

6. El racismo y el VIH/SIDA

Shalini Bharat

El estigma relacionado con el VIH/SIDA procede de la poderosa combinación de la vergüenza y el miedo: vergüenza porque las relaciones sexuales y la inyección de drogas que transmiten el VIH están rodeadas por el tabú y el juicio moral, y miedo porque el SIDA es relativamente nuevo y se considera mortal. Responder al SIDA con culpabilización o malos tratos hacia las personas con SIDA sólo sirve para ocultar la epidemia, creando las condiciones ideales para la propagación del VIH. La única forma de realizar progresos contra la epidemia es sustituir la vergüenza por la solidaridad, y el miedo por la esperanza.

Peter Piot, Director Ejecutivo,

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)

Introducción

Cada vez se reconoce más el hecho de que quienes más sufren la epidemia del VIH son también los más desposeídos, bien por razones de raza, condiciones económicas, edad, orientación sexual o género. Al igual que con otras enfermedades estigmatizadas como la tuberculosis, el cólera y la peste, las disparidades estructurales fundamentales, los prejuicios sociales y la exclusión social son las razones por las cuales las mujeres, los niños, las minorías sexuales y las personas de color sufren, de forma desproporcionada, las repercusiones del SIDA, así como el estigma y la discriminación que éste conlleva. Los antecedentes históricos mundiales sobre la epidemia del VIH, que ya datan de dos decenios, refuerzan la bien documentada interacción entre la enfermedad, el estigma y las identidades sociales «perjudicadas» sobre la base de la raza o etnicidad y la sexualidad.

Los estrechos vínculos del VIH/SIDA con los homosexuales y demás grupos calificados como «grupos de riesgo» que se establecieron al principio, parecen haber cegado a los sociólogos y a otros investigadores por lo que respecta a las relaciones entre los factores de raza, clase y género que configuran el SIDA no ya como un problema exclusivamente médico, sino social. Se ha descubierto que la raza, la clase y el género operan como importantes factores determinantes del estado de salud y del bienestar de las personas, que inciden en la manera que tienen de percibir las enfermedades, los hábitos saludables, el acceso a los servicios y los mecanismos existentes destinados a superar el estrés. Debido a que estos factores suelen operar simultáneamente, hacen peligrar sobremanera el estado de salud general y la capacidad de respuesta de las personas ante el problema. Aunque hay ciertos datos empíricos que vinculan la pobreza y el sexo con el VIH/SIDA, continúa siendo insuficiente la labor de investigación sobre la relación entre el VIH/SIDA, la etnicidad y la raza¹.

En este capítulo se exploran los conocimientos actuales acerca de los vínculos entre el racismo, la discriminación racial y el VIH/SIDA, así como ciertas pautas para las futuras investigaciones y las medidas oportunas de protección en favor de las víctimas de esta variante de la discriminación racial.

1. El fenómeno: el racismo y la discriminación racial relacionados con el SIDA

La raza es una forma de «identidad del grupo» y lo que es peor la base en que se fundamentan algunos de los actos más extremos y graves de discriminación y de violaciones de los derechos humanos en todo el mundo. En el ámbito de la salud, la raza se define como «uno de los principales determinantes de la identidad social y de las obligaciones, [así como] un elemento clave y empíricamente sólido para prever las variaciones en la morbilidad y la mortalidad»².

El estigma

El concepto de «estigma» se propuso por vez primera en una obra que ha pasado a ser clásica del sociólogo Erving Goffman³. Este autor define el estigma como «un atributo significativamente descalificativo», que sirve también para menospreciar ante la sociedad a quienes sean objeto del mismo. Goffman, que vincula el concepto con las enfermedades mentales, las deformidades físicas y la conducta social anómala como la homosexualidad, arguye que las personas estigmatizadas se consideran seres con una «diferencia indeseable». Dicho de otra manera, mantiene que la sociedad instituye el estigma sobre la base de la «diferencia» que percibe o la «desviación» y que lo aplica mediante el rechazo social, así como a través de sanciones. Esto redundaría en lo que se podría denominar una «identidad perjudicada» para las personas concernidas. Goffman considera que hay tres clases de estigma. La primera, que denomina estigma derivado de las malformaciones físicas; la segunda, que se relaciona con lo que se consideran «manchas del carácter propio» (por ejemplo debidas a trastornos mentales o a la homosexualidad) y la tercera, «el estigma tribal de raza, nación y religión». Esta tercera clase de estigma, «que se transmite por vía consanguínea» y poseen por igual todos los miembros de una familia, implica que la pertenencia a un grupo y la identidad del grupo pueden ser, de por sí, fuentes de estigma⁴.

Así pues, la raza y la etnicidad son unas de estas identidades del grupo que se consideran fuente de estigma, prejuicio y discriminación para quienes tengan esta identidad. Cuando a la identidad racial se suma una enfermedad como el VIH/SIDA, esto contribuye a un «doble estigma» (estigma tribal y estigma debido al VIH/SIDA). En una de las primeras obras de Postell, titulada «La salud de los esclavos en las plantaciones del Sur» había grabados con imágenes populares y públicas de la identidad del grupo de los afroestadounidenses en relación con las enfermedades y los cuidados de salud⁵. La conducta de los afroestadounidenses en lo referente a los cuidados de

salud, por ejemplo, se simboliza en una ilustración en que hay una mujer negra que va a pie, con imágenes de curandería – una cabeza de pollo, partes de ranas y serpientes – que representan las prácticas curativas y las creencias, sobre un trasfondo de densa vegetación y oscuridad. Esta ilustración contrasta con la de un médico estadounidense blanco subido en un coche de caballos, con imágenes de frascos de medicinas – las herramientas de su oficio – sobre un trasfondo soleado y con escasa vegetación. Esta composición de imágenes trata de reflejar el atraso, la ignorancia y la inferioridad cultural de los negros. Wailoo da otros ejemplos. Así pues, el anquilostoma se calificó como «el germen de la pereza», debido al letargo que produce en quienes lo padecen, en su mayoría negros. La lucha contra la tuberculosis entre los miembros de la población negra se describía no sólo como una lucha para erradicar la enfermedad sino «...contra la inferioridad física, mental y moral, contra la ignorancia y las supersticiones, contra la pobreza y la suciedad»⁶.

En estas y en otras descripciones, como señala Wailoo, las imágenes que preponderaban eran las de «los portadores» – como retrato de una amenaza social cuyas supersticiones colectivas, ignorancia y conducta despreocupada se erigió en afronta pertinaz ante las nociones modernas de higiene y de conocimientos de los adelantos científicos, [personas que se comprenden mejor desde el punto de vista de los]... vectores de enfermedades...»⁷. Luego, prosigue con una demostración de cómo los adelantos científicos de la época en el ámbito de la bacteriología dieron lugar a la noción de «vectores de enfermedades humanas» en el contexto de la fiebre María tifoidea (Typhoid Mary) o del «portador asintomático». Por ser obra de los científicos pioneros de aquella época, estas imágenes llevaban también el sello de autenticidad científica. Wailoo cita al notable investigador del anquilostoma, Charles W. Stiles, quien declara que la incidencia de la enfermedad, «probablemente es indicio de que los negros la trajeron de África... y hemos de arrostrar con franqueza el hecho de que los negros... debido a la costumbre poco higiénica que tienen de contaminar el suelo... representan una amenaza para los demás»⁸. Así pues, como observa Wailoo, «una característica importante del estigma en el ámbito de la salud pública se relaciona con las ideas científicas y sociales de la época sobre “los portadores” de la enfermedad»⁹. De estos ejemplos patentes se deduce que la noción del «vector de la enfermedad» es muy antigua y servía para estigmatizar la personalidad misma de los negros. Cuando Goffman ideó el propio concepto de estigma, a comienzos de los años sesenta, se refería a esta caracterización negativa como la creación de una «identidad perjudicada».

La estigmatización de la identidad de los afroestadounidenses en relación con las enfermedades a comienzos del siglo XX es prueba de la notable perpetuación hoy en día en el contexto del VIH/SIDA. Ejemplo de ello fue la estigmatización y acoso de los haitianos a comienzos de los años ochenta, a quienes se acusó de haber llevado el SIDA a los Estados Unidos¹⁰.

El significado de la discriminación

El concepto de estigma tiene una relación absoluta con el de «discriminación». Conforme al Diccionario de Sociología de Oxford, el concepto de discriminación se refiere sólo al «trato injusto», soliendo utilizarse en el ámbito de las teorías sociológicas de las relaciones étnicas y raciales. No obstante, ciertos análisis sociológicos más recientes sobre la discriminación «se centran en los patrones de dominancia y opresión, considerados como indicios de una lucha por el poder y los privilegios»¹¹.

Aunque esta última definición sociológica hace hincapié en las dimensiones estructurales de la discriminación¹², en el análisis social y psicológico de Herek se define la discriminación en términos conductuales: «la discriminación es una conducta»¹³. Dicho de otra forma, la discriminación es el trato diferente de las personas debido a su pertenencia a un grupo determinado. Herek diferencia la discriminación del «estigma», que «radica en la estructura y en las relaciones de la sociedad», y el «prejuicio» que «radica en el pensar de las personas»¹⁴.

En el ámbito de la raza, *el racismo es el estigma y la discriminación racial es la conducta que conforma ese estigma*. El racismo estriba en la ideología de la superioridad cultural y su resultado es una valorización generalizada y definitiva de las diferencias biológicas, ficticias o reales, que favorecen a los racistas y desprestigian a los demás, con objeto de justificar una agresión o privilegio¹⁵. El racismo se transmite a través de generaciones y sirve para racionalizar la estratificación jerárquica en una sociedad en que un grupo domina a otro u otros. El racismo se manifiesta a través de normas institucionales, valores culturales y patrones de comportamiento discriminatorio individual o colectivo.

Por último, cabe referirse a la definición jurídica. La discriminación por razones de raza o la discriminación racial se define en el artículo 1.1 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de 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.»

El estigma y la discriminación relacionados con el SIDA

En estos últimos años hay una creciente preocupación por el estigma y la discriminación relacionados con el SIDA¹⁶. Parker y Aggleton tratan de conceptualizar el estigma y la discriminación no sólo como procesos particulares, sino como fenómenos de índole cultural y social que se relacionan con las acciones de todo un grupo de personas, y no son producto de una conducta individual¹⁷. Combinan la labor de Foucault¹⁸, que pone

de relieve la producción cultural de la diferencia al servicio del poder y los trabajos de Goffman, en que se relaciona el estigma vinculado a la desviación, para resaltar que el estigma y la estigmatización operan en el punto de convergencia entre la cultura, el poder y la diferencia. El estigma así conceptualizado no es una mera expresión de actitudes individuales o de valores culturales, sino que es fundamental para la institución y continuidad de un determinado orden social. Éste es el ámbito conceptual que posibilita comprender y analizar el racismo y la discriminación racial relacionados con el VIH.

El estigma y la discriminación racial relacionados con el SIDA son procesos sociales complejos. No son únicos ni fortuitos¹⁹. Suelen basarse en temores preexistentes, prejuicios y disparidades sociales que a su vez se ven agravados por esos procesos y que tienen su origen, entre otras cosas, en la pobreza, el género, la raza, el sexo, la sexualidad, etc. En este sentido, las actitudes racistas y la discriminación racial relacionadas con el VIH/SIDA influyen en los estereotipos raciales preexistentes y las disparidades vinculadas por lo general con las personas de color y los refuerzan. Al igual que las demás clases de estigma, el relacionado con el SIDA da también lugar a la exclusión social, la búsqueda de chivos expiatorios, la violencia, la culpabilización, la difamación y la denegación de recursos y servicios supuestamente colectivos. La labor de investigación evidencia que no hace falta que las personas experimenten directa o personalmente el estigma (estigma efectivo); el estigma se puede percibir o suponer que existe (estigma percibido)²⁰. Este último es más perjudicial desde el punto de vista psicológico y más difícil de combatir en público²¹.

Hay otras dos clases de estigma, a saber: el estigma solidario y el estigma que se imponen las personas a sí mismas. El estigma solidario es el que comparten todos aquellos que se relacionan con la persona estigmatizada (por ejemplo los proveedores de cuidados de salud de los pacientes seropositivos). El estigma que se imponen las personas a sí mismas es el que aceptan, interiorizan y usan para legitimar las acciones negativas de los demás, de forma que contrarrestarlas resulta sobremanera difícil. En este caso las personas se comportan con excesivo comedimiento por sentirse vulnerables o disfrutan culpabilizándose²². Primordialmente los sectores despreciados por la sociedad – como los hombres homosexuales y bisexuales, los drogadictos que se inyectan y los trabajadores del sexo – son los que más se han vinculado con la epidemia desde sus primeras manifestaciones. De ahí que Herek haya establecido más diferencias aún entre el estigma «instrumental» y el «simbólico»²³. El primero se deriva del miedo al SIDA como enfermedad contagiosa y mortal, mientras que el segundo se refiere a la utilización del SIDA como vehículo para expresar la hostilidad hacia grupos que ya estaban estigmatizados en la sociedad. El racismo y la discriminación racial relacionados con el VIH se pueden clasificar como estigma «simbólico», puesto que los grupos raciales ya estigmatizados y marginados se estigmatizan aún más por su relación con el VIH y viceversa puesto que se supone que hay un alto porcentaje de VIH entre ciertos grupos raciales o étnicos sobre la base de su antigua relación con enfermedades como el cólera, la peste, la anquilostomiasis, etc.²⁴

Herek describió el proceso de estigmatización a nivel social en cuatro etapas, a saber: primera, se detecta y se define la enfermedad; segunda, se responsabiliza de su aparición a una persona, a un grupo o a algo concreto; tercera, se determina si los afectados por la enfermedad se considerarán inocentes o culpables, y cuarta, se responsabiliza de la búsqueda de una cura o solución a otro sector social²⁵.

2. Raza, género, clase y VIH/SIDA: la intersección

La relación entre la raza y el VIH/SIDA no se puede estudiar independientemente de las dimensiones de género, clase y orientación sexual²⁶. Como indica Aggleton, «la interseccionalidad es fundamental para comprender cómo el género, la raza, la edad y la sexualidad se aúnan para saber quién se ha contagiado y tras el contagio quién puede tener acceso a los medicamentos y a los servicios de salud»²⁷. Esta interseccionalidad conlleva un doble estigma, a veces incluso varios, así como la estigmatización de las personas infectadas. Las diferencias de género en los patrones de la infección del VIH varían considerablemente en todo el mundo. En las regiones en que la transmisión del VIH es principalmente de índole heterosexual, hay más casos de contagio en las mujeres que en los hombres. En la mayor parte de África, las tasas de contagio de las mujeres jóvenes son por lo menos el doble que las de los hombres jóvenes²⁸. En ciertas partes de Kenya y Zambia la tasa es del 25% para las adolescentes, mientras que la de los varones adolescentes es del 4%²⁹. La dimensión de género que reviste la epidemia del VIH está estrechamente relacionada con los valores y las normas patriarcales y con el hecho de que las mujeres sufren la mayor parte de las consecuencias de la epidemia, debido a la pérdida del sustento, a las presiones económicas, al cuidado de parientes enfermos y al estigma del SIDA³⁰.

En muchas partes de Asia el matrimonio plantea el mayor riesgo de contagio de VIH en las mujeres que se autoproclaman monógamas. Las repercusiones que ello pueda tener sólo se conciben en países en que el matrimonio es un ideal cultural y casi universal, como en la India. Las normas y valores de estos países obligan a que las mujeres acepten su «suerte» en el matrimonio y no se atrevan a oponerse a las exigencias de los maridos en cuanto a las relaciones sexuales. Incluso se llega a impedir que las mujeres adquieran conocimientos acerca del sexo, la sexualidad y las cuestiones relacionadas con la salud reproductiva. Así pues, las mujeres y las adolescentes carecen de los recursos de información necesarios para tomar decisiones en cuanto al uso de los anticonceptivos, cuyo uso podría reducir el riesgo de contagio. La falta de instrucción y de formación adecuadas para ganarse la vida contribuye aún más a la marginación de la mujer, particularmente de quienes están aún más en desventaja por pertenecer a ciertos grupos étnicos o raciales. En las situaciones de conflicto armado, migraciones y desplazamientos en razón de crisis, son también las mujeres las que sufren las consecuencias del acoso sexual y de las violaciones. Las pruebas recabadas en Croacia, Bosnia y Herzegovina, así como en Rwanda evidencian cómo las violaciones y el acoso sexual se usan como armas bélicas,

aumentando así el riesgo de contagio del VIH y demás enfermedades de transmisión sexual (ETS) en las mujeres³¹.

La pobreza y el VIH/SIDA

La pobreza es otra de las dimensiones que se combina con la raza y el género, multiplicando así los riesgos de contagio por VIH. A escala mundial, la epidemia del SIDA es más grave en los países más pobres y entre las personas de color³². Las condiciones de pobreza, el hambre, la ineficacia y la ignorancia son campo fértil para el contagio del VIH y la mayoría de las personas negras y otras minorías étnicas viven en estas condiciones. La pobreza aumenta las probabilidades de que las personas se expongan aún más. En Nicaragua, por ejemplo, la penuria económica obliga a que las jóvenes tengan relaciones sexuales con hombres mayores y casados que exigen mujeres más jóvenes y «limpias» para evitar el riesgo de contraer el VIH³³. La pobreza incide en el aumento del riesgo de contagio del VIH y viceversa. En el África subsahariana, por ejemplo, la escasez de mano de obra debido a la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el VIH ha mermado las cosechas en más del 40% en los hogares afectados por la epidemia, lo que ha dado lugar a una enorme crisis de desarrollo³⁴.

3. Dimensiones geográficas: problemas y tendencias

El SIDA se reconoció como crisis mundial a mediados de los años ochenta. A finales de 2001, una cifra total estimada en 40 millones de personas padecía el VIH/SIDA, de las cuales 18,5 millones de mujeres y 3 millones de niños³⁵. Ya habían muerto a causa del SIDA unas 22 millones de personas mientras que, sólo en 2003, se registraron unas 3 millones de muertes por SIDA³⁶. El VIH/SIDA es la cuarta causa más importante de muertes en el mundo y la principal en África³⁷. En general, el África subsahariana continúa a la cabeza con 28,1 millones de personas seropositivas, pero las cifras de contagio más elevadas y más recientes como porcentajes de los casos actuales se registraron en Europa oriental y en Asia central con un 43%, seguidas del resto de Asia y el Pacífico, con un 26%, en comparación con un promedio mundial del 11%³⁸.

Por lo general, los datos epidemiológicos del SIDA se establecen por país y por grupos de riesgo, no por raza ni etnicidad, debido al delicado aspecto político que ello entraña³⁹. Asimismo, se arguye que los datos basados en la raza y la etnicidad pueden servir para perpetuar el estigma vinculado a estos grupos y que, en parte, el problema podría también estribar en la clase de definición de las categorías raciales⁴⁰. No obstante, algunos de los datos específicos de ciertos países proporcionan dimensiones raciales y étnicas sobre el particular. Puede que estas cifras no sean representativas de la verdadera identidad racial preponderante entre quienes padecen el VIH, mas son un indicio de los niveles de disparidades sociales relativos a la raza, al género y a la clase.

Los datos epidemiológicos de los Estados Unidos indican que los hombres y las mujeres afroestadounidenses representan una proporción cada vez mayor de los casos de VIH/SIDA. Aunque el porcentaje de afroestadounidenses no es más que el 13% de la población, el porcentaje de los nuevos casos de contagio fue del 54% en 2000. Aproximadamente 82% de la cifra total de mujeres que se suponía habían contraído el VIH en 2000 eran afroestadounidenses e hispanas⁴¹. De los informes se deduce también que el SIDA es la causa principal de mortalidad entre los afroestadounidenses de 25 a 44 años de edad⁴². En una encuesta llevada a cabo en seis ciudades estadounidenses, se registraron tasas de prevalencia de VIH del 30% entre los varones homosexuales afroestadounidenses⁴³.

En el Canadá, la proporción de los casos registrados de SIDA ha ido en aumento de forma constante entre los grupos étnicos. Entre 1991 y 1999, por ejemplo, la proporción de casos de SIDA entre los blancos disminuyó del 88,6% al 66,1%, mientras que aumentó en relación con los distintos grupos étnicos. Según un informe, el 78,6% de la cifra acumulativa de diagnósticos de SIDA registrada en diciembre de 1998 se desglosaba por grupos étnicos⁴⁴. Se observó una tendencia mucho más marcada con posterioridad a 1994 entre las personas aborígenes y negras. Las estadísticas correspondientes a 2000 evidencian que aunque los aborígenes y los negros representan el 2,8% y el 2% respectivamente de la población canadiense, en estos grupos se registraron el 9,2% y el 8,3% de todos los casos de SIDA en dicho año⁴⁵. En Honduras, el contagio de VIH entre la minoría negra de los carob, conocidos como «garífunas» es el séxtuple de la media nacional hondureña, con un 8,2% para los hombres y 8,5% para las mujeres. Los hombres y las mujeres de edades entre 20 y 30 representan el 16% de los casos de contagio de VIH⁴⁶. En Australia, se registró una proporción mucho más considerable de casos seropositivos entre las indígenas (26%) que entre las no indígenas (8%)⁴⁷. En Europa, se están registrando aumentos de las tasas de contagio entre las personas africanas en Francia, sobre todo entre las mujeres⁴⁸. En el Reino Unido, los migrantes ugandeses constituyen el segundo grupo más afectado por VIH-1, seguido de los varones homosexuales⁴⁹. Asimismo, las estadísticas más recientes evidencian que se está estrechando la brecha entre los géneros en las tasas de contagio de VIH. A nivel mundial, las mujeres representaron el 40% de todos los casos nuevos de contagio en 2001 y el 37% del total de muertes por SIDA en 2001⁵⁰. En las minorías raciales y en los grupos étnicos se observa que también las mujeres se exponen a mayores riesgos de contagio y que son objeto, con creciente frecuencia, de estigmatización y discriminación. En el informe del ONUSIDA correspondiente a 2002 se indica que «...las jóvenes desfavorecidas (en particular las afroestadounidenses e hispanas) son cada vez más vulnerables al contagio»⁵¹.

En la mayor parte de África la prevalencia del VIH entre las mujeres va en aumento con mayor rapidez que entre los hombres. En Botswana, por ejemplo, la prevalencia media del VIH entre las mujeres embarazadas aumentó del 38,5% en 1977 al 44,9% en 2001, mientras que en Zimbabwe la tasa de prevalencia pasó del 29% en 1997 al 35% en 2000⁵².

4. Datos empíricos sobre el racismo y la discriminación racial relacionados con el VIH/SIDA

Como se mencionó anteriormente, la relación entre el racismo, la discriminación racial y el VIH/SIDA no se ha explorado muy bien ni lo bastante. Salvo la evidencia circunstancial y algunos pocos estudios de investigación a pequeña escala no hay documentación exhaustiva sobre la discriminación racial relacionada con el VIH/SIDA. Las primeras manifestaciones racistas se relacionaron con la «sexualidad africana» y fue así como se culpó a los «haitianos» en Estados Unidos de ser los «vectores» de la enfermedad⁵³. Aunque no es infundado el temor de polarizar aún más a las comunidades al documentar los datos étnicos, no se puede subestimar la importancia de recabar datos fidedignos desglosados por raza acerca del VIH/SIDA, a fin de establecer políticas y programas específicos para combatir la discriminación racial⁵⁴. Estos datos pueden servir como herramienta de defensa en pro de los derechos de los grupos étnicos y raciales⁵⁵.

Es sabido que en todo el mundo el estigma relacionado con el VIH/SIDA ha desencadenado toda una gama de reacciones negativas y de desprotección. Son varios los ámbitos en que se producen situaciones de estigmatización y discriminación como la familia, la comunidad, el trabajo y los servicios de salud⁵⁶.

Al principio de la epidemia, se impusieron restricciones de viaje a los «extranjeros», que por lo general pertenecían a las minorías raciales o étnicas. Por ejemplo, se retenía, aislaba o incluso se expulsaba de los programas de estudios por razones vinculadas a la condición de seropositivos a los estudiantes africanos que viajaban a la Unión Soviética y a diferentes partes de Europa occidental⁵⁷. En los países del Golfo se impusieron pruebas obligatorias a todos los extranjeros⁵⁸ y se sigue denegando la entrada a los Estados Unidos a los extranjeros seropositivos. Por lo general, en comparación con los blancos, los afroestadounidenses indicaron que el nivel más alto de estigmatización y discriminación se produjo en el sector de cuidados de salud debido a su condición de seropositivos. Entre algunas de las reacciones más corrientes se mencionó la búsqueda de chivos expiatorios y la culpabilidad. Como se mencionó anteriormente, muchos haitianos fueron objeto de acoso y estigmatizados a comienzos de la epidemia por creerse que eran vectores de la enfermedad en los Estados Unidos⁵⁹. En los países particularmente afectados se registraron incidentes de violencia y agresiones contra las personas seropositivas. Esto ocurre a menudo cuando se reconoce públicamente la condición de seropositivo, como sucedió con Gugu Dlamini, un joven voluntario de una comunidad sudafricana que murió dilapidado. Por consiguiente, no es de sorprender que las personas que padecen de SIDA teman revelar su «estado seropositivo». En una evaluación que realizó TASO, una organización de ayuda a las personas con SIDA en Uganda, un 58% de los pacientes indicó su temor al estigma como la razón principal por la que no revelaban su estado de seropositivos a los demás⁶⁰. Es sabido que las familias y las personas son capaces de cualquier cosa para ocultar a los demás

miembros de la comunidad la existencia de la infección por VIH⁶¹. Este secretismo no sirve más que de tapadera de la epidemia ante la sociedad y aumenta las posibilidades de contagio silencioso en la comunidad, pues quienes sufren el contagio no acuden a los servicios para saber cómo vivir con el VIH de manera constructiva⁶².

Aunque no es fácil disponer de pruebas directas de discriminación racial por razones del VIH/SIDA, los hallazgos en el ámbito de la investigación, vinculados de modo indisoluble con el racismo y otras formas de discriminación en la sociedad, son plétóricos y evidencian grandes disparidades en la salud entre las minorías raciales⁶³. Ejemplo de ello son los estudios realizados en los Estados Unidos, en que se observa una tasa más elevada de mortalidad infantil y adulta por diabetes, homicidios e infección por el VIH/SIDA entre los afroestadounidenses que entre la población blanca⁶⁴. En un estudio llevado a cabo en 107 ciudades estadounidenses se confirmó una tasa de mortalidad mayor entre los afroestadounidenses que en los demás grupos, debido a las enfermedades⁶⁵. En el Perú, en las provincias con mayor concentración de afroperuanos, como la de Piura, se registraron tasas de mortalidad infantil más altas (93 por 1.000 nacimientos vivos) en comparación con Lima (45 por 1.000 nacimientos vivos) donde es más bajo el porcentaje de población de descendencia africana.⁶⁶ Se registraron grandes disparidades análogas en el Brasil, donde la mortalidad infantil entre los afrobrasileños es de 62 por 1.000, en comparación con 37 por 1.000 entre los blancos⁶⁷. Asimismo, el acceso a los seguros de salud suele ser también inferior para ciertos grupos raciales. Ya en 1986, el 39% de los hispanos en los Estados Unidos carecía de seguro médico, cifra que representa el triple de la correspondiente a los blancos y el doble de los afroestadounidenses⁶⁸. En América Latina y el Caribe, la población afrovenezolana carece de servicios de salud y los trabajadores de salud se niegan a realizar visitas debido a la violencia⁶⁹. El acceso a las tecnologías médicas modernas es por lo general inferior, de forma que pocos son los ancianos afroestadounidenses que acuden a las consultas de especialistas de la salud, en comparación con los ancianos de raza blanca. Reciben menos cuidados preventivos y servicios hospitalarios de peor calidad, así como la falta de acceso a los últimos adelantos en la tecnología médica para las afecciones cardíacas, etc.⁷⁰

Hay evidencia que puede servir para comprender las razones por las que las minorías raciales son particularmente vulnerables al contagio por el VIH/SIDA o las ETS. En la mayoría de los países, los hombres y las mujeres pertenecientes a grupos indígenas y a minorías raciales tienen, por lo general, menos oportunidades de instruirse y de encontrar trabajo que la mayoría de la población. Por consiguiente, gravitan más hacia la drogadicción y la prostitución. En la ciudad estadounidense de Baltimore, por ejemplo, más de la mitad de los drogodependientes que se inyectan nunca obtuvo el título de bachiller y 97% son afroestadounidenses⁷¹. Debido a la falta de datos relativos al VIH/SIDA desglosados por raza y a que los servicios de prevención se instituyeron primero para los homosexuales blancos, hay menos servicios de prevención culturalmente adecuados para las minorías raciales. Ésta podría ser, en parte, la razón por la

cual disminuyeron, marginalmente, las prácticas sexuales en condiciones de riesgo entre los adolescentes negros (15%), en comparación con los adolescentes blancos (35%), de 1988 a 1995, y de que la exposición al contagio entre los hispanos experimentara de hecho un aumento durante el mismo período⁷². Puede que la ignorancia no sea un motivo suficiente para explicar las disparidades en las prácticas sexuales de menor riesgo. Por ejemplo, aunque más del 95% de los hombres y mujeres garífunas tenían conocimiento de la infección por el VIH, un 40% de los hombres y un 13% de las mujeres garífunas declararon haber practicado el sexo en condiciones de riesgo durante los seis meses previos a la encuesta.

Pese a la falta de evidencia directa que relacione la discriminación racial con el VIH/SIDA, es fácil observar cómo el racismo, la clase y el género acentúan las disparidades actuales, habida cuenta de las grandes desigualdades de salud entre las poblaciones blancas mayoritarias y la gente de color.

5. Las respuestas internacionales

Las respuestas jurídicas

Ya en 1983 12 países habían adoptado instrumentos jurídicos sobre el SIDA. En 1995, esta cifra había aumentado a 120⁷³. Entre las respuestas jurídicas cabe mencionar:

- el diagnóstico inicial obligatorio de los grupos y de las personas;
- la prohibición a las personas seropositivas de desempeñar ciertos trabajos;
- el reconocimiento médico, el aislamiento, la retención y el tratamiento obligatorio de las personas contagiadas;
- las restricciones de viajar al extranjero y de migrar, y
- la restricción de ciertas conductas como el uso de drogas por inyección y la prostitución⁷⁴.

La legislación denota, en gran medida, la problemática entre la protección de la salud pública y la protección de la salud personal. En la India, por ejemplo, por sentencia del Tribunal Supremo se suspendieron los derechos de las personas seropositivas a contraer matrimonio, por razones obvias de protección del cónyuge. Sin embargo, en Sudáfrica, el Tribunal Constitucional mantuvo que el despido de un sobrecargo de la compañía aérea SAS constituía un caso de discriminación injusta. No obstante, aunque haya legislación y tribunales que las apoyen, el temor a la exclusión social y la culpabilidad impiden que las personas seropositivas se acojan a la protección jurídica.

La resolución adoptada por la 99.^a Conferencia de la Unión Interparlamentaria instaba a todos los parlamentarios del mundo a implementar las Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos. Se prestó particular atención a lo siguiente: los encargados de la legislación en el ámbito de la salud; el derecho penal y

las instituciones penitenciarias; la legislación contra la discriminación; el derecho a la vida privada, a la confidencialidad y a la ética (incluida la labor de investigación), así como las normas del sector público y privado y los mecanismos de aplicación de las Directrices⁷⁵.

Estrategias

Actualmente, se reconoce que el VIH/SIDA es una cuestión de derechos humanos⁷⁶. En el ámbito internacional, la estrategia ha consistido en integrar los principios de los derechos humanos como la no discriminación, la confidencialidad, la participación y la igualdad en los programas y políticas, así como en la labor de investigación relacionada con el SIDA.

La Declaración de Londres sobre la Prevención del SIDA (1988) fue la primera declaración internacional en que se instaba a eliminar el estigma del VIH/SIDA. La 41ª Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA 41.24, de 13 de mayo de 1988, recomendó que los Estados miembros protegiesen los derechos humanos de las personas afectadas. El Centro de Derechos Humanos de las Naciones Unidas organizó, en 1989, la primera Consulta Internacional sobre el SIDA y los Derechos Humanos, tras lo cual se celebró una Segunda Consulta, en 1996, en la que se elaboraron las doce Directrices sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos⁷⁷. Cabe destacar que muchos organismos de derechos humanos incluyen ahora una referencia a la «condición de VIH/SIDA» en rúbricas más generales relativas al «estado de salud». A título de ilustración, en un comentario general adoptado por el comité de supervisión del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se enumeran las razones de no discriminación en el ámbito de la salud, incluyendo:

«... toda discriminación ... en la referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud ... por motivos de raza, color, sexo, idioma, ... lugar de nacimiento, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA) ... 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...»⁷⁸.

En su resolución 49/1999, la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas reafirmó: «... que la expresión “u otras situaciones” en las disposiciones sobre no discriminación de los textos internacionales de derechos humanos debería interpretarse en el sentido de que abarcan la condición en cuanto a salud, incluido el VIH/SIDA». La resolución 2001/33 de la Comisión, «Acceso a la medicación en el contexto de pandemias como la de VIH/SIDA», reconoce el derecho de estas víctimas al más alto nivel posible de salud física y mental.

La Asamblea General de las Naciones Unidas celebró una reunión extraordinaria para estudiar el VIH/SIDA en junio de 2001, entre cuyos logros cabe mencionar la institución del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, con miras a

fortalecer la labor de lucha contra el SIDA en los países en desarrollo y en favor de los segmentos desfavorecidos de la población. Asimismo, la Asamblea General instó a que los Estados promulguen, refuercen y hagan cumplir la legislación tendente a la eliminación de todas las demás formas de discriminación contra el SIDA y luchan contra el estigma, el silencio y la negación, cumpliendo estos objetivos para 2003.

La Conferencia Mundial de Durban evidenció la firme resolución de la comunidad internacional para enfrentarse al racismo relacionado con la epidemia del SIDA.

En el ámbito regional, el Código de Conducta sobre el VIH/SIDA, aprobado por la Comunidad del África Meridional para el Desarrollo (SADC), trata de proteger los derechos de las personas seropositivas⁷⁹.

La Campaña Mundial contra el SIDA culminó con el Día Mundial de la Lucha contra el SIDA, 1.º de diciembre, y se centró estratégicamente en las mujeres, las niñas y el VIH/SIDA. En 2004 se lanzó una nueva iniciativa (véase el recuadro).

Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA

Tras su lanzamiento en febrero de 2004, defensores, representantes gubernamentales, trabajadores comunitarios y celebridades están trabajando para estimular cambios concretos destinados a mejorar la vida diaria de las mujeres y las niñas en todo el mundo. La Coalición se dedica principalmente a la prevención de la infección por el VIH en las niñas y las mujeres; la igualdad de acceso de las mujeres y las niñas a los cuidados y tratamientos del VIH; agilizar la labor de investigación de microbicidas; la protección de los derechos de propiedad y sucesión de las mujeres y las niñas, así como la reducción de la violencia contra la mujer.

Internet: www.unaids.org

Ejemplos de activismo jurídico en el ámbito nacional

Comienzan a darse muestras de buenas prácticas legislativas y demás iniciativas nacionales en el ámbito de los derechos humanos y el VIH/SIDA que pueden servir de modelo en otras partes del mundo. Los ejemplos enumerados a continuación figuran en los informes del ONUSIDA. En Costa Rica, una ONG local ayudó con éxito a un estudiante universitario seropositivo a buscar una terapia combinada interviniendo ante la Corte Suprema. En Venezuela, las ONG locales, así como abogados y activistas de salud lograron obtener el derecho al tratamiento gratuito de las personas seropositivas en el sistema de seguridad social. En la India, unos abogados lograron defender a los trabajadores que habían sufrido el despido a causa de su estado seropositivo y el programa «Horizon» del «Consejo de Población» está contribuyendo a la instalación de hospitales de acogida para pacientes seropositivos en la capital. El centro de estudios

del SIDA de la Universidad de Pretoria, está tratando de elaborar un entorno en que sea posible luchar contra la estigmatización, el racismo y la discriminación relacionados con el SIDA. El proyecto jurídico de lucha contra el SIDA de la Universidad de Witwatersrand constituye otro fructífero precedente más en relación con el despido injustificado de personas seropositivas y la discriminación contra los reclusos seropositivos. Las instituciones nacionales de derechos humanos en Ghana, India y Sudáfrica han iniciado actividades de difusión y protección de los derechos humanos relacionados con el VIH/SIDA en los respectivos países⁸⁰.

6. Conclusiones

Hay cierto grado de entendimiento por lo que respecta al desarrollo y a la perpetuación del estigma relacionado con el VIH/SIDA, pero sigue haciendo falta ahondar sobremanera en el estudio de los vínculos entre el racismo, la discriminación racial y el VIH/SIDA, así como la dinámica y las repercusiones del estigma de las personas seropositivas por razones de raza. Asimismo, hay que elaborar estrategias basadas en la evidencia para luchar contra estos vínculos, en vista de lo cual se sugieren las siguientes pautas para la acción:

- impulsar la recopilación de datos desglosados por raza para velar por el reconocimiento de las dimensiones étnicas en toda la labor de investigación, prevención y cuidados del VIH/SIDA;
- formular un programa de investigación para documentar las pruebas, naturaleza y formas del estigma del VIH/SIDA relacionado con la raza;
- instituir ámbitos idóneos para la labor de investigación y de instrumentos para la recolección de datos por raza, a fin de examinar la interacción entre la raza, el género y la sexualidad en la creación del estigma del VIH/SIDA y sus repercusiones en la calidad de vida de las personas afectadas y en la prevención del VIH/SIDA y los programas y políticas de atención de salud;
- apoyar la labor de los gobiernos y de las ONG en la lucha contra la discriminación racial relacionada con el VIH/SIDA, posibilitando los conocimientos y la utilización de los instrumentos de derechos humanos;
- documentar la evidencia de buenas prácticas legislativas y demás reacciones de los países ante las actitudes racistas y el estigma del VIH/SIDA;
- realizar una labor de concienciación acerca de las leyes contra el racismo y los instrumentos de derechos humanos en todos los sectores de la sociedad y, en particular, entre los jóvenes, mediante el uso de programas educativos oficiales para los estudiantes y métodos pedagógicos oficiosos para los jóvenes fuera del entorno escolar; el ONUSIDA y la UNESCO han elaborado un excelente recurso pedagógico, «VIH/SIDA y Derechos Humanos: Jóvenes en Acción», que se puede utilizar dentro y fuera del ámbito escolar⁸¹.

Lecturas complementarias

Parker, R. y Aggleton, P. J., *HIV and AIDS-Related Stigma and Discrimination: A conceptual framework and implications for action*, Río de Janeiro; ABIA; Londres, TCRU, 2002.

ONUSIDA/ACNUDH, Directrices sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos, Ginebra, 1996 (E/CN.4/1997/37), disponible en www.unhchr.ch y www.unaids.org.

UNESCO/ONUSIDA 2001. El VIH/SIDA y los Derechos Humanos: Jóvenes en Acción, 2001.

Temas para debatir

¿Qué es el estigma? ¿Qué factores potencian el estigma relacionado con el VIH/SIDA y la discriminación? ¿De qué manera puede contribuir el enfoque de los derechos humanos para erradicar los prejuicios y la discriminación de quienes padecen el VIH/SIDA? Véanse las Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos para debatir sobre el particular.

Referencias

- ¹ ONUSIDA/OMS, La lucha contra la intolerancia relacionada con el VIH/SIDA: Estudio del vínculo entre el VIH/SIDA, el estigma, la discriminación y el racismo, 2001.
- ² Williams, D., «Race, socio-economic status, and health: the added effects of racism and discrimination», *Annals of the New York Academy of Sciences*, 986, 1999, págs. 173 a 188.
- ³ Goffman, E., *Stigma: Notes on the Management of a Spoiled Identity*, Nueva York, Simon and Schuster, 1963.
- ⁴ Wailoo, K., *Stigma, Race and Disease in 20th Century America: An Historical Overview*, Nueva Jersey, 2002.
- ⁵ Postell, W., *Health of Slaves on Southern Plantations*, Baton Rouge, Louisiana State University Press, 1951.
- ⁶ Wailoo, K., *Dying in the City of the Blues: Sickle Cell Anemia and the Politics of Race and Health*, Chapel Hill, University of North Carolina Press, 2001.
- ⁷ *Supra* nota 4.
- ⁸ Stiles, C. W., «Hookworm in the Relation to the American Negro», *Southern Medical Journal* 2, 1909, 1125-26.
- ⁹ *Supra* nota 4, pág. 5.
- ¹⁰ Farmer, P. y Kim, J. Y., «Anthropology, accountability and the prevention of AIDS», *Journal of Sex Research*, 28, 1991, págs. 203 a 221.
- ¹¹ Marshall, G., *Oxford Dictionary of Sociology*, Oxford University Press, 1998, pág. 163.
- ¹² Parker, R. y Aggleton, P. J., *HIV and AIDS-Related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and Implications for Action*, ABIA & TCRU, 2002.
- ¹³ Herek, G., «Thinking about AIDS and Stigma: A Psychologist's Perspective», *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30, 2002, págs. 1 a 14.

¹⁴ *Ibíd.*

¹⁵ Aissata, De Diop, Grupo de discusión en la 45.^a sesión de la CCM (Ginebra, 6 a 16 de marzo de 2001).

¹⁶ Véanse Parker y Aggleton, *supra* nota 12; Bharat, S., Aggleton, P. y Tyrer, P., *India: HIV and AIDS-related Discrimination, Stigmatization and Denial*, ONUSIDA, Ginebra, 2001; Bharat, S., *AIDS-related discrimination, stigmatization and denial in India*, ONUSIDA, Ginebra, 1999.

¹⁷ *Supra* nota 12.

¹⁸ Foucault, M., *Vigilar y castigar*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2003; *Historia de la Sexualidad*, Vol. I, Buenos Aires, Siglo XXI, 1982.

¹⁹ *Supra* nota 1.

²⁰ Scambler, G. y Hopkins, A., «Being epileptic, coming to terms with stigma», *Sociology of Health and Illness*, 8, 1986, 26-43.

²¹ Bharat, *supra* nota 16.

²² *Ibíd.*

²³ *Supra* nota 13.

²⁴ *Supra* nota 6.

²⁵ Herek, G., «Illness, stigma and AIDS», en *Psychological Aspects of Serious Illness: Chronic Conditions, Fatal Diseases and Clinical Care*, Hyattsville, MD: American Psychological Association, 1990, págs. 107 a 150.

²⁶ Véase también el capítulo 12.

²⁷ *Supra* nota 1.

²⁸ ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA*, Ginebra, 2002.

²⁹ ONUSIDA/OMS, *Situación de la epidemia del SIDA*, Ginebra, 1999.

³⁰ Bharat, S. y Aggleton, P. J., «Facing the Challenge: Household Responses to AIDS in India», *AIDS Care*, 11, 1999, págs. 31 a 44; Bharat, *supra*, nota 16.

³¹ Human Rights Watch, *Sheltered lives: Sexual violence during the Rwandan genocide and its aftermath*, 1996.

³² *Supra* nota 28.

³³ Zelaya, E., Marin, F., Garcia, J., Berglund, S., Liljestrand, J., y Persson, L.: «Gender and social differences in adolescent sexuality and reproduction in Nicaragua», *Journal of Adolescent Health*, 21(1), 1997, págs. 39 a 46.

³⁴ Topouzis, D., y Du Guerny, J., *Sustainable Agricultural/Rural Development and Vulnerability to the AIDS Epidemic*, ONUSIDA y FAO, Ginebra, 1999.

³⁵ ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA*, Ginebra, 2002.

³⁶ ONUSIDA, *Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA*, Ginebra, 2003.

³⁷ OMS, *Informe sobre la salud en el mundo, 1999 – Cambiar la situación*, Ginebra, 1999.

³⁸ ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA*, Ginebra, 2002.

³⁹ OPS, OMS y ONUSIDA, *VIH/SIDA en las Américas: Una epidemia multifacética*, Ginebra, 2001.

⁴⁰ *Supra* nota 1.

⁴¹ *Supra* nota. 34, pág. 40.

⁴² Centers for Disease Control and Prevention – CDC, *Young People at Risk: HIV/AIDS Among America's Youth*, Atlanta, Georgia, 2000.

⁴³ *Supra* nota 34, pág. 40.

⁴⁴ Health Canada, *HIV and AIDS in Canada*, Informe de vigilancia al 31 de diciembre de 1998.

⁴⁵ Canada Bureau of HIV/AIDS, STD and TB, *AIDS/HIV ethnicity in Canada*, HIV Epi Update May 2001.

⁴⁶ *Supra* nota 38, pág. 36.

⁴⁷ Commonwealth of Australia: *The National Indigenous Australian's Health Strategy 1996/7-1998/9*, 1997.

⁴⁸ Bungener, C., Marchand-Gonod, N., y Jouvent, R., «African and European HIV-positive women: Psychological and psychosocial differences», *AIDS Care*, 12(5), 2000, págs. 541 a 548.

⁴⁹ Low, N., Paine, K., Chisholm, D., Obonyo, N., Storkey, M., Youssef, S. y Pozniak, A., *African Communities in London: Demography and the Epidemiology and Economics of HIV Infections*, Inner-London HIV Commissioners, Londres, 1996.

⁵⁰ *Supra* nota 37.

⁵¹ *Supra* nota 35, pág. 40.

⁵² *Ibid.*, pág. 23.

⁵³ *Supra* nota 12.

⁵⁴ Una reciente encuesta en la red puso de manifiesto la muy alarmante proporción de gente de color (92%) y de blancos (79%) que tiene la creencia de que actualmente las minorías en los Estados Unidos siguen siendo objeto de discriminación de forma rutinaria. Más de la mitad de las personas encuestadas (66% de color y 56% blancos) considera que las relaciones raciales serán siempre un problema en los Estados Unidos y casi la mitad está de acuerdo con que a muchas personas blancas no les gustan las minorías (56% de color y 45% blancos). Véase Randall, V. R., *Race Relations - Result - 2001*, The University of Dayton, 2001. Para los datos relativos a las actitudes en la Unión Europea véase el capítulo 9.

⁵⁵ *Supra* nota 1.

⁵⁶ *Supra* nota 51, Malcolm, A., Aggleton, P., Bronfman, M., Galvao, J., Mane, P. y Verrall, J., «HIV-related stigmatization and discrimination: Its forms and contexts», *Critical Public Health*, 8.4, 1998, págs. 347 a 370.

⁵⁷ Sabatier, R., *Blaming Others*, Londres, The Panos Institute, 1998.

⁵⁸ Solon, O. y Barrazo, A. O., «Overseas contract workers and economic consequences of the HIV and AIDS in the Philippines», en Bloom D. E. y Lyons, J. V. (eds.), *Economic Implications of AIDS in South East Asia*, Nueva Delhi, PNUD, 1993.

⁵⁹ *Supra* nota 10.

⁶⁰ Kaleeba, N., Kalibala, S., Kaseje, M., Ssebhanja, P., Anderson, S., van Praag, E., Tembo, G. y Katabira, E., «Participatory evaluation of counseling medical and social services of The AIDS Support Organisation (TASO) in Uganda», *AIDS Care*, 9, 1997, págs. 13 a 26.

⁶¹ Bharat, *supra* nota 16.

⁶² Lie, G. T. y Biswal, P. M., «HIV-positive patient's choice of a significant other to be informed about the HIV-test result – findings from an HIV/AIDS counseling programme in the regional hospitals of Arusha and Kilimanjaro», *AIDS Care*, 8, Tanzania, 1996, págs. 285 a 296.

⁶³ OMS, *Salud y ausencia de discriminación*, Ginebra, 2001. Véase también el capítulo 5.

⁶⁴ Nickens, H. W., «Race/ethnicity as a factor in health and health care», *Health services research*, Parte II, 1995, págs. 151 a 177. Véase también el capítulo 5.

⁶⁵ *Supra* nota 2.

⁶⁶ Cowater International Inc., *Comunidades de Ancestría Africana en Costa Rica, Honduras, Nicaragua, Argentina, Colombia, Ecuador, Perú, Uruguay, Venezuela*, Washington D.C., 1996.

⁶⁷ FOASE: «Housing, services, child health all lag far behind», *Latin News*, 12, 2000.

⁶⁸ Bollini, S., «No real progress towards equity: Health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000», *Social Science and Medicine*, 41, 1995, págs. 819 a 828.

⁶⁹ *Supra* nota 66.

⁷⁰ Fiscella, K., «Inequality in quality: Addressing socioeconomic, racial and ethnic disparities in health care», *Journal of the American Medical Association*, 283 (19), 2000, págs. 2579 a 2584.

⁷¹ *Supra* nota 38.

⁷² *Ibid.*

⁷³ Paget, D. Z., «HIV/AIDS and the legislature: An international comparison», *AIDS Care*, 10, 1998, págs. 565 a 573.

⁷⁴ Gostin, L. O. y Lazzarini, Z., *Human Rights and Public Health in the AIDS Pandemic*, Nueva York, Oxford University Press, 1997.

⁷⁵ ONUSIDA/UIP, *Manual para legisladores sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Acción preventiva del VIH/SIDA ante los efectos devastadores y las repercusiones económicas y sociales*, Ginebra, 1999.

⁷⁶ *Supra* nota 34.

⁷⁷ ONUSIDA/ACNUDH, *Directrices sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos*, Ginebra, 1996 (E/CN.4/1997/37).

⁷⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/2000/4.

⁷⁹ ONUSIDA, *A human rights approach to AIDS prevention at work: The Southern African Development Community's Code on HIV/AIDS and Employment*, Ginebra, 2000.

⁸⁰ *Supra* nota 34, págs. 60 a 69.

⁸¹ UNESCO/ONUSIDA, *El VIH/SIDA y los Derechos Humanos: Jóvenes en Acción*, 2001.