger a ciertos grupos y asegurar su derecho al pleno disfrute en equidad de sus derechos y libertades fundamentales.

El art. 2 insta también a adoptar medidas que eliminen la posible discriminación racial en cualquier práctica que se identifique como discriminatoria y pueda afectar a los derechos de las personas independientemente de su origen racial, étnico y/o nacional, por lo que se interpreta que el derecho a la salud está incluido.

* **Artículo 5 5 (e)(iv) y artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, tal como lo interpreta el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:**

El art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales declara que:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

En todo caso, se debería hacer referencia al derecho a la salud y asistencia sanitaria en equidad de las personas que por su pertenencia a un grupo poblacional y étnico sufren con mayor intensidad y asiduidad la discriminación racial, el racismo y otras formas de intolerancia.

* **Relación entre el artículo 5 (e)(iv) y la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS):**

En el mencionado artículo 5, se hace referencia a la **asistencia sanitaria y a los servicios de salud pública**, así como los **servicios sociales**. No obstante, la definición de salud de OMS va más allá de lo relacionado con los servicios sanitarios y sociales, ya que habla de **bienestar**. El bienestar, en parte, puede estar contemplado en los diferentes derechos que se señalan en el artículo 5 y que hacen referencia a la mayoría de los determinantes sociales de la salud.

* **Relación entre el artículo 5(e)(iv) y otros derechos del artículo 5 de la Convención:**

Además de tratarse de derechos fundamentales reconocidos por la normativa internacional de derechos humanos y antidiscriminatoria, los diferentes derechos que aparecen en el artículo 5 están a su vez, estrechamente relacionados con la salud. En efecto, muchos de ellos son determinantes sociales de la salud e impactan directamente sobre esta. La ausencia de enfermedad por sí sola no garantiza el disfrute pleno a una buena salud. Por ello, el articulado reconoce el derecho innegociable a una adecuada inserción social de las personas en todos los ámbitos y unas condiciones materiales de existencia dignas como requisito fundamental para la salud.

*Normas generales para evaluar los riesgos y resultados de la discriminación racial en la salud*

* **La comprensión de la discriminación racial como determinante social de la salud:**

La discriminación motivada por el origen racial o étnico y/o nacional es un determinante del estado de salud. La Agencia Europea de Derechos fundamentales (FRA) afirma que algunos factores, como la posición social y la situación económica, los orígenes étnicos, la edad, el sexo, la condición de migrante, entre otros, afectan al nivel de salud de una persona y a su capacidad de acceso a la asistencia sanitaria.

El impacto negativo del COVID-19 en algunos grupos étnicos como la población gitana o la asiática y, en general las consecuencias que esta pandemia ha tenido sobre los grupos poblacionales y étnicos más vulnerables, deben ser abordados desde múltiples perspectivas. De este modo, ejemplos como el Plan de Acción Antirracista de la Comisión Europea (2020-2025) recomienda que los países lleven a cabo una investigación sobre los determinantes socioeconómicos de la salud desde la perspectiva racial.

Por su parte, el Grupo de Trabajo de Expertos sobre los afrodescendientes elaboró un informe sobre “Covid-19, racismo sistémico y protestas mundiales” que señalaba los efectos de esta pandemia mundial, dando ejemplos concretos de cómo la población afrodescendiente había sufrido discriminación estructural en la atención médica y recomendaba a los Estados reconocer la discriminación y trabajar en el diseño de protocolos para evitar racismo y discriminación racial en la atención sanitaria y el acceso a medicamentos y tratamientos.

El intercambio de **buenas prácticas entre profesionales sanitarios** de toda la UE y el **diálogo fluido entre las autoridades públicas y las organizaciones de pacientes y la sociedad civil** constituyen un importante potencial que puede contribuir a garantizar un enfoque centrado en el paciente que tenga en cuenta las necesidades específicas de las personas de origen racial o étnico minoritario.

* **Equidad sanitaria:**

El concepto de equidad sanitaria tiene un valor añadido a las obligaciones reflejadas en el artículo 5, ya que, aunque todas las personas tengan los mismos derechos, independientemente de su etnia o país de origen, **las necesidades sanitarias de las personas pueden ser muy diferentes**. El sistema sanitario debería ayudar a disminuir las desigualdades existentes y contribuir a no generar nuevas inequidades.

* **Discriminación racial y derecho a la salud: *obligaciones, limitaciones y normas***

Las políticas, estrategias y programas de salud deben incorporar en sus objetivos y actuaciones la erradicación del racismo, la discriminación racial y formas conexas de intolerancia, evitando que, debido a estereotipos asociados a ciertos grupos poblacionales afectados por el racismo y formas conexas de intolerancia, se vean discriminados o reciban un trato desigual.

De esta forma, los Estados deberán aplicar la legislación antidiscriminatoria, respetando los derechos humanos y posibilitando que sus autoridades sanitarias garanticen la ausencia de cualquier forma de discriminación en el acceso a los servicios y en las prestaciones sanitarias. Las administraciones sanitarias pueden desarrollar planes y estrategias para la prevención de la discriminación, así como promover acciones positivas de carácter temporal para paliar y equilibrar cualquier situación de desigualdad.[[1]](#footnote-1)

En España, y específicamente en lo referente a población gitana, el nuevo marco estratégico de trabajo en materia de equidad en salud y población gitana se encuentra enmarcado en la [Estrategia para la Igualdad, Inclusión y Participación del Pueblo Gitano 2021-2030,](https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/poblacion-gitana/estrategia-nacional/futura-estrategia.htm) en la que se ha desarrollado una **línea estratégica de salud**. De 2012 a 2020 se trabajó en la [Estrategia Nacional para la inclusión Social de la Población Gitana 2012-2020](https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/poblacion-gitana/estrategia-nacional/estrategia-nacional-para-la-inclusion-social-de-la-poblacion-gitana2012-2020.htm) (ENISPGE).

* **Interseccionalidad y salud:**

La interseccionalidad en salud hace referencia al efecto que tienen la interacción de diferentes ejes de desigualdad social sobre la salud de una persona. De este modo, es necesario reconocer y poder aliviar las discriminaciones múltiples que recaen sobre determinados colectivos por razones de edad, sexo, origen, acervo cultural, identidad sexual y otros elementos de especial relevancia para el disfrute de la salud. No obstante, la compartimentación en subgrupos de población para abordar sus problemáticas de salud podría resultar contraproducente al contribuir a estigmatizar y señalar a determinados colectivos, que no son homogéneos y cuya casuística es siempre particular. Así, el enfoque más adecuado es la atención personalizada e individualizada con base en una **formación especializada y completa** sobre los riesgos de salud de una sociedad española que, de facto, ya es muy diversa. Efectivamente, resulta relevante coordinar, diseñar y llevar a cabo **programas formativos** especializados en la aplicación de la perspectiva de género, el enfoque étnico racial y la perspectiva interseccional para todos los y las profesionales que trabajen en el ámbito de la salud.

*Experiencias individuales y grupales de pueblos indígenas, afrodescendientes, romaníes, minorías nacionales o étnicas y castas, incluyendo mujeres, niñas y niños.*

* **Otros indicadores a adoptar para medir el impacto de la discriminación racial:**

Además de los indicadores de salud desagregados por las variables de corte más habituales que emplean los servicios estadísticos nacionales, también podría ser considerada la recopilación de **datos étnicos[[2]](#footnote-2)** que se oriente al diseño de un sistema de indicadores de salud que pueda proporcionar datos de la población perteneciente a los distintos grupos poblacionales y étnicos relativos a la salud y su relación con el sistema sanitario.[[3]](#footnote-3)

Estas acciones deberán ir en todo caso, acompañadas de **acciones de sensibilización, información y comunicación** que promuevan la auto identificación de las poblaciones étnicas en condiciones de total anonimato y privacidad, ya sea para fines de producción estadística como para la formulación de políticas públicas en materia sanitaria.

* **Desigualdades raciales a la salud y derechos sexuales y reproductivos:**

De especial importancia resultan los casos que afectan a algunas mujeres y niñas de origen inmigrante que, en su entrada en el sistema de salud español, presentan problemáticas derivadas de la violencia por razón de sexo sufrida en sus países de origen, como la mutilación genital femenina[[4]](#footnote-4), víctimas de trata y otras violencias sexuales específicas con importantes consecuencias sobre la salud de mujeres y niñas. Por ello, resulta de especial interés favorecer el diseño de protocolos específicos para la atención sanitaria de esta población, así como la formación y sensibilización de profesionales sanitarios en esta problemática específica.

* **“Consentimiento informado” en el marco de la Convención:**

Para la población de origen inmigrante, el personal sanitario ha de asegurarse de que la comunicación es fluida y eficaz, logrando salvar las barreras idiomáticas y culturales. Para ello, se debe continuar reforzando, el trabajo de **mediación intercultural** y las acciones de sensibilización y formación del personal en los servicios sanitarios.

*Consulta a los grupos sometidos a discriminación racial*

* **Derecho a consultar sobre salud y grupos protegidos por la Convención:**

En España **no se recoge el indicador relativo al origen étnico en las estadísticas**, por lo que los datos existentes sobre salud y racismo son limitados. Únicamente se recoge la variable “nacionalidad. Recientemente se ha iniciado un debate para analizar la idoneidad de incluir dicha información estadística relativa al origen étnico, en los estudios, encuestas y estadísticas, siempre respetando y teniendo en cuenta los principios de voluntariedad, anonimato y auto reconocimiento.

De esta forma, los Estados deben atender las recomendaciones de organismos internacionales como la Declaración y Plan de Acción de Durban o el Plan Antirracista de la Unión Europea 2020-2025, en lo que a determinación de grupos que pueden ser consultados respecta.

* **Responsabilidad y obligaciones del Estado: garantizar la participación de los grupos expuestos a la discriminación racial en los procesos relacionados a la salud con agentes no estatales y empresas relacionadas con la salud**

Desde el año 2006, el Ministerio de Sanidad español trabaja de forma colaborativa en el Grupo de Salud del Consejo Estatal del Pueblo Gitano, en el que participan activamente asociaciones gitanas y expertos, y desde el año 2011 con el Grupo de Responsables de las Comunidades Autónomas sobre equidad en salud en población gitana.

En el marco general de equidad se mencionan a continuación, algunas herramientas que pueden ser de utilidad:

* [Guía Metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/GuiaMetodologica_Equidad.htm)
* [Lista de chequeo para el análisis de la equidad en Estrategias, Programas y Actividades (EPAs) de Salud](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/Listachequeo_equidad.htm)
* [Guía de acción comunitaria para ganar salud](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.htm)
* [Guías de participación comunitaria](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Participacion_Comunitaria.htm)

*Identificar y medir el efecto de la discriminación racial: estadísticas, inteligencia artificial (IA) y big data*

* **Estadísticas, indicadores e impacto de la discriminación racial:**

La futura *ley orgánica sobre racismo, discriminación racial y demás formas de intolerancia*, prevé que las autoridades sanitarias incluyan en las estadísticas, encuestas y estudios del sistema sanitario, los datos que sean necesarios para conocer las causas, extensión, evolución, naturaleza y efectos del racismo, del racismo estructural, de la discriminación racial o étnica, e intolerancia asociada, con pleno respeto a los principios de voluntariedad, anonimato y la auto identificación, incluyendo, siempre que sea posible, su desagregación por origen étnico.

Por otra parte, también es necesario que los poderes públicos promuevan el uso de una Inteligencia Artificial ética y confiable, siguiendo entre otras, las recomendaciones de la Comisión Europea.[[5]](#footnote-5)Asimismo, el ya mencionado borrador de ley, prevé que la Autoridad Independiente para la Igualdad de Trato deberá elevar un informe a las Cortes Generales sobre la transparencia en el uso de los sistemas algorítmicos en materia de racismo y discriminación racial.

* **Nuevas tecnologías y discriminación racial estructural en la salud:**

En España, durante el periodo más restrictivo del COVID-19, se hizo más visible la brecha digital en el acceso y uso de las TIC por parte de la población de origen migrante. En el ámbito de la salud, la brecha digital es de especial importancia por el papel de las TIC en el acceso a la información sobre salud, historial del paciente, gestión de citas y consultas, etc. No obstante, algunos estudios preliminares han apuntado que la brecha de mayor importancia es la que se refiere a la falta de competencias digitales y/o idiomáticas para un uso correcto de las TIC. En este sentido, resulta de especial interés la adaptación de plataformas y contenidos digitales que se suministran desde servicios sanitarios para un fácil acceso y uso por parte de población de origen inmigrante, por ejemplo, mediante la traducción/adaptación a distintos idiomas.

* **Disponibilidad de datos e interseccionalidad:**

En lo que al ámbito de la salud mental respecta, las patologías deberían ser abordadas teniendo en cuenta las posibles consecuencias del racismo estructural y de las desigualdades estructurales que afectan a los grupos poblacionales y étnicos, desde una perspectiva de género e interseccional.

Así, en el caso de las mujeres de origen africano residentes en España[[6]](#footnote-6), éstas son objeto de múltiples formas de discriminación interrelacionadas con su color de piel, sexo, género, origen étnico, nacionalidad o condición de migrante. En este sentido un estudio reciente sobre los factores de discriminación en diferentes ámbitos de la vida cotidiana[[7]](#footnote-7) , subrayaba que un alto porcentaje de ellas, un 85%, consideraba el racismo estructural como una barrera a la hora de disfrutar de derechos fundamentales como acceder a un empleo, acceder a servicios sociales básicos o ser atendida en un centro de salud. Un 33% de las mujeres entrevistadas se había sentido discriminada por su color de piel, percibiendo que sus necesidades no habían sido atendidas, y en general no se habían sentido escuchadas.

*Medidas coercitivas relacionadas con la salud y la discriminación racial*

* **Prácticas culturales tradicionales:**

De especial importancia resulta la **eliminación de las prácticas de violencia sexual** con prevalencia entre algunas de las poblaciones que llegan a España, como la mutilación genital femenina. En virtud de la *“Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo para la eliminación de la mutilación genital femenina”* (COM/2013/0833) y, en especial, la resolución de la ONU para la *“Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina”* (A/RES/67/146), la comunidad internacional exhorta a los Estados a “*intensificar las actividades de concienciación y de educación y capacitación académica, no académica e informal, a fin de promover la participación directa de las niñas y los niños, las mujeres y los hombres, y a velar por que todos los agentes principales”*, entre los que se encuentran los proveedores de servicios de salud, *“colaboren para erradicar las actitudes y las prácticas nocivas, en particular todas las formas de mutilación genital femenina, que afectan de forma negativa a las niñas”*. Ello incluye el fortalecimiento de **programas de prevención y concienciación**, la **condena** rotunda de estas prácticas independientemente de que se realicen dentro o fuera de las instituciones médicas, además de la obligación de **brindar apoyo social y psicológico**, y a adoptar **medidas para mejorar su salud**, incluida la salud sexual y reproductiva.

*Salud mundial*

* **Obligaciones y compromisos de los Estados:**

Los Estados deben comprometerse a **fomentar la investigación científica** necesaria para analizar la forma en que el racismo estructural tiene un impacto en la salud y para profundizar en la comprensión del racismo estructural como una cuestión de salud pública.

*Monitoreo y rendición de cuentas*

* **Prevención, monitoreo, responsabilidad y reparación de la discriminación racial en la salud en el ámbito nacional:**

Los Estados deben mejorar el sistema estadístico de salud, incorporando instrumentos adecuados para establecer un sistema de información periódico que identifique las situaciones de discriminación y racismo que afectan a ciertos grupos poblacionales y étnicos.

Por su parte, la responsabilidad de las infracciones debe regularse con una norma que recoja específicamente, desde un enfoque preventivo y de reparación, un régimen de sanciones. La futura *Ley orgánica contra el racismo, la discriminación racial y otras formas de intolerancia*, que se encuentra en fase de elaboración, tiene previsto incorporar un capítulo de sanciones aplicables también en el ámbito de la sanidad y la asistencia sanitaria.

*Organizaciones internacionales y discriminación racial*

* **Potenciar el intercambio de información entre las organizaciones de derechos humanos y aquellas relacionadas con la salud:**

Para facilitar el intercambio de información, se debería consensuar conjuntamente un **sistema de indicadores por áreas de actuación** que definan los **tipos de datos** a recoger, las **variables** a introducir, que sean comparables, transferibles y que sean recogidos periódicamente de forma sistemática por el organismo estadístico nacional.

1. Dispuesto en la Directiva 2000/43 de la Unión Europea en su art. 5 “…*el principio de igualdad de trato no impedirá que un Estado miembro mantenga o adopte medidas específicas para prevenir o compensar las desventajas que afecten a personas de un origen racial o étnico concreto”.* [↑](#footnote-ref-1)
2. También podría utilizarse, siempre que sea posible, como variable el indicador de origen (país de origen o zona geográfica de origen) de las personas, de esta manera se supera, en parte, el efecto de la adquisición de nacionalidad, pudiendo reconocer la posible discriminación sufrida por algunas personas independientemente de su situación administrativa o legal (extranjero/nacional). [↑](#footnote-ref-2)
3. Realizándose siempre con pleno respeto al derecho fundamental a la protección de datos de carácter personal y la auto identificación racial o étnica. [↑](#footnote-ref-3)
4. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=COM:2013:0833:FIN [↑](#footnote-ref-4)
5. Libro Blanco sobre la inteligencia artificial - un enfoque europeo orientado a la excelencia y la confianza de 19 de febrero de 2020 y Guías Éticas trabajadas por el grupo de expertos de alto nivel en Inteligencia Artificial. [↑](#footnote-ref-5)
6. Desde un marco de análisis interseccional. [↑](#footnote-ref-6)
7. (2021) Mujeres africanas y afrodescendientes en España: análisis de los factores de discriminación en el acceso a la salud, la educación, el empleo, la vivienda y los servicios sociales. Movimiento por la Paz (MPDL). https://www.mpdl.org/sites/default/files/AF\_INFORME\_MUJERESAFRODESCENDIENTES\_DIGITAL.pdf [↑](#footnote-ref-7)