

## CUESTIONARIO

### “El racismo y el derecho a la Salud”

Tengo el honor de dirigirme a Usted en mi calidad de Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, de conformidad con la resolución 42/16 del Consejo de Derechos Humanos.

Me gustaría invitarle a responder al cuestionario que figura a continuación. Los insumos que se reciban servirán de base para mi informe temático sobre “El Racismo y el derecho a la salud”, que se presentará a la Asamblea General de las Naciones Unidas en octubre de 2022.

El cuestionario sobre el informe se puede consultar en el sitio web de la Oficina, en inglés (idioma original), así como en francés, y español (traducciones no oficiales): (<https://www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-health>).

Todas las respuestas recibidas se publicarán en el mencionado sitio web, a menos que se indique que la respuesta debe permanecer confidencial.

Nótese que hay un límite de 750 palabras por pregunta. Sírvase por favor enviar las respuestas al cuestionario a: [ohchr-srhealth@un.org](mailto:ohchr-srhealth@un.org) La fecha final para enviar las respuestas es el **2 de junio de 2022**.

Tlaleng Mofokeng

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

#### Datos de contacto

Comparta por favor sus datos de contacto en caso de que necesitemos comunicarnos con usted en relación con este cuestionario. (opcional)

Tipo de actor (por favor seleccione uno)	<input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> Estado observador <input checked="" type="checkbox"/> Otro (por favor especifique):
Nombre del Estado/persona encuestada	Centro de Derechos Humanos Fray Matías de Córdova A.C. Iniciativas para el Desarrollo Humano A.C. Médicos del Mundo Francia-México
Correo electrónico	incidencia@cdhfraymatias.org coord.migrants.mexico@medecinsdumonde.net direccion@idehu.org.mx
¿Podemos atribuir públicamente estas respuestas a su Institución*? (En la web de	<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  Comentarios (si fuera relevante):

## Antecedentes

En el marco de la resolución 42/16 del Consejo de Derechos Humanos, la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ha identificado el racismo y el derecho a la salud como una de sus prioridades durante su mandato (véase [A/HRC/47/28](#) paras 87-94). En cumplimiento con su mandato y en línea con esta prioridad, la Relatora Especial ha decidido dedicar su siguiente informe temático a la Asamblea General de las Naciones Unidas en octubre de 2022 al tema “El Racismo y el derecho a la salud.”

## Objetivos del informe

La Relatora Especial subraya que el racismo es un determinante social clave en la salud y un motor de las desigualdades en materia de salud. Con su informe, quiere esclarecer el impacto del racismo y la discriminación por motivos de raza, color, ascendencia, casta, origen nacional o étnico o condición de inmigrante o refugiado, en el disfrute del derecho a la salud. Se centrará en particular en el impacto del racismo en las personas negras, afrodescendientes, árabes y musulmanas, asiáticas y descendientes de asiáticas, inmigrantes y personas pertenecientes a pueblos indígenas y minorías, y en la intersección de factores como la pobreza, o la discriminación basada en la edad, sexo, identidad de género, expresión, orientación sexual, discapacidad, estatus migratorio, estado de salud, por ejemplo, VIH, albinismo, etc., y las disparidades entre las zonas rurales y urbanas.

La Relatora Especial busca considerar la perspectiva histórica del impacto de las formas pasadas y contemporáneas de racismo en el derecho a la salud y en la capacidad de las personas y las comunidades para hacer efectivo su derecho al acceso a la atención de la salud, servicios y bienes de salud, incluyendo la realización de los derechos de salud sexual y reproductiva y en la capacidad de los Estados de cumplir con sus obligaciones para hacer efectivo el derecho a la salud. El informe abordará el impacto del racismo en la dignidad humana, la vida, la no discriminación, la igualdad, el derecho a controlar la propia salud, incluido el derecho a no verse sometido a tratamientos o experimentos médicos no consensuales, así como el derecho a un sistema de protección sanitaria. Al hacerlo, y adoptando los marcos de anticolonialidad<sup>1</sup> y antirracismo, el informe expondrá el impacto del legado de las formas pasadas y actuales de racismo, apartheid, esclavitud, colonialidad y estructuras opresivas en la salud global, incluyendo la arquitectura económica y la financiación, y los sistemas nacionales de salud en las personas racializadas.

Es importante destacar que la Relatora Especial adoptará un enfoque interseccional y tendrá en cuenta las múltiples formas de discriminación que afectan a las personas que sufren racismo y formas de discriminación conexas en el ámbito de la atención de la salud. Analizará los vínculos entre las desigualdades en el acceso a la atención de la salud adecuada y las disparidades sociales, el sexo, edad, género, pobreza, clase, nacionalidad,

---

<sup>1</sup> La colonialidad, un concepto acuñado por Walter Dignolo en 1995, se refiere al legado del colonialismo europeo que sigue activo en los órdenes sociales y los sistemas de conocimientos, lo cual ha creado jerarquías sociales que hacen posible la discriminación social que ha sobrevivido al colonialismo formal. Véase [A/HRC/47/28](#), párrafo 9.

exclusión, discapacidad y entre las zonas rurales y urbanas y los sistemas de opresión conexos.

La Relatora Especial también desea identificar buenas prácticas que afirmen el derecho a un sistema de protección sanitaria (es decir, acceso a la atención de la salud y los factores sociales determinantes de la salud) que proporcione igualdad de oportunidades para que las personas disfruten del nivel más alto posible de salud.

Por último, la Relatora Especial busca ejemplos de cómo combatir el racismo y la discriminación por motivos de raza, color, ascendencia, origen nacional o étnico, en el acceso a los centros de salud, bienes y servicios de salud y a los factores determinantes básicos de la salud.

### **Preguntas clave**

*Puede elegir responder a todas o a algunas de las preguntas que figuran a continuación. (El límite de palabras por cuestión es de 750 palabras).*

1. ¿Cuáles son las principales manifestaciones actuales de racismo y las formas conexas de discriminación creadas por el racismo que puedan prevalecer en su país en el ámbito del derecho a la salud, incluyendo en general en los factores determinantes básicos de la salud, resultados de salud y el acceso a la atención de la salud?

Las organizaciones de la sociedad civil que suscriben el presente cuestionario, cuya labor es la promoción y defensa de derechos humanos de personas migrantes y sujetas de protección internacional en la frontera sur de México, hemos documentado múltiples barreras para el acceso a la salud que enfrenta la población en movilidad, como resultado del perfilamiento racial que atraviesa a la política migratoria.

Si bien el país cuenta con un marco normativo garante del acceso a la salud para todas las personas, incluidas las personas migrantes y refugiadas, y ha suscrito tratados en la materia como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Internacional para la Erradicación de la Discriminación Racial, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares (CTTMF), estos no se han traducido en políticas públicas efectivas para eliminar prácticas de racismo y discriminación institucional.

México ha sido históricamente país de origen y tránsito, y es cada vez más un país de destino de personas migrantes, sin embargo, la falta de vías para la migración regular incide de manera directa en el aumento a las condiciones de vulnerabilidad que enfrenta la población en movilidad, exponiéndolas a tomar rutas migratorias riesgosas, en condiciones climáticas extremas, que tienen severos impactos en la salud física y psicológica de las personas.

El aumento en el número de personas solicitantes de protección internacional en el país y la diversificación de sus orígenes no ha venido aparejado de la generación de una estrategia de atención integral, encaminada a mitigar la reproducción de las desigualdades estructurales que fuerzan a las personas a dejar sus países de origen, por el contrario, se han reproducido distintas formas de discriminación y racismo desde las propias instituciones que se desarrollarán en el presente cuestionario.

La criminalización de las personas migrantes que se manifiesta en las prácticas de contención y detención sistemáticas, y la estigmatización de grupos específicos de la población en movilidad, impiden su acceso a derechos plenos, incluido el derecho a la salud. La estructura y condiciones de los centros de detención impactan de manera negativa a la salud física y mental de las personas en movilidad.

Con frecuencia, las personas migrantes y solicitantes de protección internacional no logran acceder a los servicios de salud, situación que se agrava en el caso de las personas haitianas y extracontinentales (provenientes de Asia y África), que enfrentan la falta de información en idiomas distintos al español, ausencia de intérpretes, discriminación, racismo y otras condicionantes asociadas a su situación económica. Otros grupos particularmente afectados son las personas indígenas, en ambos casos no se reconocen otras prácticas culturales diferenciadas en la prevención y el cuidado de la salud.

2. ¿Quiénes son las personas más afectadas y por qué? Por favor, describa las disparidades existentes en la prestación y el acceso a los servicios de salud que afectan a las personas de diferente origen racial y étnico, ascendencia, así como a otros grupos, como los inmigrantes. También puede reflejarse la falta de datos, análisis o indicadores de salud al respecto.

La falta de acceso a la información sobre el derecho a la salud y los servicios disponibles en México, las políticas restrictivas de movilidad, el racismo y la discriminación afectan de manera generalizada y directa a las personas migrantes, independientemente de su edad, género, nacionalidad o estatus migratorio.

Dichas barreras de acceso a derechos afectan de manera diferenciada a las mujeres, situación que se agrava por sus circunstancias económicas y materiales de pobreza; el estigma y la discriminación social que perciben por ser migrantes indocumentadas y racializadas; y experiencias durante su trayecto migratorio o en trayectos previos emprendidos<sup>2</sup>.

Algunas de las prácticas institucionales que vulneran sus derechos son:

- Limitación o restricción de la atención integral a la salud, especialmente en primer nivel.
- Falta de seguimiento oportuno en la atención, incluyendo seguimiento la salud menstrual, métodos anticonceptivos y planificación familiar, interrupción al embarazo, salud materna, cuidados prenatales, prevención del cáncer mamario y cervicouterino, prevención y diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual (ITS), Violencia Basada en Género (VBG) y Violencia Sexual Basada en Género (VSBG), existiendo deficiencia en el sistema de referencia y contrarreferencia entre los niveles de atención.
- El subregistro de la información desde el sistema médico sobre atenciones brindadas y negadas condiciona que no haya una adecuación de los requerimientos acorde a la demanda.
- Falta de enfoque intercultural en las prácticas y políticas de atención, que inciden en falta de intérpretes, información en otros idiomas, tratos discriminatorios, etc.

---

<sup>2</sup> Mujeres migrantes en Tapachula: barreras y facilitadores para el acceso a la salud sexual y reproductiva en 2020—Informe de la investigación, México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Ipas CAM, Médicos del Mundo, y Population Council.

Las condiciones de vulnerabilidad en las que se desplazan las mujeres migrantes, les expone particularmente a la VBG. Se ha reportado que entre el 40 y el 60 por ciento de mujeres migrantes que transitan de forma irregular por México han vivido este tipo de violencia, por lo que significa un reto **acceder a servicios de salud, y de manera específica a sus derechos sexuales y reproductivos cuando están expuestas a violencia sexual y el riesgo de embarazo no deseado**<sup>3</sup>. Las barreras en la atención que localizamos:

- Falta de disponibilidad de información culturalmente adecuada, sobre servicios de atención de la VBG y VSBG, incluyendo las obligaciones establecidas en la NOM.046, marco normativo que establece los criterios para la atención a dichas violencias.
- Falta de servicios especializados y de atención integral, específicamente necesidad de refugio y traslado, para la atención a población migrante que no cuenta con libre tránsito y que le permita movilidad fuera de Tapachula. Por ejemplo, el Centro de Justicia para las Mujeres (CEJUM), ubicado a unos kilómetros fuera de Tapachula, no puede dar servicio por los retenes migratorios establecidos kilómetros antes.
- Las instancias públicas encargadas de la prevención y atención de la VSBG, omiten en sus protocolos de atención en lo referente a traslados por alto riesgo de VBG, exponiendo a situaciones de mayor riesgo y violencia por los perpetradores.
- La falta de colaboración del Instituto Nacional de Migración (INM) y la Comisión Nacional de Ayuda a Refugiados (COMAR) para el de desplazamiento que asegure la atención especializada o por seguridad ante casos de VSBG.
- Sobre SSR no se ofertan todos los métodos disponibles ni se brinda la consejería adecuada para elegir el método que mejor se adapte a sus necesidades.

La COMAR reportó que en el primer cuatrimestre del 2021 recibió 22,234<sup>4</sup> solicitudes de refugio, con un promedio de 300 personas por día en el mes de abril. Esto significó un incremento considerable de mujeres embarazadas y NNA, entre la cuales la nacionalidad hondureña y haitiana tuvieron los primeros lugares<sup>5</sup>, por lo que las necesidades para la atención a la salud materna, como control del embarazo, puerperio y atención de la persona recién nacida se elevaron. Las barreras mayormente localizadas son:

- Atención parcial, sin orientación adecuada y oportuna sobre los servicios disponibles para continuar con el control prenatal, la atención del parto o cesárea, el puerperio y la atención a la persona recién nacida.
- Falta de acceso a medicamentos, estudios de laboratorio y gabinete para el seguimiento y detección de amenazas a la salud.
- Falta de unidades de salud con un enfoque de interculturalidad y ausencia de orientación que genera en las mujeres embarazadas y con capacidad de gestar,
- Desconfianza de la atención prenatal, sobre los tratamientos o procedimientos que requieren, provocando un riesgo para la salud de la gestante e incremento de las muertes materno-fetal.

3. En virtud del derecho a la salud, los Estados tienen la obligación especial de abstenerse de denegar o limitar la igualdad de acceso de todas las persona, incluyendo

---

<sup>3</sup> Ídem.

<sup>4</sup> *La COMAR en números*, Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados, abril 2021, disponible en <https://www.gob.mx/comar/articulos/la-comar-en-numeros-271284?idiom=es>

<sup>5</sup> Ídem.

miembros de minorías, solicitantes de asilo e inmigrantes, incluidos los inmigrantes indocumentados, a los servicios de salud que proporcionan cuidados preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de aplicar prácticas discriminatorias en las políticas de Estado, así como de garantizar el acceso igualitario a los cuidados y servicios sanitarios suministrados por terceros. Por favor, explique cómo se aplica el punto anterior en su país, qué funciona bien y qué no tanto, y, si es posible, ilústrelolo con datos desglosados.

Existe una estrategia de la Secretaría de Salud que contempla acciones administrativas y operativas a nivel federal, estatal y de distrito jurisdiccional llamado Plan Integral de Atención a la Salud de la Población Migrante (PIASM) para brindar atención primaria, de urgencias, hospitalización, rehabilitación, o cuidados paliativos, **sin importar la condición migratoria**, enmarcada en el reconocimiento de la igualdad de todas las personas en el goce de derechos como derecho constitucional.

Sin embargo, los largos periodos de espera para el acceso a procedimientos y documentos de regularización migratoria o refugio, así como la prohibición de abandonar la ciudad hacia las personas refugiadas y/o detención por parte del Instituto Nacional de Migración (INM), generan efectos negativos a la salud en la población migrante, condicionan sus necesidades de alimentación, vivienda, agua y trabajo, así como el acceso a diversos niveles de atención médica, incluyendo la atención a la SSR y de altas especialidades. Teniendo que enfrentar diversas **barreras para el acceso** oportuno, idóneo, profesional y responsable<sup>6</sup> a los servicios de salud.

Algunas de las principales barreras que hemos documentado las OSC son:

- Solicitud de documentos probatorios de identidad, o documentos oficiales que permiten la estancia temporal en México (comprobante de domicilio, constancia de inicio de procedimiento para acceder a un estatus migratorio regular).<sup>7</sup>
- Personal no calificado que realiza una preselección basada en el estatus migratorio al momento de solicitar la atención en salud.
- Falta de información sobre el derecho a la salud en México, el sistema de salud, los servicios a los que pueden acceder, así como el nivel de atención.
- Falta de intérpretes con un enfoque en salud, capacitados para la identificación de necesidades médicas, que eviten la revictimización para casos de atención a la VBG y que sigan los estándares de confidencialidad de datos sensibles, además de la perspectiva de género.
- Enfermedades o padecimientos diagnosticados en el país de origen a lo que se les niega el servicio de especialidad correspondiente.

La falta de coordinación entre instancias de la salud, de protección a derechos de la población migrante, refugiada y solicitante de refugio y el Instituto Nacional de Migración agrava la respuesta de atención a la salud, especialmente para agilizar trámites que permitan la movilidad a tiempo para la vinculación a otros servicios fuera de la ciudad o por cuestiones de seguridad.

---

<sup>6</sup> Mujeres migrantes en Tapachula: barreras y facilitadores para el acceso a la salud sexual y reproductiva en 2020—Informe de la investigación, México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Ipas CAM, Médicos del Mundo, y Population Council.

<sup>7</sup> Informe de hallazgos de la Misión de Observación de Derechos Humanos de la Frontera Sur de México, 2020, <https://bit.ly/3MRbSjv>

Como se observa, el acceso a la salud está condicionado por la condición migratoria, que, a su vez, incide en la falta de acceso a vivienda digna, servicios de agua y saneamiento, trabajo, educación y otros derechos económicos, sociales y culturales que afectan negativamente a la salud física y psicológica de las personas migrantes y refugiadas.

Lo anterior, impacta negativamente la salud física y psicológica de las personas en contexto de movilidad, provoca en las personas una interrupción en sus proyectos de vida a corto y mediano plazo, lo cual aumenta el estrés y este a su vez desarrolla somatizaciones y daños orgánicos, llegando a sufrir importantes daños en su salud e inclusive la muerte<sup>8</sup>.

La práctica sistemática de la detención migratoria en México genera severos impactos a la salud física y psicológica de las personas migrantes y solicitantes de refugio. Ha sido ampliamente documentado<sup>9</sup> por las OSC que las estaciones migratorias no cuentan con las condiciones mínimas de higiene y acceso a la salud, además de que las personas detenidas viven en condiciones de hacinamiento. Dichas condiciones se agravan en las estancias provisionales y otros espacios informales o temporales de detención.

Finalmente, la COVID-19 ha agravado las vulneraciones al derecho a la salud y otros derechos conexos antes mencionados de la población migrante. El anuncio oficial de las restricciones de actividades no esenciales en las fronteras sur y norte y sur de México -en el marco de las llamadas caravanas migrantes- evidenció el racismo institucional, puesto que se estigmatizó a las personas migrantes como portadoras de la COVID, a pesar de que el propio titular de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, en la Secretaría de Salud de México manifestara que 2,500 personas no representan un riesgo para la salud pública.<sup>10</sup>

1. Por favor, comparta también buenas prácticas y ejemplos de reparaciones por discriminación racial relacionadas con violaciones y abusos del derecho a la salud.

El 16 de abril de 2020 diversas organizaciones de la sociedad civil promovieron un amparo para proteger la salud de las personas migrantes en el contexto de la pandemia. El 17 de abril, el secretario Arturo Israel Domínguez Adame, en funciones de juez, del Juzgado Primero de Distrito en Materia Administrativa de la Ciudad de México, ordenó once medidas para preservar la vida y la salud de las personas migrantes que se encuentran detenidas en las estaciones y estancias provisionales migratorias del país.

Entre ellas destacan la libertad inmediata de personas vulnerables en el contexto de la COVID-19 (personas adultas mayores, niñez, mujeres embarazadas, con enfermedades crónicas); el otorgamiento de estancia regular, que incluya acceso a la salud; y garantizar que ninguna niña, niño o adolescente se encuentre detenida.

---

<sup>8</sup> Muere migrante en Tapachula, presuntamente por hambre y fiebre, 23 de agosto de 2020, disponible en <https://bit.ly/3msNEkE>

<sup>9</sup> Personas en detención migratoria en México, Misión de Monitoreo de Estaciones Migratorias y Estancias Provisionales del Instituto Nacional de Migración, Consejo Ciudadano del Instituto Nacional de Migración, <https://bit.ly/3xk8MhY>

<sup>10</sup> Caravana migrante, “improbable” que represente riesgo para salud de mexicanos: López Gatell, <https://bit.ly/3zoXtYB>

Sin embargo, la medida no se continuó en una estrategia de atención integral que incluyera el seguimiento<sup>11</sup> a estas personas, a quienes tampoco se les proporcionó información; únicamente se les pidió acudir a sus centros de salud cercanos en caso de presentar síntomas de COVID-19.

En el caso de una mujer de nacionalidad haitiana, en compañía de su esposo e hijo que fueron detenidos por personal del INM y recibieron alternativas a la detención y posteriormente se les detuvo y deportó a Haití, sin tomar en consideración que eran solicitantes de la condición de refugiado.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) emitió una recomendación con medidas de reparación del daño<sup>12</sup> para buscar facilitar a las víctimas hacer frente a los efectos sufridos por causa de las violaciones de derechos humanos.

La rehabilitación incluye “la atención médica y psicológica, así como servicios jurídicos y sociales”. y de conformidad con la Ley General de Víctimas, proporcionarles la atención médica y psicológica que requieran por personal profesional especializado y atendiendo a sus necesidades específicas, así como también efectuar a las víctimas una valoración física y psicológica que sirvan para detectar con oportunidad las secuelas que pudieran presentar a efecto de brindarles una rehabilitación acorde a los resultados obtenidos.

La recomendación representa un hito en el reconocimiento de la responsabilidad del estado en garantizar el derecho a la vida, la integridad y la seguridad, asociada a derechos conexos como el acceso a la salud y en su caso la reparación integral del daño, sin embargo, hasta el momento no existe evidencia de que el INM y otras autoridades, hayan progresado en el cumplimiento de dichas recomendaciones.

## **Glosario de definiciones a efectos de este cuestionario**

En su primer informe al Consejo de Derechos Humanos, la Relatora Especial se hizo eco de las reflexiones del Prof. Charles Ngwena sobre el racismo, y señaló que también se extenderían a la etnia.<sup>13</sup>

“En 2018, Charles Ngwena escribió lo siguiente:

[...] La raza sigue siendo un criterio de asociación que las personas reivindican a menudo como parte de su identidad o que les puede ser atribuida por otras personas o por la comunidad política de la que forman parte. La raza tiene consecuencias políticas cuando la estructura política está racializada, explícita o implícitamente, en el sentido de que la diferenciación racial se vincula a esencias jerarquizadas que conllevan significados sociales, políticos y económicos que pueden ser positivos o negativos para el sujeto racializado, en función del lado de la “línea de color” en que está la persona o en que se considera que debe estar.”<sup>14</sup>

---

<sup>11</sup> Comisionado del INM tiene 24 horas para acatar resolución de Jueza o se le impondrá pena privativa de la libertad, comunicado disponible en <https://bit.ly/3aMAw7y>

<sup>12</sup> CNDH Recomendación 80/2021, disponible en <https://bit.ly/3toOqTH>

<sup>13</sup> A/HRC/47/28, paras 87-88.

<sup>14</sup> Ibid para 87

La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial define la “discriminación racial” como “toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública.” (Artículo 1)

La Declaración y Programa de Acción adoptados en la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, celebrada en 2001 en Durban (Sudáfrica) por las Naciones Unidas - conocida como la Conferencia de Durban – instó a los Estados a que, individualmente y mediante la cooperación internacional, mejoraran las medidas encaminadas a satisfacer el derecho de cada persona a disfrutar el máximo nivel posible de salud física y mental, con miras a eliminar las diferencias en el estado de salud, (...), que puedan ser resultado del racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia. (Programa de Acción de Durban, para. 109).

En 2009, la Conferencia de Examen de Durban aceptó la interpretación dada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial sobre la definición del concepto de discriminación racial que figura en la Convención, con el fin abordar las formas múltiples o agravadas de discriminación racial, tal como se refleja en su documento final.