

DIGNIDAD NEGADA

VIOLACIONES DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES
VIH-POSITIVAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CHILENOS



VIVO
POSITIVO



CENTRO
DE
DERECHOS
REPRODUCTIVOS

© 2011 Centro de Derechos Reproductivos

Impreso en Bogotá, Colombia

Cualquier parte de este informe puede ser copiada, traducida o adaptada con autorización de los autores, siempre y cuando las partes copiadas sean distribuidas gratuitamente o a precio de costo (sin fines de lucro) y se reconozca al Centro de Derechos Reproductivos (Centro) y VIVO POSITIVO como sus autores. Toda reproducción comercial requiere de la autorización previa de los autores por escrito. El Centro y VIVO POSITIVO agradecerían recibir una copia de cualquier material en el que se utilice información contenida en este informe.

Centro de Derechos Reproductivos

120 Wall Street, 14th Floor
Nueva York, NY 10005
Estados Unidos

Tel +1 917 637 3600

Fax +1 917 637 3666

publications@reprorights.org

www.reproductiverights.org

VIVO POSITIVO

San Isidro 367
Santiago
Chile

Tel +56 2 635 9396

Fax +56 2 635 5187

Título original en inglés: *Dignity Denied: Violations of the Rights of HIV-Positive Women in Chilean Health Facilities*

DIGNIDAD NEGADA

**VIOLACIONES DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES
VIH-POSITIVAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CHILENOS**

LA MISIÓN DEL CENTRO

El Centro de Derechos Reproductivos utiliza herramientas legales para promover la autonomía reproductiva como un derecho humano fundamental que todos los Estados están legalmente obligados a proteger, respetar y garantizar.

LA VISIÓN DEL CENTRO

La autonomía reproductiva es parte esencial de la promesa de dignidad humana, autodeterminación e igualdad, reconocidas tanto en la Constitución de Estados Unidos como en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Nosotros vislumbramos un mundo en el que toda mujer sea libre de decidir si quiere tener hijos y cuándo los quiere tener; en el que toda mujer tenga acceso a la mejor atención a la salud posible; en el que toda mujer pueda ejercer sus opciones sin coerción ni discriminación. En términos más simples, imaginamos un mundo en el que toda mujer participe con plena dignidad como miembro de la sociedad en pie de igualdad.

LA MISIÓN DE VIVO POSITIVO

VIVO POSITIVO procura ampliar y fortalecer una respuesta integral a los desafíos de la epidemia para mejorar la calidad de vida de las personas viviendo y afectadas con VIH/SIDA.

LA VISIÓN DE VIVO POSITIVO

VIVO POSITIVO, como movimiento organizado social, utiliza la inclusión, participación y representación para generar cambios sociales y culturales, abrir puertas y crear lealtades entre la sociedad civil y los hombres y mujeres viviendo con VIH/SIDA para poder responder a temas nacientes en el ámbito nacional e internacional.

TABLA DE CONTENIDO

- 5 AGRADECIMIENTOS
- 6 GLOSARIO Y LISTADO DE SIGLAS FRECUENTES
- 9 INTRODUCCIÓN
- 10 Un Fenómeno Mundial: Violaciones a los Derechos de las Mujeres VIH-Positivas
- 11 METODOLOGÍA Y ESTRUCTURA DEL INFORME
- 12 Mujeres, VIH y Riesgo
- 15 FACTORES SOCIALES Y CULTURALES QUE EXPONEN A LAS MUJERES CHILENAS A UN ALTO RIESGO DE CONTRAER EL VIH
- 17 EL ESTIGMA GENERALIZADO ACERCA DEL VIH CONDUCE A UN TRATO DISCRIMINATORIO EN EL SISTEMA DE SALUD
- 17 La Historia de Julia: Discriminación y Atención de Salud Negada
- 18 Prevención de la Transmisión de Madre a Hijo
- 21 Confidencialidad, Consejería y Consentimiento a la Prueba de VIH
- 24 Elementos del Consentimiento Informado
- 25 La Historia de Francisca: Esterilización sin su Consentimiento por su Estatus VIH
- 29 La Esterilización Forzada o sin Consentimiento Viola una Serie de Derechos Humanos
- 31 Centro de Atención Integral de Salud Sexual: Promoviendo los Derechos Reproductivos de las Mujeres VIH-Positivas en Concepción
- 34 EL TRATO DISCRIMINATORIO VIOLA LOS DERECHOS HUMANOS FUNDAMENTALES DE LAS MUJERES VIH-POSITIVAS
- 39 RECOMENDACIONES

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a las mujeres que compartieron sus experiencias con nosotros. Este informe no habría sido posible sin su fuerza y su franqueza.

Este informe es una publicación conjunta del Centro de Derechos Reproductivos (Center for Reproductive Rights) y VIVO POSITIVO. La conceptualización del informe estuvo a cargo de Lilian Sepúlveda, Directora Adjunta del Programa Legal Internacional del Centro; Vasili Deliyanis, Coordinador Ejecutivo de VIVO POSITIVO; Sara Araya, Encargada del Área de Género y actualmente Presidenta de VIVO POSITIVO, y Suzannah Phillips, Columbia Law School Henkin-Stoffel Fellow de Derechos Humanos, en el Centro y VIVO POSITIVO. Suzannah Phillips realizó las entrevistas y un extenso análisis de documentación para el informe, y es la principal autora del mismo. Sara Araya coordinó las entrevistas clave y facilitó el proceso de investigación. Lilian Sepúlveda supervisó la investigación y la redacción, e hizo aportes fundamentales en la redacción y producción del mismo.

En VIVO POSITIVO Vasili Deliyanis, junto a Patricio Novoa, Coordinador del Área de Desarrollo Institucional y Julia Rojas, ex Asesora Metodológica, tuvieron un papel fundamental en la investigación y la edición de este informe. En el Centro, Luisa Cabal, Directora del Programa Legal Internacional, Laura MacCleery, Directora de Relaciones Gubernamentales y Comunicaciones, y Elisa Slattery, Coordinadora Regional y Abogada para África, ofrecieron aportes y apoyo

fundamentales para la elaboración del borrador y la producción de este informe; Katherine Mayall, Pasante del Programa Legal Internacional, corroboró antecedentes del informe; Dante Costa, Pasante del Programa Legal Internacional, preparó el glosario; Katherine Polin, Asistente Legal, ofreció apoyo fundamental para finalizar el informe para su publicación, y Carveth Martin, Diseñadora Gráfica y Coordinadora de Producción, diseñó la portada y el interior. Morgan Stoffregen, María Laura Rojas, Abogada para América Latina y el Caribe, y Kate Meyer, Asistente Legal, ofrecieron apoyo con las revisiones finales en la versión en español. El Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) realizó su traducción al español. Mónica Arango Olaya, Directora Regional para América Latina y el Caribe, y Alejandra Cárdenas, Abogada para América Latina y el Caribe revisaron la edición de la traducción del reporte al español.

Nuestros agradecimientos especiales a Giovanna Canto, Daisy Gómez y Carola Ramírez, que con su colaboración integral facilitaron las entrevistas en Concepción, Iquique y Temuco; a Lidia Casas, Profesora e Investigadora de la Facultad de Derecho de la Universidad Diego Portales, como también a las proveedoras, los proveedores y autoridades de salud del sector público que compartieron generosamente su tiempo y sus conocimientos con nosotros.

Este informe es financiado parcialmente por una subvención otorgada por la Fundación para Promover una Sociedad Abierta (Foundation to Promote Open Society).

GLOSARIO Y LISTADO DE SIGLAS FRECUENTES

Carga viral: Medición de la presencia de VIH en la sangre utilizada para supervisar el estado de la enfermedad e informar de las opciones de tratamiento. Mientras más alta sea la carga viral de una persona, más avanzada la enfermedad por VIH y el deterioro del sistema inmune. Por el contrario, si la carga viral no es detectable, no hay suficientes filamentos de VIH en el torrente sanguíneo para que el examen registre su presencia; la cantidad de filamentos virales que darán como resultado una carga viral “no detectable” varía de acuerdo con la sensibilidad de la prueba.

CEDAW: Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer: Tratado internacional que especifica las obligaciones de los Estados para eliminar la discriminación contra las mujeres.

Comité CEDAW: Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: organismo de la ONU responsable de supervisar el cumplimiento de la CEDAW por los Estados parte.

Comité de Derechos Humanos: Organismo de la ONU responsable de supervisar el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos por los Estados parte.

Comité ESCR: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: organismo de la ONU responsable de supervisar el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales por los Estados parte.

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: Conferencia de la ONU realizada en El Cairo en 1994, donde líderes mundiales, autoridades de alto rango, representantes de ONGs y agencias de la ONU se reunieron para llegar a acuerdos en relación a un Programa de Acción que abordara los temas vinculados con población y desarrollo.

Convención Americana: Convención Americana sobre Derechos Humanos: Convención internacional que promueve y protege los derechos humanos en la región de las Américas.

Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes: Tratado internacional para la prevención de la tortura.

Convención de Belém do Pará: Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer: Tratado internacional que especifica las obligaciones de los Estados para prevenir, sancionar y eliminar la violencia contra las mujeres en la región de las Américas.

Convención sobre los Derechos del Niño: Tratado internacional que defiende los derechos humanos de los niños y niñas.

Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos: Guías preparadas por la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos y ONUSIDA referentes a las violaciones a los derechos humanos que experimentan las personas que viven con VIH/SIDA, incluyendo discriminación, pobreza y violencia, que además contienen directrices sobre estándares de mejores prácticas.

El Centro: Centro de Derechos Reproductivos: Organización sin fines de lucro que mediante herramientas legales promueve y defiende los derechos reproductivos de las mujeres alrededor del mundo.

Estatus serológico: Estatus VIH de una persona. Una persona que es VIH-positiva es seropositiva, mientras que un individuo VIH-negativo es seronegativo.

Esterilización: Método anticonceptivo permanente. La esterilización quirúrgica consiste en una operación en la cual se cortan o bloquean las trompas de Falopio para prevenir la fertilización. La esterilización médica y la química son métodos no quirúrgicos que involucran la implantación de un dispositivo en las trompas de Falopio, o bien la administración de un medicamento que hace que las trompas de Falopio se ocluyan.

FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia: Organización mundial formada por organizaciones profesionales de obstetras y ginecólogos alrededor del mundo.

FLACSO-Chile: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Chile: Sede chilena de FLACSO, organización intergubernamental autónoma en América Latina y el Caribe dedicada a la promoción, investigación y docencia de las ciencias sociales.

Infectología: Especialidad médica centrada en el estudio y tratamiento de enfermedades infecciosas, incluyendo el VIH/SIDA.

OMS: Organización Mundial de la Salud: Agencia de la ONU dedicada a la investigación y promoción de la salud pública alrededor del mundo.

ONG: Organización No Gubernamental.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA: Agencia de la ONU dedicada a las acciones relacionadas con el VIH/SIDA a nivel mundial.

Organismos de monitoreo de tratados: Organismos de monitoreo de tratados de la ONU: Comités responsables de supervisar el cumplimiento de las obligaciones adoptadas por los Estados parte con respecto a los tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas.

Organización Panamericana de la Salud: Agencia internacional de salud pública dedicada a la investigación y promoción de la salud pública en la región de las Américas. Se desempeña como organismo especializado en salud del Sistema Interamericano, y también como Oficina Regional para las Américas de la OMS.

Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Tratado internacional que protege los derechos humanos económicos, sociales y culturales de las personas.

Pacto sobre Derechos Civiles y Políticos: Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos: Tratado internacional que protege los derechos humanos civiles y políticos alrededor del mundo.

PAP: Examen de Papanicolaou: Prueba de detección utilizada en ginecología para pesquisar alteraciones pre malignas, malignas o cancerosas en el cuello del útero.

Pareja sero-discordante: Relación de pareja en la cual uno de los miembros es VIH-positivo y el otro es VIH-negativo.

Prevalencia de VIH: Porcentaje de población adulta (entre los 15 y los 49 años de edad) que vive con VIH.

Relator(a) Especial: Experto(a) independiente designado(a) por el Consejo de Derechos Humanos de la ONU para investigar, supervisar y recomendar soluciones a problemas de derechos humanos.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: Etapa en la cual el sistema inmunológico de un individuo está debilitado por el VIH hasta el punto que puede desarrollar diversas enfermedades o tipos de cáncer, o en que un examen de laboratorio muestra que su sistema inmune está gravemente dañado.

TAR: Terapia Antirretroviral: Cualquiera de los diversos tratamientos que incluyen medicamentos antirretrovirales.

TMH: Transmisión de Madre a Hijo(a): La transmisión del VIH/SIDA de la madre al hijo(a) durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y/o la lactancia.

Transmisión vertical: Ver *TMH*.

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas: Agencia de la ONU dedicada a financiar y apoyar programas de población y salud reproductiva en países en desarrollo.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana: Retrovirus que infecta las células del sistema inmune, destruyendo o impidiendo su funcionamiento. A medida que la infección progresa el sistema inmune se vuelve más débil y la persona se vuelve más susceptible a adquirir infecciones.

VIVO POSITIVO: Organización no gubernamental que defiende los derechos de los individuos que viven o están afectados por el VIH/SIDA en Chile.

LAS MUJERES VIH-POSITIVAS EN CHILE SON PRESIONADAS CONSTANTEMENTE PARA QUE PREVENGAN LA OCURRENCIA DE EMBARAZOS, Y LA ESTERILIZACIÓN FORZADA O NO CONSENTIDA ES UN PROBLEMA SISTEMÁTICO.



INTRODUCCIÓN

“ Me humillaron... diciéndome que no podía abrazar ni besar a mi bebé, porque iba a infectarlo. Y otras cosas malas. Ahí fue cuando aprendí lo que es discriminar a una persona. ”

– Daniela, una mujer VIH-positiva de 26 años, Arica

Las mujeres corresponden aproximadamente al 50% de los 33,4 millones de personas que viven con VIH/SIDA alrededor del mundo.¹ Si bien el porcentaje total de mujeres que viven con VIH/SIDA se ha estabilizado en los últimos años, en algunos países, incluyendo Chile, sigue habiendo un aumento en las tasas de infección en mujeres.²

Factores biológicos, sociales y culturales contribuyen a la mayor vulnerabilidad de las mujeres a la infección del VIH. En términos fisiológicos, las mujeres son dos a cuatro veces más susceptibles de contraer el VIH que los hombres,³ y los factores sociales y culturales, incluyendo la violencia de género, estereotipos de género muy arraigados, dinámicas de poder en las relaciones y dependencia económica, aumentan el riesgo de las mujeres de contraer el virus. Reconociendo que la equidad de género es fundamental para los programas de prevención del VIH, los acuerdos internacionales y los documentos de consenso han solicitado cada vez con más énfasis que las respuestas a la pandemia global incorporen la perspectiva de género, y han subrayado que el empoderamiento de las mujeres y la eliminación de prácticas discriminatorias son elementos centrales de las estrategias de prevención del VIH/SIDA.⁴

Sin embargo, a pesar de que existe un fuerte compromiso internacional para que los programas de prevención y tratamiento del VIH incorporen la perspectiva de género, existe una amplia brecha entre los estándares internacionales y la situación real de las mujeres en su vida cotidiana. Alrededor del mundo las mujeres siguen luchando

contra un mayor riesgo de contraer el VIH, y si se contagian con el virus, enfrentan una discriminación y un estigma generalizados que limitan aún más su participación completa e igualitaria en la sociedad.

Las experiencias de las mujeres chilenas ofrecen un crudo ejemplo de estas realidades.

Si bien Chile ha tenido una democracia estable durante dos décadas desde el término de la dictadura de Pinochet, el desarrollo económico y la estabilidad política no se han traducido en que las mujeres puedan gozar de manera completa e igualitaria de sus derechos humanos fundamentales. Por ejemplo, Chile sólo legalizó el divorcio en el año 2004, y con respecto al aborto tiene una de las leyes más restrictivas del mundo, puesto que criminaliza el aborto sin excepción, incluso cuando es necesario para salvar la vida de la mujer embarazada.

Con respecto al VIH, Chile tiene una prevalencia relativamente baja de casos de VIH, solamente un 0,3% (aproximadamente 31.000 personas),⁵ y el gobierno chileno ha dado pasos importantes para responder al VIH: ha adoptado un plan nacional de prevención, exámenes de diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA, y el 82% de los chilenos que presentan una infección por VIH avanzada reciben hoy en día terapia antirretroviral (TAR).⁶ Sin embargo, factores sociales y culturales siguen exponiendo a las mujeres chilenas a un riesgo alto de contraer el VIH, y las mujeres VIH-positivas se encuentran en Chile con barreras

importantes para recibir atención médica aceptable y de calidad, incluyendo la atención en salud reproductiva. Un estudio del año 2004 con mujeres viviendo con VIH/SIDA, documentó una difundida práctica de coerción en relación con maternidad y VIH en el sector salud, y encontró que la esterilización forzada o sin consentimiento a mujeres VIH-positivas es un problema sistémico. Un 56% de las mujeres encuestadas refirieron que los proveedores de salud las habían presionado para que evitaran el embarazo, y entre las mujeres que habían sido esterilizadas quirúrgicamente después de conocer su estatus VIH positivo, el 50% de ellas fueron esterilizadas bajo fuerza o presión.⁷ Las experiencias de las mujeres que entrevistamos, en conjunto con reportes informales, indican que la práctica de las esterilizaciones forzadas o sin consentimiento persiste en los servicios de salud, junto a otros tratos discriminatorios.

El gobierno chileno ha ratificado tratados de derechos humanos regionales e internacionales, demostrando su compromiso de respetar, proteger y garantizar los derechos humanos básicos. Estos derechos fundamentales se basan en los principios de dignidad e igualdad inherentes al ser humano, sin importar su sexo o estatus VIH. Sin embargo, el estigma y la discriminación que las mujeres VIH positivas encuentran en los establecimientos de salud chilenos contradicen este compromiso. Las acciones de las y los trabajadores de salud que se documentan en este informe discriminan a las mujeres chilenas que viven con VIH/SIDA, dándoles un trato que las rebaja como seres humanos y les niega su dignidad inherente.

Un Fenómeno Mundial: Violaciones a los Derechos de las Mujeres VIH-Positivas

Los abusos contra mujeres VIH-positivas en el ámbito de los servicios de salud, similares a las experiencias de las mujeres chilenas que se incluyen en este informe, son un fenómeno mundial.

Con frecuencia se presiona u obliga a las mujeres VIH-positivas a someterse a una esterilización quirúrgica por su estatus VIH positivo. La práctica de esterilizaciones forzadas o no consentidas se ha documentado en República Dominicana,⁸ México,⁹ Namibia,¹⁰ Sudáfrica,¹¹ y Venezuela,¹² y hay reportes informales que indican que es una práctica cada vez más difundida a nivel mundial.

Asimismo, a las mujeres VIH-positivas se les retrasa o se les niega la atención de salud en situaciones de emergencia, incluso cuando hay de por medio un riesgo vital. En India, una mujer embarazada fue dada de alta del hospital cuando sus médicos se enteraron de que ella era VIH-positiva, a pesar de que sentía dolor y estaba a punto de dar a luz a su bebé. Dio a luz a la salida del hospital, sin atención médica y sin ninguna intervención clave para reducir el riesgo de transmitir el VIH a su bebé. Se le impidió por la fuerza reingresar al hospital después del parto. Dos días más tarde solicitó atención por complicaciones severas relacionadas con su embarazo. Si bien finalmente fue admitida en el hospital, permaneció sin recibir atención durante horas. Murió tres días después de haber dado a luz por septicemia y sangrado excesivo.¹³

METODOLOGÍA Y ESTRUCTURA DEL INFORME

Metodología

Este informe se basa en el estudio y las entrevistas realizadas por el Centro de Derechos Reproductivos (el Centro) y VIVO POSITIVO entre marzo de 2009 y julio de 2010. A través de entrevistas extensas y detalladas, el Centro y VIVO POSITIVO reunieron las experiencias de 27 mujeres chilenas VIH-positivas en las regiones de Tarapacá, Maule, Biobío, Araucanía y la Región Metropolitana (Santiago). El Centro y VIVO POSITIVO también realizaron visitas en terreno a establecimientos públicos de salud, hablaron con autoridades de este sector, y con proveedoras y proveedores de salud que atienden a pacientes que viven con VIH/SIDA. Por otra parte, el Centro y VIVO POSITIVO revisaron guías, políticas y manuales nacionales e internacionales en los temas relacionados con servicios de salud en VIH/SIDA y salud reproductiva, así como también informes cuantitativos y cualitativos difundidos por organizaciones no gubernamentales e internacionales que trabajan en Chile. Para proteger su confidencialidad, no se usan los nombres reales de las mujeres en este informe. Por la misma razón, la información que permitiría identificar a otros entrevistados(as) también se ha omitido. El estigma que se asocia al VIH en ocasiones planteó desafíos a la investigación para realizar este informe, en la medida en que algunas mujeres no estaban dispuestas a hablar con nosotras por temor a ser identificadas como VIH-positivas.

Alcance y Estructura del Informe

Este informe no es un examen exhaustivo de los abusos y violaciones de derechos que las mujeres VIH-positivas enfrentan en Chile, sino más bien una exploración de los obstáculos a la calidad de atención que las mujeres encuentran en los establecimientos de salud, incluyendo la ausencia de consejería previa y posterior a la prueba de VIH, violaciones a la confidencialidad, trato discriminatorio o maltrato, discriminación en relación a la maternidad, y esterilización forzada o sin consentimiento.

La Sección Uno ofrece una visión panorámica de los factores que contribuyen al riesgo de las mujeres chilenas de contraer VIH. La Sección Dos discute las experiencias de las mujeres VIH-positivas en los centros de salud chilenos, algunas de las barreras estructurales que impiden el acceso a servicios de salud de calidad, y las repercusiones de la discriminación en la atención de salud. La Sección Tres ofrece un panorama de las implicaciones que tienen las violaciones a los derechos identificadas en este informe en el plano legal y de derechos humanos. La Sección Cuatro ofrece algunas recomendaciones a los principales actores interesados, con base en los hallazgos del informe y la contribución de las mujeres y los proveedores de salud con quienes el Centro y VIVO POSITIVO conversaron.

Mujeres, VIH y Riesgo

Una Mirada a las Mujeres y el VIH

- A nivel mundial hay aproximadamente 33,4 millones de personas que viven con VIH/SIDA. Las mujeres constituyen aproximadamente el 50% de esta población.¹⁴
- Más de cuatro quintos de los nuevos casos de mujeres infectadas ocurren dentro del matrimonio o en relaciones de largo plazo con la pareja principal.¹⁵
- Las mujeres jóvenes tienen 1,6 veces más probabilidades de ser VIH-positivas que los hombres jóvenes.¹⁶
- El Caribe, que tiene la prevalencia más alta de VIH después de África subsahariana, refleja las estadísticas mundiales, ya que las mujeres constituyen alrededor del 50% de las infecciones por VIH en la región. Las mujeres jóvenes de la región corren un riesgo especialmente alto de contraer el virus.¹⁷
- En Latinoamérica las mujeres constituyen un porcentaje menor de las personas que viven con VIH/SIDA, en comparación con grupos de alto riesgo, como por ejemplo hombres que tienen sexo con hombres.¹⁸ Sin embargo, a medida que la epidemia madura, la transmisión heterosexual aumenta. En Perú, por ejemplo, la transmisión heterosexual corresponde aproximadamente al 43% de todos los nuevos casos de infección por VIH.¹⁹
- Las mujeres pertenecientes a grupos marginales son particularmente vulnerables. En Estados Unidos las enfermedades relacionadas con el SIDA son la principal causa de muerte de las mujeres afroamericanas entre 25 y 34 años de edad, y en Canadá las mujeres indígenas tienen casi tres veces más probabilidades que las mujeres no indígenas de ser VIH-positivas.²⁰
- El condón femenino es el único método seguro, efectivo y controlado por la mujer que está disponible en la actualidad para prevenir el VIH, pero no es accesible a nivel masivo. Las barreras que dificultan dicho acceso incluyen el costo comparativamente alto del condón femenino y la falta de información y educación con respecto a este método anticonceptivo.²¹

Violencia contra las Mujeres y VIH/SIDA

La relación entre la violencia de género y el VIH/SIDA es ampliamente reconocida;²² la violencia contra las mujeres y el VIH/SIDA se intersectan de muchas maneras diferentes y complejas, como una causa y a la vez consecuencia de la infección por VIH. La violación y otras formas de violencia sexual aumentan en gran medida el riesgo de infección de una mujer, tanto porque las

Violencia contra las Mujeres y VIH/SIDA (continuación)

mujeres no tienen la posibilidad de negociar el uso del condón para protegerse de la transmisión del VIH, como porque el trauma físico de una relación sexual forzada puede provocar un aumento de los desgarros o abrasiones por donde el virus puede entrar al torrente sanguíneo.²³ El temor a la violencia también puede impedir que las mujeres negocien el uso del condón en encuentros sexuales consensuados²⁴ o que se hagan una prueba de VIH cuando creen que pueden haber estado expuestas al virus.²⁵

La violencia contra las mujeres es generalizada en América Latina. En Chile cada semana una mujer muere a manos de su pareja, y un estudio encontró que alrededor del 50% de las mujeres chilenas han sido víctimas de violencia doméstica.²⁶ En Perú el 41% de las mujeres ha sufrido violencia física de parte de sus esposos y el 28% ha sufrido violencia de parte de otros hombres.²⁷ En Nicaragua el 40% de las mujeres en edad reproductiva han sido víctimas de violencia física por parte de sus parejas.²⁸

Las mujeres que han sido víctimas de violencia de género enfrentan un riesgo mayor de contraer el VIH. En un estudio con mujeres VIH-positivas en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, la mayoría de las participantes informó haber sido víctima de violencia de género antes de conocer su estatus VIH-positivo: 79% en Argentina, 62% tanto en Brasil como en Uruguay, y 56% en Chile.²⁹

Las mujeres VIH-positivas también pueden estar en mayor riesgo de sufrir violencia doméstica o abandono ante la revelación de su estatus VIH-positivo,³⁰ y como demuestran las experiencias relatadas en este informe, las mujeres VIH-positivas también tienen un riesgo mayor de sufrir violencia institucional.

Otros Factores Sociales y Culturales Exponen a las Mujeres a un Mayor Riesgo de Infección por VIH

Las normas de género y la dependencia económica también inhiben la capacidad de las mujeres de protegerse de la infección por VIH. En muchas culturas la femineidad es inseparable de la maternidad, y la capacidad de concebir de una mujer puede afectar tanto su estatus dentro de la comunidad como su seguridad económica.³¹

Las mujeres, especialmente las jóvenes, pueden verse sometidas a presiones para tener hijos,³² lo que les puede dificultar el uso de métodos anticonceptivos para prevenir la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH. Del mismo modo, los estereotipos sobre la masculinidad y la virilidad de un hombre pueden contribuir a la práctica de sexo inseguro.³³ La dependencia económica de una mujer hacia su pareja también puede hacer que tenga poco poder para negociar relaciones sexuales seguras y consensuadas.³⁴ Las prácticas culturales discriminatorias también pueden limitar el acceso de las mujeres y niñas a la educación e información sobre salud sexual y reproductiva que necesitan para protegerse de las ITS, incluyendo el VIH, y los embarazos no deseados.³⁵



LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER ES TANTO UNA CAUSA COMO UNA CONSECUENCIA DE LA INFECCIÓN DEL VIH. LAS MUJERES CHILENAS EXPERIMENTAN ALTOS ÍNDICES DE VIOLENCIA — UNA MUJER CHILENA MUERE CADA SEMANA A MANOS DE SU PAREJA.

FACTORES SOCIALES Y CULTURALES QUE EXPONEN A LAS MUJERES CHILENAS A UN ALTO RIESGO DE CONTRAER EL VIH

Las mujeres constituyen un porcentaje creciente del total de casos de VIH/SIDA en Chile. En el año 2007 las mujeres correspondían al 28% de las personas que viven con VIH/SIDA en Chile, contra un 26% en el año 2001.³⁶

A pesar de esta tendencia, las mujeres chilenas siguen subestimando su riesgo de contraer el VIH. En Chile, igual que en todo el mundo, las mujeres enfrentan obstáculos significativos para prevenir la infección por VIH, incluyendo normas socioculturales, violencia de género y una falta de educación e información sobre sexualidad. Sin embargo, la baja prevalencia de VIH en el país, junto a las marcadas asociaciones del VIH con homosexualidad y promiscuidad, fomentan ideas erróneas con respecto al riesgo de infección.

Puertas Adentro, un estudio de FLACSO-Chile (*Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Chile*), atribuye la vulnerabilidad de las mujeres chilenas al VIH a varias normas culturales en torno al género. En especial, el estudio apunta a dinámicas de poder entre hombres y mujeres y marcadas asociaciones entre ser mujer y ser madre, que disminuyen la capacidad de la mujer de negociar el uso de un método anticonceptivo.

Como menciona el estudio, en Chile tradicionalmente se ha visto a las mujeres como subordinadas a los hombres, un paradigma que a menudo tiene como consecuencia “la subordinación de las necesidades y deseos de las mujeres a las de sus parejas”,³⁷ incluyendo las necesidades y deseos sexuales. Este contexto cultural hace que las mujeres estén expuestas a relaciones sexuales no consensuadas, tanto dentro como fuera del matrimonio,³⁸ y aumenta los obstáculos para negociar el uso del preservativo.³⁹ Muchas de las mujeres entrevistadas para *Puertas Adentro* señalaron que no usan condones porque a sus parejas no les gusta la sensación que éste les produce.⁴⁰ El prejuicio

sobre el uso del condón es tan generalizado que ha dado origen a mitos como que el condón masculino le puede hacer a los hombres “perder su virilidad y erección”.⁴¹ No usar condones es visto como “un acto de confianza, de entrega y de amor a la pareja”,⁴² mientras que los intentos de introducir los preservativos en relaciones de pareja estables implican desconfianza o infidelidad.⁴³ De hecho, el prejuicio en contra de los condones está tan arraigado que las mujeres VIH-positivas han reportado dificultades para negociar el uso del condón con sus parejas VIH-negativas.⁴⁴

Asimismo, en Chile la femineidad está estrechamente vinculada con los roles de las mujeres como madres y cuidadoras.⁴⁵ “La maternidad ha sido históricamente el eje principal de la construcción del ser mujer en nuestra cultura [chilena]: ‘no serás plenamente mujer mientras no seas madre’” señala el estudio de FLACSO-Chile.⁴⁶ Por el contrario, en Chile se concede a los hombres una “cierta licencia sexual”.⁴⁷ En conjunto, estas normas de género exponen a las mujeres chilenas a un riesgo significativo de infección. Por un lado, se alienta a los hombres a tener múltiples parejas sexuales. Por otro, se desincentiva que las mujeres usen condones, tanto por las razones ya mencionadas, como porque esto impide que las mujeres cumplan con su “rol natural” como madres.

La violencia contra las mujeres es otro factor que contribuye al riesgo de infección por VIH de las mujeres chilenas. Una encuesta del 2004 hecha por VIVO POSITIVO a mujeres que viven con VIH/SIDA encontró que el 77% de las participantes había sufrido alguna forma de violencia, incluyendo la violencia psicológica o física, abuso sexual y violación.⁴⁸ Los intentos de negociar el uso del condón también pueden exponer a las mujeres a la violencia, por el marcado estigma que existe con respecto a los preservativos masculinos.⁴⁹

Las normas de género también dificultan que las mujeres obtengan la información necesaria para protegerse de la infección. La sexualidad a menudo se trata como un tema tabú dentro de la familia,⁵⁰ la educación sexual en las escuelas es errática,⁵¹ y muchas veces las y los proveedores de salud no entregan información sobre ITS por el escaso tiempo que tienen con cada paciente.⁵² Las mujeres encuestadas en el estudio de FLACSO-Chile señalaron que las amigas eran la principal fuente de información sobre sexualidad,⁵³ y en el estudio de VIVO POSITIVO sobre mujeres que viven con VIH/SIDA, el 85% de las participantes contestaron que tenían escasa o ninguna información sobre VIH/SIDA antes de que se les notificara su estatus VIH-positivo.⁵⁴

La falta de información sobre prevención de VIH, combinada con un arraigado estigma en relación al VIH/SIDA y su baja prevalencia, conducen a que se perciba un bajo riesgo de infección por VIH. Las ideas erradas sobre la transmisión del VIH son muy frecuentes, incluso entre los propios profesionales de salud. Por ejemplo, una mujer en el estudio de FLACSO-Chile recordaba haber escuchado a trabajadoras de salud diciendo: “Si yo sé con quién lo hago, si es limpiecito, se baña todos los días, o antes de hacerlo yo hago que se bañe”.⁵⁵ En particular, dado que en Chile el VIH está asociado a la homosexualidad, promiscuidad e infidelidad, el virus se percibe como “algo de otras personas, de homosexuales”.⁵⁶ La experiencia de Julia, relatada en la próxima sección, ilustra cómo estas asociaciones persisten incluso en el contexto de la atención en salud: dado que tenía VIH, las y los proveedores de salud suponían que ella tenía múltiples parejas, a pesar de que había contraído el VIH dentro de una relación que ella suponía monógama. Asimismo, las mujeres chilenas tienden a evaluar su riesgo de adquirir el virus con base en el número de parejas sexuales que han tenido, y sólo en forma secundaria toman en cuenta la historia sexual de sus parejas.

Estos factores conducen a que las mujeres subestimen en gran medida su riesgo de infección,⁵⁷ y apuntan a la necesidad de educación e información sexual integral con respecto a los riesgos y la realidad de las ITS, incluyendo el VIH. La percepción de un bajo riesgo significa que es menos probable que las mujeres negocien el uso del condón, y puede dificultar otros esfuerzos de salud pública orientados

a la prevención. Por ejemplo, un proveedor de salud en Temuco refirió la historia de una mujer que transmitió el virus a su hijo después de negarse a una prueba rutinaria de VIH porque pensaba que no era posible que fuera VIH-positiva.⁵⁸ Experiencias como ésta subrayan la importancia de la consejería previa al examen, y la entrega de información precisa y no discriminatoria, para asegurar que las mujeres puedan tomar decisiones informadas con respecto a la prueba de VIH.

EL ESTIGMA GENERALIZADO ACERCA DEL VIH CONDUCE A UN TRATO DISCRIMINATORIO EN EL SISTEMA DE SALUD

La Historia de Julia: Discriminación y Atención de Salud Negada

Julia, una mujer de Santiago de 36 años de edad, supo que era VIH-positiva en noviembre de 2003. No recibió ninguna consejería antes de hacerse la prueba. Cuando llegó el resultado positivo la interrogaron sobre su vida sexual. Los proveedores de salud asumieron que el estatus VIH-positivo de Julia indicaba que tenía múltiples parejas sexuales, a pesar del hecho de que había contraído el virus durante una relación de largo tiempo que ella creía era monógama. Fue referida a una psicóloga, pero ésta no sabía nada sobre VIH. Fue sólo a través de las charlas educativas organizadas por VIVO POSITIVO que empezó a aprender cómo cuidarse siendo una mujer VIH-positiva.

En 2004 Julia recibió la buena noticia de que su carga viral era indetectable. Con esta mejoría en su salud, y después de ver que otras mujeres VIH-positivas daban a luz bebés sanos y VIH-negativos, Julia y su pareja decidieron intentar tener un hijo, consultando a un médico del sector privado. Sin embargo, a pesar del bajo riesgo de transmisión madre a hijo (TMH), los profesionales de salud repetidamente reprendían a Julia después de quedar en embarazo, diciéndole: “¡pero como se le ocurre! ¿Usted no ve que va a tener un hijo enfermo?”.

Durante el primer trimestre de su embarazo Julia empezó a tener una secreción vaginal de color anaranjado. Preocupada, fue al hospital para una revisión. Sin embargo, en vez de atenderla, los proveedores de salud del hospital la rechazaron y le dijeron que regresara a su control periódico prefijado. Tres días después ingresó al hospital con una hemorragia y dolor abdominal severo, pero permaneció sin recibir atención, mientras el equipo de salud del hospital atendía primero a todas las pacientes VIH-negativas, incluyendo a quienes llegaron después de Julia. Poco después su embarazo terminó en un aborto espontáneo, y un paramédico le dijo: “Es que Dios sabe porque además ibas a traer un hijo enfermo”.

Julia todavía se pregunta si el aborto se habría producido de todas maneras en caso de que hubiera recibido atención médica inmediata, y el maltrato que sufrió en el hospital le hace difícil volver a consultar en dicho centro de salud.

Además, las demoras en la atención de salud prosiguen. En marzo de 2009 Julia programó su primer examen ginecológico después del aborto, pero la mañana de la cita le avisaron del consultorio del doctor que su cita había sido cancelada sin ninguna explicación. Ella trató de reprogramar la cita, pero le dijeron que tenía que esperar que ellos la llamaran para darle la nueva fecha. Un mes más tarde todavía estaba esperando que la citaran nuevamente.

“Son pocos que (...) se pongan en tu lugar”, explicó Julia. “Ojalá que (...) sobre todo que se humanice más. (...) Si en la salud no lo puede hacer, ¿qué le podemos pedir de las personas comunes y silvestres que tiene poca información?”.⁵⁹

Prevención de la Transmisión de Madre a Hijo

La TMH del VIH/SIDA puede ocurrir durante el embarazo, el parto o a través de la lactancia. Sin intervenciones médicas, el riesgo de TMH es aproximadamente de 20 a 45%.⁶⁰

El riesgo de TMH **puede reducirse a menos del 2%** en poblaciones que no amamantan, y menos del 5% en poblaciones que dan de mamar, con diversas intervenciones clave:

- TAR y/o profilaxis antirretroviral según la carga viral de la mujer embarazada;
- Partos por cesárea; y
- Prácticas de alimentación seguras para las y los bebés.⁶¹

De acuerdo con directrices internacionales, las prácticas adecuadas de alimentación de los bebés deben determinarse según su situación específica. Las madres VIH-positivas debieran recibir consejería para usar exclusivamente un sustituto de la leche materna, o bien amamantar en forma exclusiva. La decisión de usar un sustituto de la leche materna debiera tomar en cuenta si hay agua limpia disponible para preparar leche en polvo, si la madre o cuidador(a) puede proveer dicho sustituto en forma estable durante los primeros seis meses de vida del infante y en cantidad suficiente para alimentarle exclusivamente de esta manera, y si hay apoyo familiar para evitar la lactancia materna. Donde no se dan estas condiciones, las guías recomiendan la lactancia exclusiva.⁶²

Las normas chilenas sobre prevención de TMH exigen el uso exclusivo de un sustituto de la leche materna.⁶³

Dado que los malentendidos en relación al VIH están ampliamente extendidos en Chile, las mujeres chilenas enfrentan un estigma generalizado si contraen el VIH. El estigma impuesto a las mujeres que viven con VIH/SIDA las expone a un trato discriminatorio en el nivel interpersonal, comunitario e institucional, con consecuencias significativas tanto para las víctimas de discriminación como para los esfuerzos de salud pública orientados a la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA.

El estigma y la discriminación en relación al VIH se sustentan en la fuerte asociación del virus con otros temas fuertemente estigmatizados tales como conducta sexual inapropiada y uso de drogas inyectables. Dadas estas asociaciones, se presume que las personas VIH-positivas se han desviado de la norma social y por lo tanto muchas veces se les culpa por su estatus.⁶⁴

En especial las mujeres que viven con VIH/SIDA se encuentran con un arraigado estigma, debido a una cantidad de factores. A pesar de que alrededor del 80% de las mujeres contraen el VIH mientras están en relaciones

monógamas,⁶⁵ como en el caso de Julia, a menudo se asume que las mujeres VIH-positivas son trabajadoras sexuales o que han tenido múltiples parejas sexuales.⁶⁶ Los programas chilenos orientados a prevenir la TMH promueven el examen prenatal de rutina para las mujeres embarazadas.⁶⁷ Sin embargo, ellas rara vez reciben una consejería adecuada antes de realizarse la prueba, o dan su consentimiento informado para que el examen se lleve a cabo. Los exámenes prenatales de rutina a menudo hacen que las mujeres sean las primeras en saber de su estatus, y por ello muchas veces se las culpa de haber traído el VIH a la familia.⁶⁸ Las mujeres VIH-positivas enfrentan un estigma adicional en relación a la maternidad, ya que se piensa que continúan transmitiendo la enfermedad mediante la TMH, y habitualmente se las culpa de dejar atrás niños huérfanos por las enfermedades y la muerte asociadas al VIH.⁶⁹

Dicho estigma acarrea daños tanto directos como indirectos. El estigma favorece el trato discriminatorio, incluso dentro de los servicios relacionados con la salud,⁷⁰ y la ignorancia y desinformación sobre la transmisión del VIH pueden estimular conductas discriminatorias.⁷¹ Dado que la salud

LAS MUJERES VIVIENDO CON VIH/SIDA ENFRENTAN UN ARRAIGADO ESTIGMA QUE SIEMBRA EL CAMINO PARA QUE OCURRAN TRATAMIENTOS DISCRIMINATORIOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.



sexual y reproductiva de las mujeres está integralmente vinculada con el VIH, los servicios de salud reproductiva y sexual de buena calidad y no discriminatorios son un componente fundamental de los programas exitosos de prevención y tratamiento del VIH.⁷² En la práctica, sin embargo, las mujeres VIH-positivas con frecuencia enfrentan discriminación en los servicios de salud reproductiva, incluyendo retrasos en la atención, maltrato verbal, presión para no tener hijos, esterilización forzada o sin consentimiento, o se les niega la atención que solicitan.⁷³

Al mismo tiempo, más mujeres y hombres en edad reproductiva están viviendo con VIH/SIDA, y el mayor acceso a la TAR ha transformado esencialmente al VIH en una enfermedad crónica manejable, y ha permitido que las mujeres recuperen o mantengan su fertilidad. Asimismo, hay intervenciones clave que pueden disminuir el riesgo de TMH del VIH/SIDA a menos del 2% en países como Chile, donde existen sustitutos adecuados para la leche materna. En vista de este panorama, no es sorprendente que los individuos VIH-positivos expresen deseos de tener hijos similares a los de los individuos VIH-negativos, siendo su estatus VIH-positivo uno de muchos factores que pueden tomar en cuenta al decidir si desean tener hijos.⁷⁴ Sin embargo, dado el estigma persistente y generalizado en relación al VIH y la maternidad, las mujeres VIH-positivas enfrentan un trato discriminatorio en los servicios de salud que transgrede su derecho a tomar decisiones reproductivas autónomas. Esta sección documenta casos de conducta y trato discriminatorio que las mujeres VIH-positivas han vivido en establecimientos de salud chilenos.

Consejería Previa y Posterior a la Prueba

A pesar de las medidas legales que ordenan consejería y consentimiento informado en los establecimientos de salud chilenos,⁷⁵ la gran mayoría de las mujeres que entrevistamos refirieron no haber recibido ninguna consejería previa a la prueba de VIH. Aproximadamente la mitad de las mujeres que no recibieron consejería alguna, estaban haciéndose el examen de VIH porque sus hijos o sus parejas habían tenido un resultado positivo en la prueba para el virus. En otras palabras, a pesar de su alto riesgo de que el resultado fuera positivo, no recibieron ninguna consejería acerca del virus ni de las opciones de prevención y tratamiento. La falta de consejería previa al examen indica que no se obtuvo el consentimiento informado de estas mujeres antes de realizar

la prueba. De hecho, más de un tercio de las mujeres refirieron que no sabían a qué estaban consintiendo, o no dieron consentimiento alguno.

Karina, una mujer de 33 años de edad de Santiago, que tuvo un examen positivo para VIH en 1997, nunca fue informada de que ella y su pequeña hija estaban siendo sometidas a un examen de VIH. La enfermera que le informó de su estatus VIH le preguntó si sabía lo que tenía su hija, y ella dijo que no. Luego la enfermera le preguntó si sabía lo que era el SIDA. Ella no sabía. No estaba preparada en absoluto, y cuando supo que era VIH-positiva se sintió devastada y sola.⁷⁶

La consejería posterior a la notificación tiene deficiencias similares en los establecimientos de salud chilenos. Si bien es requerida por la legislación del país en relación al examen de VIH,⁷⁷ la consejería post-notificación rara vez es integral y en algunos casos ni siquiera se lleva a cabo. Un estudio realizado por VIVO POSITIVO en el año 2004 reveló que si bien el 81% de los entrevistados recibió información con respecto a la importancia de los exámenes para supervisar su carga viral, sólo el 62% recibió información sobre reinfección, y un poco más de la mitad señaló haber recibido información sobre adherencia al tratamiento, planificación familiar y prevención de TMH.⁷⁸ Muchas de las mujeres entrevistadas para este informe indicaron que no recibieron consejería alguna después del examen, o recibieron información incompleta o inexacta por parte de los(as) proveedores(as) de salud.

Ana, una mujer de 43 años de edad de Santiago, que fue notificada de su estatus en el año 2002, dijo que la única consejería que recibió después del examen fue que debía mantener todos sus platos, tazas y cubiertos separados de los de sus hijos VIH-negativos, y que éstos no debían usar el mismo baño que ella.⁷⁹ Esta información es tanto inexacta (el VIH no se transmite por compartir utensilios o baños) como insuficiente.

Pamela, una mujer de 37 años de Iquique, señaló que si bien recibió alguna información después de obtener un resultado positivo en la prueba, ésta era demasiado técnica e incomprensible, y no se le entregó información esencial como por ejemplo el uso del condón.⁸⁰

Cerca de un tercio de las mujeres entrevistadas reportaron que nunca recibieron información de los proveedores de salud acerca del uso del condón para prevenir la reinfección o la transmisión del VIH a sus parejas, y una sola proveedora de salud con la que hablamos comentó la importancia de empoderar a las mujeres para que negocien el uso de condón.⁸¹ Muchas entrevistadas dijeron que la información que tenían sobre el VIH la aprendieron en asociaciones de personas viviendo con VIH/SIDA o bien leyendo por su cuenta, mas no por parte de las y los trabajadores de salud.⁸² Algunas mujeres también sentían que a veces ellas estaban más informadas que el equipo médico que las atendía.

Julia, cuyas experiencias en establecimientos de salud chilenos se relataron en el anterior segmento de este reporte, habló de su decepción con respecto al nivel de conocimientos del equipo de salud del hospital: “La gente que esté en salud, que se supone que es la persona que más sabe y que tiene más conocimiento de la enfermedad”. Sin embargo, nunca recibió la información necesaria sobre autocuidado o nutrición.⁸³

Algunas mujeres en Iquique y Curicó también señalaron que los hospitales a los que acuden no ofrecen a las pacientes VIH-positivas información sobre organizaciones

Confidencialidad, Consejería y Consentimiento a la Prueba de VIH

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) han destacado que para que sea efectivo, el examen de VIH debe ser “confidencial, debe ir acompañado de consejería, [y] debe ser realizado sólo con consentimiento informado, lo que significa que es tanto informado como voluntario”.⁸⁸

La consejería previa a la prueba debería incluir los siguientes aspectos:

- Los beneficios de conocer el propio estatus VIH, incluyendo el acceso a TAR y saber sobre la prevención de TMH y otras formas de transmisión del virus;
- Qué esperar si el o la paciente recibe un resultado positivo, incluyendo los servicios de seguimiento, e información sobre cómo comunicarlo a las parejas sexuales;
- El derecho del paciente a negarse a la realización de la prueba; y
- Consejos sobre cómo negociar el uso del condón a mujeres que quieren hacerse la prueba de VIH.⁸⁹

Esta consejería es esencial para permitir que las pacientes tomen una decisión informada con respecto a realizarse la prueba, y prepararles para los posibles resultados de la misma. Sin tener garantías sobre la confidencialidad y el carácter voluntario del examen, es menos probable que los pacientes busquen hacerse la prueba,⁹⁰ y pueden verse desanimados a buscar la atención médica posterior que requieren. Como lo reconocen las Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos, las políticas de realizar exámenes obligatorios o involuntarios pueden “alejar a las personas que más requieren de dichos servicios y fracasar en lograr sus objetivos de prevención en salud pública a través de cambios en las conductas, la atención y los servicios de salud”.⁹¹

La consejería posterior al examen es igualmente esencial, por cuanto ayuda a las pacientes a comprender y procesar la noticia de su estatus VIH positivo, y a adherirse a programas de tratamiento. La consejería posterior a la prueba debería incluir información sobre autocuidado, tratamiento disponible, la importancia del condón para prevenir la reinfección y la transmisión a la pareja, la planificación familiar y la prevención de TMH en el caso de mujeres en edad reproductiva.⁹²

o asociaciones de personas que viven con VIH/SIDA.⁸⁴ Éstas y otras mujeres destacaron el rol central que estos grupos tuvieron en ayudarlas a aceptar la enfermedad, aprender sobre el virus y el autocuidado, así como también a comprender y reclamar sus derechos.⁸⁵

Confidencialidad

La confidencialidad también es esencial para los programas de tratamiento y prevención. Cuando los pacientes temen que su identidad o su estatus VIH-positivo no se mantendrá confidencial, es menos probable que soliciten hacerse la prueba del VIH, o recibir tratamiento o consejería al respecto.⁸⁶ A pesar de que la ley chilena sobre VIH ordena claramente la confidencialidad,⁸⁷ casi la mitad de las mujeres que entrevistamos refirieron problemas con este aspecto en el contexto de la atención de salud.

Por ejemplo, las mujeres frecuentemente se quejaron de que sus fichas médicas indicaban “VIH-positiva” en letras gigantes en la tapa, muchas veces en tinta roja o subrayado, o también que las identificaciones de los proveedores de salud, o la señalización del sector anunciaban que esa unidad del hospital se dedicaba a la atención del VIH.

Teresa, una mujer de 51 años de edad de Santiago, estaba preocupada porque su ficha médica anunciaba su estatus VIH-positivo a cualquiera que entrara a la sala del hospital donde era atendida, incluyendo los miembros de la familia a quienes ella no había revelado dicho estatus.⁹³

Inés, una mujer de 37 años de Curicó, señaló que las enfermeras de la unidad que trata a los pacientes VIH-positivos del Hospital de Curicó usan placas con sus nombres que dicen “Infecciones de Transmisión Sexual”, anunciando el propósito de la unidad. “la gente no es tonta”, dijo. A pesar de que se declara que hay confidencialidad, las identificaciones indican al resto de las personas que los pacientes que se tratan en esta unidad son VIH-positivos.⁹⁴

Varias mujeres también reportaron problemas porque el equipo de salud del hospital revelaba su estatus VIH a otros pacientes o a miembros de su familia.

Natalia, una mujer de 43 años de Santiago, había estado hospitalizada por varios días en la misma habitación que una vecina suya. En un momento

dado, cuando las enfermeras estaban cambiando de turno, una de ellas informó a la otra: “esta paciente es una paciente con VIH (...) a todo volúmen. Súper fuerte (...) y la persona que estaba a mi lado me quedó mirando. Entonces yo sentí como mucha vergüenza”.⁹⁵

En Santiago, las preocupaciones con respecto a la confidencialidad impedían a algunas mujeres buscar la atención de salud reproductiva que requieren, incluyendo servicios de planificación familiar, examen de PAP y controles ginecológicos anuales, porque están obligadas a buscar dicha atención en centros médicos del sector en el que viven, donde hay una mayor probabilidad de que sus vecinas u otros conocidos descubran su estatus VIH.⁹⁶

Patricia, una mujer de 52 años de Santiago, reveló que no se había hecho un examen de PAP en casi 16 años, desde que supo que es VIH-positiva, porque no quiere que sus vecinas se enteren de su estatus VIH. “Yo vivo al lado del consultorio y todos me conocen en el consultorio (...) para mi es complicado ir al consultorio, y (...) no [lo] he hecho, hace 15-16 años que no me hago un PAP”.⁹⁷

Al admitir que la confidencialidad puede ser un problema en los hospitales, uno de los médicos entrevistados señaló que el conocimiento del estatus VIH entre el personal de salud es necesario para asegurar que el equipo tome las precauciones necesarias con los pacientes VIH-positivos.⁹⁸ Sin embargo, ésta no es justificación suficiente para poner en riesgo la confidencialidad de las pacientes. Los trabajadores de salud siempre deberían tomar precauciones universales (intervenciones sencillas destinadas a proteger a trabajadores de salud y pacientes de contraer patógenos presentes en la sangre como el VIH, medidas tales como el uso de guantes y otros implementos de protección, así como también el desecho seguro de agujas) con todos los pacientes, no sólo con los que se sabe que son VIH-positivos.⁹⁹ Como ha reconocido la OMS, “no es factible, efectivo ni costo-efectivo tomar exámenes para detectar agentes patógenos a todos los pacientes antes de brindarles atención. (...) Por lo tanto, las decisiones en relación al nivel de precauciones a utilizar se basan en la naturaleza del procedimiento y no en el estatus serológico real o supuesto del paciente”.¹⁰⁰ Cuando los proveedores discuten el estatus serológico de las pacientes en frente de otras personas, están violando sus derechos a la confidencialidad y la privacidad.

Trato Discriminatorio

A pesar de los estándares nacionales e internacionales que prohíben la discriminación fundada en el estatus VIH en los establecimientos de salud,¹⁰¹ las mujeres VIH-positivas reportan diversas formas de discriminación, incluyendo esperas desproporcionadas para ser atendidas, recibir un trato humillante o abusivo, o que sencillamente se les niegue la atención. En un estudio del año 2004, al preguntar a las participantes si las y los proveedores de salud respetaban sus derechos, el 65% de ellas indicó que nunca o sólo a veces se respetaban sus derechos.¹⁰²

Muchas de las mujeres que entrevistamos indicaron largas esperas para recibir la atención de salud que necesitaban.

A Julia, cuyas experiencias se refieren más arriba, inicialmente se le negó la atención en el establecimiento de salud cuando comenzó a experimentar complicaciones con su embarazo. Cuando regresó más tarde con una hemorragia se le siguió haciendo esperar mientras el personal de salud atendía a las pacientes VIH-negativas que habían llegado después que ella.¹⁰³

María, una mujer de 68 años de edad de Concepción, tuvo una experiencia similar de demora en la atención cuando acudió por una emergencia en el año 2008. Luego de insertarle una vía intravenosa la dejaron sin atención por varias horas. Relató que varios proveedores(as) de salud se detuvieron para controlarla, pero después de ver su estatus VIH en la ficha médica, se retiraban sin proporcionarle tratamiento.¹⁰⁴

Con el fin de fijar horas de atención con especialistas de otras áreas (tales como ginecólogos, dentistas, dermatólogos u oncólogos) las pacientes con VIH deben ser remitidas desde la unidad donde se les practican exámenes de control del VIH. Sin embargo, muchas mujeres refirieron dificultades para obtener estas derivaciones o se encontraron con que la remisión conduce a demoras en la atención, dado que los otros especialistas a menudo evitan atenderlas porque son VIH-positivas.

En el año 2004 Teresa necesitaba cirugía para extraerle un tumor maligno del hombro. La mandaban de un oncólogo a otro, y cuando le preguntó a uno de los doctores por qué ninguno de ellos realizaba la operación que necesitaba, el

doctor le contestó: “muy fácil, po’, me dijo, no sé, ‘ningún médico quiere operar un sidoso [término despectivo para una persona que vive con VIH/SIDA]”. Teresa se fue de la oficina llorando.¹⁰⁵

La discriminación contra las pacientes VIH-positivas también puede llevar a que se las segregue de las pacientes VIH-negativas, lo que puede tener en ellas un impacto psicológico importante.

Daniela, una mujer de 26 años de Arica, se sintió muy sola después de dar a luz en el año 2004. Comentó que la habían separado de las otras mujeres que habían tenido su parto recientemente y se encontraban en grupos en las salas de recuperación. Daniela relató su experiencia: “Ni siquiera me daba visita la enfermera para darme pastillas para el dolor, porque caminaba por todos los otros pabellones en que había más gente, pero como a mi se había olvidado. (...) El impacto fue como...bien heavy”.¹⁰⁶

A pesar de que en Chile se orienta a las mujeres VIH-positivas para que eviten dar leche materna a sus bebés para reducir el riesgo de transmisión vertical, a veces se demoran en obtener el sustituto de leche materna que necesitan para cumplir esta recomendación.

Marcela, una mujer de 31 años de edad de Santiago, señaló que cuando fue a la farmacia del Hospital Sótero del Río a buscar el sustituto de leche materna, le dijeron que no tenían leche disponible y que debía regresar en una fecha posterior. Cuando regresó al día siguiente, nuevamente la rechazaron. Esto le ocurrió en tres ocasiones diferentes. Sólo cuando intervino una representante de VIVO POSITIVO en su tercer viaje al hospital, el personal de la farmacia reconoció que tenían el producto disponible. Además de la frustración y preocupación por no poder obtener el sustituto de la leche materna que necesitaba para su bebé, Marcela hizo notar la carga económica de tener que hacer varios viajes al hospital en una sola semana.¹⁰⁷

Claudia, una mujer de 34 años de edad de Santiago, dio a luz mellizos en ese mismo hospital, y no le entregaron la receta para el sustituto de leche materna cuando la dieron de

alta. El resultado fue que Claudia no pudo obtener la cantidad suficiente de leche en polvo para alimentar a sus dos hijos recién nacidos.¹⁰⁸

Los problemas para obtener el sustituto de leche materna pueden causar sentimientos de angustia, porque las mujeres enfrentan la desafortunada elección entre no ofrecer a sus hijos suficiente alimento, o usar un sistema de alimentación mixto, que puede aumentar el riesgo de transmisión vertical.¹⁰⁹ Estas dos mujeres tuvieron la suerte de encontrar una asociación de personas viviendo con VIH/SIDA que interviniera a su favor, pero como Claudia señaló, muchas mujeres en esta situación podrían haber amamantado a sus hijos por miedo a que quedaran con hambre.¹¹⁰

Cuando las mujeres VIH-positivas pueden acceder al tratamiento médico que requieren, el trato que reciben a veces es degradante o científicamente incorrecto. Patricia, que es voluntaria de una asociación de personas viviendo con VIH/SIDA en el Hospital Sótero del Río en Santiago, dijo que ha quedado impactada por cómo “en el Sótero la ignorancia de los funcionarios sobre el tema es impresionante”. Patricia dio ejemplos de trabajadores(as) de salud que se ponían dos o tres pares de guantes de látex antes de examinar a las pacientes.¹¹¹ Claudia recuerda

que durante el primer examen prenatal, el ginecólogo no le examinó el abdomen porque no quería tocarla. En lugar de examinarla, miró su ficha y le dijo que todo se veía bien.¹¹²

Daniela relató la información humillante y sesgada que recibió después de dar a luz a su hijo en el año 2005:

“Me tocó con otros doctores que yo no conocía. Entonces allí me trataron mal. Me, me desbajó la persona (...) diciendo que yo no podría darle, abrazarle, darle besitos a la guagua porque la iba contagiar. Y otras cosas malas. Así que allí, allí averigüé lo que, lo que es discriminar a una persona”.¹¹³

Discriminación en Relación a la Maternidad

La presión o coerción para no tener hijos es una manifestación habitual de la discriminación contra las mujeres que viven con VIH/SIDA. Como ya se mencionó, la maternidad en el contexto del VIH/SIDA se asocia fuertemente con daños como la transmisión vertical. Sin embargo, hay intervenciones clave que pueden reducir el riesgo de TMH a menos del 2%,¹¹⁵ y las normas internacionales ordenan que todas las mujeres, incluyendo las mujeres VIH-positivas, puedan

Elementos del Consentimiento Informado

El consentimiento informado es más que una simple firma; es un proceso de comunicación entre un(a) proveedor(a) de salud y una paciente. Para que el consentimiento a la esterilización quirúrgica se considere informado debe darse:

- Libre y voluntariamente, sin amenazas ni incentivos;
- Después de que la paciente ha recibido consejería acerca de los riesgos y beneficios del procedimiento; y
- Una vez que la paciente es consciente de que hay otras alternativas reversibles de planificación familiar que pueden ser igualmente efectivas.¹²⁵

Si bien el proceso de obtener el consentimiento informado puede ser difícil y puede tomar tiempo, estas dificultades no eximen a los proveedores de salud de cumplir con estos criterios.¹²⁶

LA HISTORIA DE FRANCISCA: ESTERILIZADA SIN SU CONSENTIMIENTO POR SU ESTATUS VIH

Francisca tenía 20 años de edad cuando fue esterilizada sin su consentimiento por un médico en Curicó, durante un parto por cesárea en el año 2002.

Francisca había ingresado al hospital para una cesárea programada, pero la noche previa a la operación se inició el trabajo de parto. La llevaron al pabellón poco después de la medianoche. Sin haber conversado nunca sobre opciones de planificación familiar ni sobre los deseos de Francisca, el cirujano de turno decidió practicarle una esterilización quirúrgica mientras le realizaba la cesárea.

“Al despertar de la anestesia unas horas después, me enteré de que me habían esterilizado cuando me hicieron la cesárea. Estaba en la sala de recuperación en el Hospital de Curicó cuando [la enfermera] entró, y después de preguntarme cómo me sentía, me dijo que yo estaba esterilizada y que no podría tener más hijos”, explicó Francisca. “Me trataron como si fuera menos que una persona. Yo no decidí terminar con mi fertilidad; ellos me la quitaron.”

Francisca tomó todas las medidas necesarias para reducir el riesgo de transmisión vertical a su hijo, y él nació VIH-negativo. Tanto ella como su marido lamentan profundamente la pérdida de su fertilidad y no poder darle hermanos menores a su hijo.

Francisca se lamentó: “Siempre he querido ser mamá, y todavía sueño con poder tener más hijos. Al estar esterilizada me siento una mujer incompleta, porque para mí la fertilidad es una parte fundamental de ser mujer.”¹¹⁴

decidir libremente el número y espaciamento de sus hijos.¹¹⁶ Asimismo, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) señala que “no se debería desalentar a las mujeres VIH-positivas a embarazarse”,¹¹⁷ y las directrices sobre la atención y tratamiento de las mujeres que viven con VIH/SIDA del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) detallan la forma en que las y los trabajadores de salud debieran atender a las mujeres VIH-positivas que tienen dificultades para concebir o están en relaciones sero-discordantes.¹¹⁸

A pesar de estas directrices, en Chile frecuentemente se presiona a las mujeres VIH-positivas para que no se embaracen, y en algunas situaciones se las esteriliza de forma forzada o sin consentimiento para prevenir embarazos futuros. En un estudio del año 2004 con mujeres que viven con VIH/SIDA, el 66% de las encuestadas fueron informadas por proveedores de salud de que “las mujeres sero-positivas no deberían embarazarse”.¹¹⁹ Del mismo modo, aproximadamente la mitad de las mujeres entrevistadas para este informe señaló que se intentaba activamente disuadirlas de tener hijos.

Julia recordó que los proveedores de salud la trataban como si estuviera loca por embarazarse sabiendo que era VIH-positiva. La primera vez que acudió a un control prenatal “me dijeron: “pero ¿cómo se le ocurre? ¿Usted no ve que va a tener un hijo enfermo”?¹²⁰ A lo largo de su embarazo tanto los médicos como las enfermeras le dijeron muchas veces: “Tú sabes que no eres sana, tú sabes que eres una persona enferma, así que no puedes tener hijos”. Cuando su embarazo terminó en un aborto espontáneo, un proveedor de salud le dijo que era porque “Dios sabe porque además iba traer un hijo enfermo”.¹²¹ Esta experiencia fue aún más impactante al compararla con la atención prenatal que recibió antes de contraer el VIH. “Cuando eres una madre sana”, dijo Julia, “la situación es muy distinta que cuando eres una persona sero-positiva... Tienes todas las puertas abiertas”.¹²²

Claudia resistió la presión a ser esterilizada justo antes de una cesárea. Señaló que el doctor le había preguntado: “pero como usted va a tener más hijos con su estado.” Dijo ‘¿cuál estado?’. ‘Usted vive con VIH’”.¹²³ “Si yo no tuviera VIH, nadie me retaría por quedarme embarazada nuevamente”.¹²⁴

Esterilización Forzada o sin Consentimiento

Las esterilizaciones forzadas o sin consentimiento son una manifestación dañina del estigma en relación a la maternidad de las mujeres VIH-positivas. De las mujeres con las que conversamos 16 habían sido esterilizadas, y de ellas, sólo cuatro dijeron haber tomado una decisión plenamente informada y voluntaria con respecto a la esterilización. Las demás mujeres contaron que se habían encontrado con diversas tácticas como consejería directiva, información engañosa o incompleta, y esterilización durante otro procedimiento sin su conocimiento o consentimiento.

Chile tiene una historia de profesionales de salud que toman decisiones con respecto a la esterilización de sus pacientes mujeres.¹²⁷ De hecho, antes del año 2000, la ley que regía la esterilización quirúrgica estipulaba la facultad de los médicos de tomar decisiones en nombre de sus pacientes en “casos graves”, además de restringir la esterilización quirúrgica a cuestiones médicas específicas y requerir el consentimiento del marido.¹²⁸ Aun cuando el VIH/SIDA no estaba explícitamente incluido en las indicaciones médicas para la esterilización, los médicos habitualmente interpretaban que “Otras causas médicas” incluía VIH/SIDA, y usaban esta disposición para justificar la esterilización de las mujeres VIH-positivas.

La mayoría de las mujeres que entrevistamos y que habían sido notificadas de su estatus VIH-positivo antes de 2002, señalaron que la esterilización no fue una elección propia.

Rocío, una mujer de 52 años de Santiago, señaló que fue obligada a someterse a una esterilización química en el año 2000. “En este tiempo era como que ‘Ya, tú te esterilizas porque tienes VIH’”. Y esa fue toda la conversación. Ella nunca recibió información sobre la esterilización o sus posibles efectos secundarios.¹²⁹

Paola, una mujer de 38 años de Santiago, reportó haber sido esterilizada en forma forzada y sin consentimiento en dos ocasiones diferentes en los años '90. En 1994 fue esterilizada químicamente con inyecciones. Aunque firmó un consentimiento informado para las inyecciones, ella sintió que no tenía elección al respecto. “La primera sí fue con consentimiento pero yo creo que fue forzada porque me dijeron que si no lo hacía no me iban atender... si no la hacía, la guagua (...) iba tener

SIDA e iba traer puras guaguas con SIDA. Así (...) tomé esta decisión que sí, po”.¹³⁰

Sin embargo, la esterilización química de Paola no selló completamente sus trompas de Falopio como debería haber ocurrido, y en 1999, a consecuencia de la esterilización incompleta, Paola tuvo un embarazo ectópico. Mientras el médico estaba operando para retirar el huevo fertilizado de su trompa de Falopio, decidió realizar también la esterilización quirúrgica.

“Allí no me preguntaron. Fui a cirugía (...) y cuando fui a la sala de operación casi muriéndome, el médico decidió cortarme [las trompas de Falopio] para que no tuviera más hijos”. Después de la cirugía el doctor le dijo claramente que su preocupación no eran futuros embarazos ectópicos; le dijo que la esterilización era “para que no trajera más niños con SIDA”.¹³¹

Reconociendo que sus obligaciones legales internacionales requieren el consentimiento informado, Chile modificó su legislación con respecto a la esterilización en el año 2000. En particular, la nueva ley reconoció que “(...) la decisión de someterse a una esterilización es personal” y ordenó que los proveedores de salud ofrezcan consejería sobre métodos alternativos de anticoncepción, la naturaleza irreversible de la esterilización y los potenciales riesgos involucrados, antes de obtener por escrito el consentimiento informado de la paciente con respecto al procedimiento.¹³²

A pesar de esta modificación de la ley, las esterilizaciones forzadas o sin consentimiento de mujeres que viven con VIH/SIDA siguen ocurriendo. La experiencia de Francisca, relatada previamente, es un ejemplo de una esterilización sin consentimiento, ya que fue realizada durante una cesárea, sin su conocimiento.

Otras mujeres refirieron haber sido esterilizadas bajo presión de los proveedores(as) de salud, o con insuficiente consejería para tomar una decisión informada. La consejería y el consentimiento informado son especialmente importantes en el contexto del VIH/SIDA. Como ha advertido UNFPA, el carácter permanente de la esterilización quirúrgica implica que “se debe tener especial cuidado para asegurar que cada mujer elija un método en forma voluntaria e informada (...) Las y los trabajadores de salud debieran asegurarse de que no se ejerza presión o coacción sobre las mujeres para que se sometan al procedimiento, y que la decisión no se tome en un momento de crisis”.¹³³

Las mujeres que viven con VIH/SIDA pueden ser especialmente vulnerables a la influencia de las y los proveedores de salud, dado que dependen de ellos para recibir tratamientos médicos que salvan su vida. En consecuencia, dichos profesionales deben asegurarse de que la consejería en relación a las opciones de planificación familiar y la esterilización se ofrezcan de un modo no directivo, y deberían enfatizar el derecho de la mujer a tomar decisiones contrarias a la opinión del profesional de salud.¹³⁴ Más aún, las esterilizaciones quirúrgicas a menudo se realizan conjuntamente con una cesárea, en un momento en que la mayor parte de las mujeres VIH-positivas están principalmente preocupadas por dar a luz una niña o niño saludable y VIH-negativo. Dada la ansiedad que muchas mujeres VIH-positivas experimentan durante el embarazo, la decisión de terminar en forma permanente con su capacidad reproductiva, es particularmente tensa en ese momento, y por lo tanto requiere consejería especial. La decisión de someterse a una esterilización quirúrgica no debería ser apresurada.

Varios proveedores de salud con los que conversamos reconocieron la vulnerabilidad de las mujeres VIH-positivas durante el embarazo, y admitieron que durante esta etapa las sugerencias de esterilizarse pueden conducir a una esterilización involuntaria. Una enfermera que atiende pacientes VIH-positivas en Temuco dijo que ella no plantea el tema de la esterilización cuando conversa de planificación familiar con sus pacientes VIH-positivas porque no quiere que las mujeres se sientan presionadas. Dijo que la esterilización es un método de planificación familiar impopular, y reconoció que las pacientes han señalado que se sienten presionadas a esterilizarse cuando los médicos lo sugieren.¹³⁵ Un ginecólogo de Concepción que atiende a mujeres que viven con VIH/SIDA dijo que él tampoco habla de planificación familiar con las mujeres durante sus embarazos porque la preocupación primordial en ese momento es que la mujer dé a luz una niña o niño VIH-negativo. Informó que el único momento en que se plantea la esterilización durante el embarazo es cuando una mujer solicita por iniciativa propia ser esterilizada durante la cesárea. Destacó que estas solicitudes son poco frecuentes y que la consejería y el llenado de formularios de consentimiento para la esterilización solicitada deben realizarse antes de que la mujer ingrese a pabellón.¹³⁶ Por el contrario, otra médica que atiende a pacientes VIH-positivas reconoció que si una mujer tiene al menos un hijo, ella le sugiere que se esterilice. Nos informó que “(...) con

respecto a la planificación familiar, cuando una mujer ya tiene un hijo, yo le insisto [que considere] la posibilidad de la esterilización quirúrgica (...) En la actualidad, uno (...) lo sugiere, y los ginecólogos también se lo van a sugerir. Y en la misma operación en que se realiza la cesárea van a esterilizar a la mujer”.¹³⁷

En el año 2001 Karina aceptó ser esterilizada durante una cesárea, pero no sintió que fuera una decisión informada ni voluntaria. Dos semanas antes de la cesárea programada y por iniciativa propia, su doctor le sugirió que se esterilizara. Antes de esta sugerencia ella no había pensado en la esterilización, no había recibido ninguna consejería sobre el tema, ni sobre otros métodos de planificación familiar, y tampoco había preguntado al respecto. Cuando el médico hizo la sugerencia, la preocupación primordial de Karina era su embarazo en curso y no estaba pensando en embarazos en el futuro.

En ese momento, señaló Karina, “lo único que me pedía [era] que sea un hijo sano”. Nunca recibió información sobre alternativas a la esterilización o riesgos del procedimiento. También recuerda haberse sentido muy vulnerable. “yo en ese tiempo estaba tan sola. Me sentía ... me sentía tan sola y me sentía como una persona seca”.¹³⁸ Refirió haber sentido que era una decisión apurada, y ahora lamenta “haber tomado una decisión así tan rápido porque eso me [lo] plantearon cuando mi hijo estaba a punto casi a nacer y tuve que hacer[me] una cesárea, así que tenía que tener una respuesta en como una semana... Ahora me ha complicado bastante”.¹³⁹

Daniela tampoco había pensado en la esterilización hasta que su médico le sugirió esterilizarse. Ella supo que era VIH-positiva al comienzo de su segundo trimestre. Previamente había querido tener más hijos, pero cuando supo de su estatus VIH-positivo se preocupó por la salud y seguridad de los futuros hijos. Cuando el médico le sugirió esterilizarse para prevenir futuros embarazos, ella estuvo de acuerdo.

Daniela recuerda la ansiedad que sintió durante su embarazo. Mientras el médico le informaba sobre alternativas distintas a la esterilización, ella pensaba que estos métodos reversibles de planificación familiar no eran

igualmente efectivos. Daniela refiere que su ansiedad con respecto a tener hijos persistió por aproximadamente un año después de haber tenido a su bebé saludable y VIH-negativo. Ella señaló: “Sabía que al tomarme los medicamentos [antirretrovirales] bien, el bebé iba a salir sano. Pero como madre, siempre está... hasta el momento de verlo sano, no se queda [uno] tranquilo”.¹⁴⁰ Una vez que estuvo segura de la posibilidad de tener niños sanos, su deseo de tener más hijos regresó, pero era demasiado tarde: “ya estoy esterilizada”.¹⁴¹

Tanto Claudia como Alejandra, una mujer de 23 años de edad de Concepción, fueron presionadas repetidamente para que se esterilizaran cuando fueron al hospital para su cesárea.

El día antes del parto de Claudia, en el año 2006, una enfermera le pidió que autorizara que le practicaran una esterilización quirúrgica durante la cesárea, sin ninguna consejería o información acerca del procedimiento. Claudia conocía sus derechos y opciones por su trabajo con una asociación de personas que viven con VIH/SIDA; se negó a firmar el formulario de autorización porque no deseaba ser esterilizada. Sin embargo al día siguiente, después de que le habían administrado anestesia, el médico que practicaría la cesárea le dijo: “tenemos que esterilizar también, aprovechando la cesárea”. Claudia protestó, diciendo que no quería ser esterilizada. Entonces el médico: “me dijo que yo era una inconsciente, que yo debería hacer esto porque si no siempre iba estar a punto de quedar embarazada y poniendo en riesgo la vida, el futuro del bebé, el futuro del niño”.¹⁴²

Cuando Alejandra fue admitida en el hospital en Concepción para su cesárea programada en el año 2006, un funcionario administrativo que completaba el formulario de admisión al servicio de maternidad le preguntó, sin ninguna información o consejería, si estaba de acuerdo con una esterilización quirúrgica. Ella se negó. Sin embargo, cuando la llevaban a la sala de operaciones para la cesárea, el médico que practicaría la intervención le preguntó nuevamente si daba su consentimiento para la esterilización”.¹⁴³

La Esterilización Forzada o sin Consentimiento Viola una Serie de Derechos Humanos

“La esterilización forzada no sólo constituye una violación grave de los derechos de la mujer en materia de procreación, sino que tampoco ofrece grandes beneficios por lo que respecta a la prevención del VIH. Además, puede menoscabar el poder de negociación de las mujeres al eliminar la necesidad de utilizar preservativos como forma de control de la natalidad”.

– Yakin Ertürk, ex Relatora Especial sobre Violencia Contra las Mujeres, sus Causas y Consecuencias¹⁴⁴

“Las mujeres tienen derecho a dar libremente su consentimiento o a rechazar servicios (entre ellos, los servicios de esterilización), los cuales deben ser no coercitivos y respetuosos de su autonomía, privacidad y confidencialidad. (. . .) La libertad en materia de reproducción no debería ser coartada nunca por ninguna persona o por ningún Estado como método de planificación de la familia, de prevención del VIH o en el marco de cualquier otro programa de salud pública.”

– Anand Grover, Relator Especial sobre el Derecho de Toda Persona al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud¹⁴⁵

La OMS,¹⁴⁶ la FIGO¹⁴⁷ y el Ministerio de Salud de Chile reconocen la esterilización quirúrgica como un método anticonceptivo permanente.¹⁴⁸ La esterilización forzada o sin consentimiento de una mujer en virtud de su estatus VIH-positivo acarrea consecuencias serias y prolongadas para su salud física y mental, y viola varios de sus derechos humanos, que están protegidos a nivel internacional y constitucional. Los efectos físicos y psicológicos de la esterilización están bien documentados y son consecuencias previsibles del procedimiento.¹⁴⁹

Cuando se esteriliza a una paciente en contra de su voluntad, el procedimiento le sustrae permanentemente sus capacidades reproductivas y le provoca angustia. Las esterilizaciones forzadas pueden conducir a un sufrimiento físico o mental.¹⁵⁰ Adicionalmente, muchas mujeres que han sido esterilizadas de manera forzada o sin su consentimiento pueden sufrir el alejamiento de sus parejas o sus familias en razón de la pérdida de su fertilidad, especialmente en culturas donde ser mujer se asocia fuertemente con la maternidad.

Si bien existen cirugías para revertir la esterilización, dichos procedimientos son de alto costo, no están ampliamente disponibles y no siempre son exitosos.¹⁵¹ Más aún, las cirugías reconstitutivas acarrearán sus propias consecuencias para la salud. Aparte de los riesgos inherentes a cualquier procedimiento quirúrgico, en los casos en que después de una ligadura la reconstitución de la trompa tiene éxito, existe un riesgo mayor de embarazo ectópico.¹⁵²

La esterilización involuntaria viola derechos humanos fundamentales, incluyendo los siguientes:

- El derecho a no sufrir tortura o trato cruel, inhumano o degradante;
- El derecho a la integridad física y mental;
- El derecho a la dignidad;
- El derecho a la salud;
- El derecho a la autonomía reproductiva;
- El derecho a no sufrir violencia de género;
- El derecho a la libertad personal; y
- El derecho a la privacidad y la vida familiar.

Aun cuando ambas mujeres se negaron a ser esterilizadas, el acto de pedirles repetidamente que se esterilicen, sin consejería adecuada, y especialmente en el momento inmediatamente anterior a la cesárea, ejerció una presión indebida y amenazó sus derechos a tomar decisiones en forma libre e informada. Además, el personal administrativo no tiene la capacitación ni los antecedentes profesionales adecuados para orientar a las mujeres en relación a los métodos de planificación familiar, especialmente en relación a métodos no reversibles como la esterilización, y no debería iniciar ese tipo de conversaciones con las pacientes.

Barreras Estructurales

Si bien los proveedores de salud son capaces de ofrecer a sus pacientes acceso universal a la TAR, todavía enfrentan barreras estructurales para ofrecer una buena calidad de atención, incluyendo la falta de métodos anticonceptivos, de personal adecuadamente entrenado, y de espacio físico. En Temuco, la Unidad de Infectología no tenía condones masculinos para distribuir para prevenir la reinfección. Un médico de la unidad dijo: “[el Ministerio de Salud] nos manda drogas caras y no tenemos preservativos”.¹⁵³

En Santiago los hospitales no pueden ofrecer servicios de salud reproductiva a las mujeres VIH-positivas; en su lugar éstas tienen que buscar dichos servicios en los centros de salud de su vecindario. Por el miedo al estigma y la discriminación de parte de los vecinos y empleadores, varias mujeres indicaron que se resistían a buscar atención ginecológica en esos centros, donde la confidencialidad podría verse afectada.¹⁵⁴

A lo largo del país, tanto las usuarias de los servicios de salud como las y los proveedores reconocieron que existen problemas con la capacitación de los trabajadores de la salud con respecto al VIH/SIDA. Un médico en Temuco lo atribuyó a la naturaleza del virus: “probablemente eso obedece a que es una patología nueva, que todos los días estamos aprendiendo algo nuevo”.¹⁵⁵ Otro médico en Concepción señaló que las capacitaciones sobre VIH/SIDA que reciben los trabajadores de salud son simplemente un entrenamiento técnico sobre cómo prevenir adquirir la infección, en lugar de obtener una capacitación orientada a disminuir el estigma y la discriminación en relación al VIH entre los proveedores de salud, y a sensibilizarlos con respecto a las necesidades de salud y preocupaciones específicas de sus pacientes VIH positivos.¹⁵⁶ La capacitación

centrada exclusivamente en la transmisión puede alimentar el temor y el estigma vinculados al VIH.

Por esta falta de capacitación y desarrollo de destrezas, los médicos de especialidades distintas a la infectología se resisten a atender a los pacientes con VIH. Estos problemas contribuyen a las dificultades para implementar un sistema de derivaciones para las pacientes VIH-positivas, tal y como se describe en la sección anterior sobre Trato Discriminatorio, con especialistas que retrasan o niegan la atención a las pacientes VIH-positivas. El Ministerio de Salud de Chile ha identificado las dificultades para establecer un sistema efectivo de derivaciones como el principal obstáculo para implementar las guías sobre el tratamiento de pacientes diagnosticados con VIH.¹⁵⁷ Más aún, el médico a cargo de la Unidad de Infectología en Temuco señaló que si una paciente es VIH-positiva, los especialistas de otras áreas no la reconocerán como paciente suya. Cuando una mujer VIH-positiva necesita atención en salud reproductiva u oncológica, el ginecólogo y el oncólogo seguirán viéndola como una paciente de Infectología.¹⁵⁸

Una enfermera señaló que los profesionales de salud que trabajan con pacientes VIH-positivos no reciben apoyo suficiente. Hay una alta tasa de desgaste laboral, y mencionó que su salario está entre los más bajos de los proveedores de salud. También señaló que no existe apoyo emocional o psicológico para ellas como proveedoras.¹⁵⁹

Un proveedor de salud en Iquique expresó su frustración por la falta de espacio y personal del Hospital de Iquique, preocupación que fue reiteradamente mencionada por varias pacientes VIH-positivas de esa ciudad. El proveedor señaló que la Unidad de Infectología tiene sólo una sola doctora y dos enfermeras a tiempo parcial, responsables de atender a 318 pacientes VIH-positivos.¹⁶⁰ Como única infectóloga del hospital, la doctora también está a cargo de tratar a todos los otros pacientes con enfermedades infecciosas, lo que limita la cantidad de tiempo del que dispone para sus pacientes VIH-positivos. Pamela también mencionó la falta de espacio en la Unidad de Infectología, señalando que durante la etapa álgida del brote de gripe H1N1 en Chile, los pacientes VIH-positivos con sistemas inmunológicos debilitados compartían una sala de espera atiborrada con pacientes enfermos que esperaban ser examinados por ser potenciales portadores de la gripe H1N1.¹⁶¹

Centro de Atención Integral de Salud Sexual: Promoviendo los Derechos Reproductivos de las Mujeres VIH-Positivas en Concepción

El VIH puede reducir la fertilidad de las mujeres y los hombres VIH-positivos, haciendo más difícil que las mujeres puedan concebir. UNFPA y la OMS reconocen estas dificultades físicas, y su recomendación es que las mujeres VIH-positivas que quieren embarazarse “debieran recibir total apoyo y consejería completa, asesoramiento sobre sus opciones, incluyendo (...) la reproducción asistida”.¹⁶²

Las experiencias de las mujeres relatadas en este informe demuestran que en Chile falta un largo camino por recorrer para que las mujeres VIH-positivas puedan ejercer a cabalidad sus derechos reproductivos. Sin embargo, no todas las noticias provenientes de Chile son negativas. El trabajo del Centro de Atención Integral de Salud Sexual (CAISS) en Concepción podría servir de modelo para establecimientos que ofrecen la atención de salud necesaria para mujeres VIH-positivas a lo largo del país.

CAISS ofrece servicios completos e integrados en los temas de salud reproductiva y sexual para personas afectadas por ITS, incluyendo el VIH. En particular, CAISS ofrece exámenes de ITS y VIH; consejería integral para personas que viven con VIH/SIDA, incluyendo consejería para ayudar a las mujeres a negociar el uso del condón; servicios de planificación familiar, y exámenes ginecológicos anuales. CAISS también trabaja en red con las unidades ginecológica y pediátrica del hospital asociado, en representación de las pacientes embarazadas, y tiene en el equipo un ginecólogo especializado en la prevención de TMH.¹⁶³

CAISS también ofrece consejería a parejas sero-discordantes que están tratando de concebir. La historia de Carmen ilustra el modelo de apoyo y estímulo en relación a la maternidad que CAISS ofrece a las mujeres VIH-positivas.¹⁶⁴

En 1999, poco después que su marido murió de una enfermedad asociada al SIDA, Carmen supo que su marido la había infectado. En el año 2005 se casó con un hombre VIH-negativo. Carmen y su nuevo marido pensaron que nunca podrían tener hijos propios porque no querían arriesgarse a que el virus se transmitiera al marido ni al niño. Sin embargo, a través del equipo del CAISS, Carmen supo que no sólo era posible para una mujer que vive con VIH/SIDA dar a luz niños sanos, sino también que se podía usar inseminación artificial para ayudarla a embarazarse y al mismo tiempo prevenir la transmisión a su marido. CAISS facilitó la inseminación artificial, y en el año 2008 Carmen dio a luz a un bebé saludable y VIH-negativo.¹⁶⁵

Repercusiones del Trato Discriminatorio

La atención discriminatoria trae consecuencias importantes tanto para las mujeres a nivel individual, cuya salud física y mental se pone en peligro cuando se les niega el acceso o se les aleja de los servicios de salud que requieren, como para la población en general.¹⁶⁶

El estigma y la discriminación vinculados al VIH dificultan el proceso de prevención y tratamiento, y tal como reconocen las Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos, “los programas de prevención y atención médica del VIH de carácter coactivo o punitivo suscitan una menor participación y una mayor alienación de las personas que

corren riesgo de infección”.¹⁶⁷ Idealmente, debiera alentarse a las personas en riesgo de infectarse para que se hagan la prueba del VIH, con el fin de que inicien un tratamiento que salvará su vida y para prevenir la propagación de la enfermedad. Sin embargo, el estigma y la discriminación desincentivan que la gente se haga el examen o busque tratamiento. Las mujeres tienen un mayor riesgo de sufrir violencia o abandono una vez que se conoce su estatus VIH.¹⁶⁸ Asimismo, las asociaciones que la sociedad percibe entre VIH y mala conducta sexual pueden dificultar que la gente se haga la prueba por miedo a ser etiquetados(as) como parte de un grupo estigmatizado,¹⁶⁹ y muchas personas que no son miembros de ninguno de los grupos estigmatizados creen erróneamente que no están en riesgo de contraer el VIH.¹⁷⁰

El maltrato en los establecimientos de salud también puede dificultar que los pacientes VIH-positivos regresen en busca del tratamiento que necesitan.¹⁷¹ Muchas mujeres que habían experimentado retrasos significativos o a quienes se les había negado la atención, comunicaron que evitan solicitar los servicios de salud que requieren por temor a ser maltratadas nuevamente.

Julia contó que dado el maltrato que recibió en el pasado, ahora “aguanto todo el dolor que puedo, hasta que no puedo aguantar más”, antes de ir al hospital.¹⁷² Francisca señaló que va al hospital sólo para recibir su TAR, después de que fue esterilizada sin su consentimiento por un cirujano de dicho establecimiento.¹⁷³

La negligencia y el abuso documentados en este informe no sólo tienen ramificaciones a nivel de la salud pública; las acciones y omisiones de los proveedores de salud también constituyen serias violaciones a los derechos humanos fundamentales protegidos por la legislación nacional, regional e internacional. El gobierno chileno está obligado a garantizar el derecho a la salud, el derecho a la integridad física y mental, el derecho a estar libre de tortura o trato cruel, inhumano o degradante, el derecho a no sufrir violencia de género, el derecho a la dignidad, el derecho a la privacidad y la vida familiar, y el derecho a la no discriminación.

Después de varias situaciones de discriminación por parte de los trabajadores de salud, Teresa decidió no solicitar atención médica aparte de obtener su TAR. Ella recibe sus medicamentos en el Hospital Sótero del Río; sin consideración

por el derecho a la confidencialidad de Teresa, recientemente la enfermera a cargo del programa de VIH le dijo a otra paciente que le diera el mensaje de que dejaría de entregarle la TAR si no acudía a los controles periódicos.¹⁷⁴

Además de alejar a las mujeres del tratamiento, la discriminación puede perpetuar una sensación de vergüenza y baja autoestima en algunas mujeres que viven con VIH/SIDA. La auto estigmatización puede tener consecuencias negativas para la salud y bienestar de las personas VIH-positivas, en la medida que “(...) silencia y socava la fuerza de individuos y comunidades ya debilitados y hace que las personas se culpen a sí mismas de su situación”.¹⁷⁵ Comentarios negativos o burlones por parte del personal de salud acerca del estatus VIH de una paciente, pueden disminuir la capacidad de ésta para cuidarse a sí misma y tomar el control de su salud y su vida. Julia señaló que uno necesita tener pensamientos positivos para poder sobreponerse a los efectos debilitantes del virus; “me afecta cuando [los trabajadores de salud] me dicen que soy una persona enferma”.¹⁷⁶

Los pacientes que no son tratados de la forma adecuada no siempre se defienden del maltrato por temor a las represalias.¹⁷⁷ Otras mujeres nos informaron que ya no se dan el trabajo de reclamar porque sus quejas no han recibido respuesta, o han llevado a que el trato sea peor.¹⁷⁸ Una voluntaria en el Hospital Sótero del Río en Santiago destacó que el hospital no ha tomado ninguna medida para responder al trato discriminatorio, a pesar del gran número de quejas que se han presentado. En lugar de eso, el hospital trata cada queja como un incidente aislado.¹⁷⁹

La discriminación en la atención de salud también trae importantes consecuencias de salud pública. Además del trato perturbador a los individuos que se enteran de su estatus VIH, el temor puede hacer que otros no se hagan la prueba para conocer su estatus o no lo revelen a los trabajadores de salud, socavando los programas de tratamiento y prevención. Por ejemplo, una enfermera de la Unidad de Infectología de Temuco dijo que los pacientes a menudo hablan de su reticencia a informar a las y los proveedores de salud de su estatus VIH por miedo al maltrato que probablemente recibirían después.¹⁸⁰

**LA DISCRIMINACIÓN PUEDE
PERPETUAR SENTIMIENTOS DE
VERGÜENZA Y BAJA AUTOESTIMA
PARA LAS PERSONAS VIVIENDO
CON VIH/SIDA.**



EL TRATO DISCRIMINATORIO VIOLA LOS DERECHOS HUMANOS FUNDAMENTALES DE LAS MUJERES VIH-POSITIVAS

La negligencia y el abuso documentados en este informe no sólo tienen ramificaciones a nivel de la salud pública; las acciones y omisiones de los proveedores de salud también constituyen serias violaciones a los derechos humanos fundamentales protegidos por la legislación nacional, regional e internacional. El gobierno chileno está obligado a garantizar el derecho a la salud, el derecho a la integridad física y mental, el derecho a estar libre de tortura o trato cruel, inhumano o degradante, el derecho a no sufrir violencia de género, el derecho a la dignidad, el derecho a la privacidad y la vida familiar, y el derecho a la no discriminación.

Estándares Internacionales y Regionales

Numerosos tratados regionales e internacionales, incluyendo la Convención Americana de Derechos Humanos (Convención Americana),¹⁸¹ la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Convención de Belém do Pará),¹⁸² el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos¹⁸³ (Pacto de Derechos Civiles y Políticos), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁸⁴ (Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW),¹⁸⁵ la Convención sobre los Derechos del Niño,¹⁸⁶ y la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes,¹⁸⁷ proveen protecciones importantes a los derechos de las mujeres y niñas en las Américas y a nivel global.

Chile ha suscrito los tratados mencionados, y con ello ha hecho “constar en el ámbito internacional su consentimiento en obligarse” por los mismos.¹⁸⁸ Por lo tanto, el gobierno de Chile está obligado por la legislación internacional a proteger los derechos enumerados en dichos tratados. Sin embargo, las violaciones aquí identificadas demuestran que Chile

está incumpliendo con sus obligaciones internacionales de respetar, proteger y hacer cumplir estos derechos.

Las referidas normas de derechos humanos son vinculantes y se complementan con los acuerdos internacionales políticamente vinculantes relativos a los derechos reproductivos y VIH/SIDA.¹⁸⁹ Al suscribir también estos documentos, Chile demostró además su compromiso de defender y apoyar el cumplimiento de estos estándares internacionales.

El derecho a la salud

Los tratados y acuerdos regionales e internacionales reconocen repetidamente el derecho fundamental al más alto nivel posible de salud mental y física, e imponen a los estados la obligación de hacer cumplir este derecho.¹⁹⁰ El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité ESCR) ha explicado:

El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.¹⁹¹

El Comité ESCR ha establecido que los componentes esenciales del derecho a la salud son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud.¹⁹² El principio de accesibilidad señala que “los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos”,¹⁹³ incluyendo la condición sexual o

de salud.¹⁹⁴ La aceptabilidad requiere que dichos servicios “sean respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados (...) y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate”.¹⁹⁵

Retrasar el tratamiento de pacientes con VIH/SIDA no dándoles atención sino hasta después de haber atendido a todas las pacientes VIH-negativas, o negar del todo la atención a las pacientes VIH-positivas, viola este principio de no discriminación y constituye una violación seria del derecho a la salud. El trato abusivo, como por ejemplo el maltrato verbal o la esterilización forzada o sin consentimiento ponen aún más en peligro el derecho a la salud. Este tipo de atención no sólo no cumple con los estándares de aceptabilidad en salud; la angustia que causan estas experiencias puede desincentivar a las pacientes VIH-positivas en la búsqueda de la atención de salud que necesiten en el futuro. En Santiago, el requisito de que las mujeres reciban la atención ginecológica básica en el consultorio de su barrio significa que en la práctica se puede estar negando el acceso a los establecimientos de salud a las mujeres VIH positivas, porque el temor a la discriminación y la falta de confidencialidad les impiden buscar los servicios que necesitan.

El derecho a la salud incluye también el derecho a la información en salud.¹⁹⁶ El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) ha establecido que “son aceptables los servicios que se prestan si se garantiza el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tiene en cuenta sus necesidades y perspectivas”.¹⁹⁷ Las fallas en la entrega de información sobre el uso del condón o la transmisión del VIH a las mujeres que viven con VIH/SIDA contraviene estas obligaciones, exponiendo a las mujeres y sus parejas a un riesgo más alto de infección o re-infección, y fomentando la desconfianza de los proveedores de salud.

Las Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos establecen que “el contenido del derecho a la salud se ha ido definiendo cada vez más y ahora incluye explícitamente la disponibilidad de, y accesibilidad a, prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH”.¹⁹⁸ Con este fin, los estándares internacionales y regionales de derechos humanos con respecto al derecho a la salud, obligan a Chile a eliminar los obstáculos que enfrentan

las mujeres VIH-positivas en el acceso a los servicios de salud que necesitan. Por el contrario, las acciones discriminatorias y abusivas documentadas en este informe alimentan en lugar de detener la expansión del VIH, al proveer información inexacta y sesgada sobre el virus y hacer que las mujeres se retiren de los programas de tratamiento.

Los derechos a la integridad mental y física y a no sufrir tortura o trato cruel, inhumano o degradante

La Convención Americana reconoce explícitamente el derecho a la integridad física y mental.¹⁹⁹ Este derecho va de la mano con el derecho a no sufrir tortura o trato cruel, inhumano o degradante, que está protegido por tratados tanto regionales como internacionales.²⁰⁰ Los derechos a la integridad física y mental y a no sufrir tortura o trato cruel, inhumano o degradante, no sólo prohíben actos que causan dolor físico sino que también incluyen actos que pueden tener efectos físicos o psicológicos duraderos, o que causan sufrimiento mental o psicológico.²⁰¹ Más aún, un acto que causa dolor o sufrimiento físico o mental puede constituir un trato cruel, inhumano o degradante, incluso si es infligido por negligencia y sin una intención específica.²⁰²

Tanto la Corte Europea de Derechos Humanos como la Corte Interamericana de Derechos Humanos han señalado que la gravedad del dolor y sufrimiento necesarios para alcanzar el nivel de tortura o trato cruel, inhumano o degradante es relativa y puede depender de varios factores, incluyendo la duración del trato y sus efectos físicos o mentales, y el sexo, edad y estado de salud de la víctima.²⁰³ La experimentación médica o científica sin el consentimiento voluntario e informado de la persona en cuestión viola estos derechos²⁰⁴ y el Comité de Derechos Humanos ha señalado explícitamente que la prohibición del trato cruel, inhumano o degradante se extiende a las acciones cometidas dentro de las instituciones médicas.²⁰⁵

Esterilizar a mujeres por su estatus VIH-positivo viola esta prohibición de tortura o trato cruel, inhumano o degradante. La esterilización forzada o sin consentimiento tiene efectos físicos y psicológicos duraderos, privando a las mujeres en forma permanente de sus capacidades reproductivas y provocándoles angustia. Los organismos que supervisan los tratados han vinculado la esterilización forzada o sin el consentimiento con la violación del derecho a no sufrir un trato cruel o inhumano,²⁰⁶ y la ex Relatora Especial sobre Violencia Contra la Mujer, sus Causas y Consecuencias ha descrito la esterilización forzada como “maltrato a una

mujer”, haciendo notar que “es un método de control médico de la fertilidad de una mujer sin el consentimiento de esa mujer”.²⁰⁷

Las extensas demoras para dar atención médica a las mujeres que viven con VIH/SIDA, o la negativa a entregar medicamentos para el dolor postparto, también violan las prohibiciones de trato cruel, inhumano o degradante. Las mujeres VIH-positivas dependen de los proveedores de salud para recibir la atención necesaria para salvar su vida. Cuando las mujeres no pueden acceder a un tratamiento que necesitan, como por ejemplo una cirugía para extirpar tumores malignos, estos retrasos y negativas de atención pueden causar extremo sufrimiento físico y emocional. El Relator Especial sobre Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, ha señalado que la negación de alivios para el dolor puede constituir un trato cruel, inhumano o degradante cuando causa dolor y sufrimiento severo.²⁰⁸

Otros abusos, incluyendo someter a las mujeres embarazadas a exámenes de VIH sin su consentimiento informado, negar a las madres de recién nacidos el sustituto de la leche materna para alimentar a sus bebés, y maltratar o humillar verbalmente a las mujeres cuando van a buscar la atención de salud necesaria, pueden todos causar mucha angustia, violando la prohibición del trato cruel, inhumano o degradante.

El derecho a no sufrir violencia de género

Las convenciones internacionales y regionales protegen los derechos de las mujeres a vivir sus vidas libres de violencia de género. La articulación más firme de este derecho se encuentra en la Convención de Belém do Pará, que reconoce que la “violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer el reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades”.²⁰⁹ De manera similar, el Comité CEDAW ha establecido que la “La violencia contra la mujer es una forma de discriminación que impide gravemente que goce de derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre”.²¹⁰ La Convención de Belém do Pará define la violencia contra las mujeres como “cualquier acción o conducta, basada en el sexo, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”.²¹¹ El Comité CEDAW ha explicado que “basado en el sexo” se refiere a actos

dirigidos hacia una mujer por el hecho de que es mujer, o que afecta a las mujeres en forma desproporcionada.²¹²

Chile se ha comprometido a proteger el derecho de las mujeres a no sufrir violencia de género incorporando las disposiciones de la Convención de Belém do Pará en la legislación del país.²¹³ La Convención obliga a los estados a tomar medidas concretas para prevenir y penalizar la violencia contra las mujeres, como también garantizar que sus autoridades, funcionarios e instituciones, incluyendo hospitales públicos y proveedores de salud, se abstengan de cometer actos de violencia de género.²¹⁴ Los organismos internacionales han reconocido sistemáticamente la esterilización forzada o sin consentimiento como una forma de violencia de género.²¹⁵ Chile ha fallado en tomar las medidas necesarias para prevenir que los proveedores de salud esterilicen mujeres sin su consentimiento voluntario y plenamente informado, y esto viola sus obligaciones legales internas e internacionales de prevenir y eliminar la violencia contra las mujeres.

El derecho a la dignidad

La dignidad humana es uno de los fundamentos más importantes de los derechos humanos.²¹⁶ Tanto el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se basan en la “dignidad inherente a la persona humana”,²¹⁷ y la Convención Americana estipula que “(...) Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad”.²¹⁸ Las Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos afirman que “una aproximación al VIH basada en los derechos se funda en los conceptos de dignidad e igualdad humanas que están presente en todas las culturas y tradiciones”.²¹⁹

En el contexto del VIH, las violaciones al derecho a la dignidad son un factor que contribuye a la prevalencia del virus y son al mismo tiempo una consecuencia de dicha prevalencia. El derecho a la dignidad se viola en primer lugar cuando se niega a las mujeres la educación sexual necesaria para que se protejan a sí mismas de la transmisión del VIH, y posteriormente cuando se les niega información acerca del uso del condón para prevenir la re-infección. Este derecho también se viola cuando las y los proveedores de salud niegan o demoran el tratamiento a las mujeres VIH-positivas, o cuando las maltratan en forma verbal o las humillan por su estatus VIH. La esterilización

forzada o sin consentimiento de mujeres VIH-positivas es una afrenta enorme a la dignidad de estas mujeres.²²⁰

El derecho a la privacidad y la familia

El derecho a la privacidad y el derecho a la salud están estrechamente relacionados en el contexto del VIH/SIDA. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece que “nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, [y] su domicilio”.²²¹ De manera similar, la Convención Americana prohíbe las “injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, en la de su familia, [o] en su domicilio”.²²² La Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha explicado que este derecho “garantiza una esfera que nadie puede invadir, un campo de actividad que es absolutamente propio de cada individuo”.²²³ La vida familiar y las decisiones con respecto a si formar o no una familia y cuándo hacerlo entra en esta área de privacidad.²²⁴ Cuando los proveedores de salud presionan a las mujeres VIH-positivas para que no tengan hijos o las obligan a esterilizarse, interfieren ilícitamente con sus derechos a tomar decisiones autónomas sobre la maternidad y la vida familiar.

El derecho a la privacidad también abarca ciertos aspectos de la atención en salud, incluyendo la confidencialidad para las personas que viven con VIH/SIDA, y la decisión de hacerse una prueba de VIH. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se comprometió a “asegurar el respeto de los derechos individuales y la confidencialidad de las personas infectadas con el VIH”.²²⁵ De acuerdo al Comité ESCR, el derecho a la salud comprende “el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a (...) experimentos médicos no consensuales”,²²⁶ lo que incluye la prueba de VIH. Las Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos exhortan a los estados a garantizar que “la prueba del VIH se realice únicamente con el consentimiento informado específico del interesado”.²²⁷ Las Directrices también enfatizan que “el interés de la persona con respecto a su intimidad es especialmente imperioso en el contexto del VIH (...) por el estigma y la discriminación que acarrearán la pérdida de intimidad y confidencialidad si se revela su estado serológico”.²²⁸ Al realizar exámenes de VIH sin el conocimiento o el consentimiento informado de una paciente, o revelar el estatus VIH a los amigos o miembros de la familia, las y los proveedores de salud violan el derecho de estas mujeres a la privacidad, lo que las expone a una mayor discriminación y podría alejarlas de los servicios de salud que necesitan.

El derecho a la no discriminación

El principio de no discriminación y protección igualitaria es “fundamental para la salvaguardia de los derechos humanos tanto en el derecho internacional como en el interno”.²²⁹ Esencialmente todos los documentos regionales e internacionales de derechos humanos enfatizan este derecho a no sufrir discriminación.²³⁰ Estos instrumentos prohíben la discriminación “de cualquier tipo, tales como (...) sexo (...) u otra condición”.²³¹ Según la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, debiera interpretarse que la expresión “otra condición” “comprende el estatus de salud, incluyendo el VIH/SIDA”.²³² El Comité ESCR interpreta de modo similar que “otra condición” comprende el estatus VIH.²³³

El ex Relator Especial sobre el Derecho de Toda Persona al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud ha reconocido que la discriminación basada en el género aumenta la susceptibilidad de las mujeres al VIH: “La discriminación por razones de género limita la capacidad de la mujer de protegerse contra la infección del VIH y responder a sus consecuencias”.²³⁴ Muchos de los factores sociales y culturales que exponen a las mujeres chilenas al riesgo de infección por VIH, tales como la violencia contra las mujeres y la incapacidad de negociar el uso del condón, se basan en discriminación en base al género.

De manera similar, las mujeres a menudo experimentan una mayor discriminación al conocer su estatus VIH-positivo, lo que dificulta los programas de prevención y tratamiento. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, el marcado estigma social vinculado al trabajo sexual, y a la sexualidad de las mujeres en general, “a menudo se extiende a muchas mujeres que contraen el VIH del esposo o pareja estable—el VIH/SIDA guarda una correlación tan alta con la promiscuidad que se presume, con frecuencia, que las mujeres con el virus son promiscuas, al margen de su historia sexual”.²³⁵ De esta forma, la discriminación basada en el género y la discriminación basada en el estatus VIH frecuentemente están interrelacionadas.

Las Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos abordan específicamente la discriminación contra las mujeres que viven con VIH/SIDA, señalando que “deberían aprobarse leyes de protección contra la discriminación para reducir las violaciones de los derechos humanos de la mujer en el contexto del VIH, con miras a disminuir su vulnerabilidad a la infección por el VIH y a los efectos del VIH y el SIDA”.²³⁶ Las Directrices sugieren medidas para combatir esta forma de discriminación:

*También deberían promulgarse leyes que garanticen los derechos reproductivos y sexuales de la mujer, como el derecho al acceso independiente a la información y los servicios de salud reproductiva y de ETS [enfermedades de transmisión sexual], así como a los métodos anticonceptivos (...), el derecho a decidir el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos, el derecho a exigir prácticas sexuales seguras y el derecho a la protección jurídica contra la violencia sexual, tanto dentro como fuera del matrimonio.*²³⁷

En ningún otro lugar el principio de no discriminación con base en el estatus VIH es tan importante como en el contexto de los servicios de salud, que son fundamentales para la protección de los derechos a la salud y a la vida de las personas que viven con VIH/SIDA. El Comité ESCR ha señalado que “los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación”.²³⁸ La Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA de la ONU destaca que los gobiernos son responsables de alcanzar dentro de un plazo definido los objetivos para la prevención del VIH/SIDA y deben eliminar la discriminación en la prevención y el acceso a atención médica.²³⁹

De acuerdo con estos estándares legales internacionales y nacionales, los establecimientos de salud chilenos deben ofrecer acceso a una atención de calidad a todas las personas, independientemente de su estatus serológico o su género. El trato diferenciado que reciben las mujeres VIH-positivas en los establecimientos de salud chilenos constituye una violación flagrante de este derecho a la no discriminación. La reticencia de los trabajadores de salud a ofrecer los cuidados de salud necesarios a las mujeres VIH-positivas, la negativa a entregar a las madres de recién nacidos suficiente sustituto de leche materna, la esterilización forzada o sin consentimiento de mujeres que viven con VIH/SIDA, o las críticas que realizan a las mujeres con respecto a su decisión de tener hijos, son todos hechos que contravienen las protecciones garantizadas por los derechos de no discriminación e igualdad ante la ley.

Legislación nacional

Del mismo modo, las leyes chilenas establecen protecciones a los derechos enumerados más arriba. La Constitución chilena protege prácticamente todos los derechos resumidos en este informe. El artículo 1 de la Constitución establece que “(...) las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos”.²⁴⁰ El artículo 19 expone los derechos constitucionalmente protegidos, incluyendo el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica;²⁴¹ los derechos de igual protección de la ley,²⁴² e igualdad ante la ley,²⁴³ el derecho a la vida privada, honra de la persona y su familia,²⁴⁴ y el derecho a la salud.²⁴⁵

Asimismo, otras disposiciones nacionales protegen los derechos de las mujeres que viven con VIH/SIDA. En 1998, Chile aprobó una ley que incorpora la Convención de Belém do Pará, protegiendo el derecho a no sufrir violencia doméstica a nivel nacional.²⁴⁶ La Ley de Salud Pública chilena ordena una protección especial a las mujeres durante el embarazo y por un período de 6 meses posteriores al parto.²⁴⁷ La Ley chilena sobre VIH/SIDA prohíbe la discriminación contra las personas sobre la base de su estatus VIH; en el ámbito de la atención en salud la Ley establece que ni las instituciones de salud privada ni las públicas pueden negar el acceso a la atención en salud por el estado serológico de las personas.²⁴⁸ La Ley de esterilizaciones quirúrgicas requiere consentimiento informado y voluntario, destacando que dichas protecciones son necesarias para asegurar que Chile está cumpliendo con sus obligaciones internacionales.²⁴⁹ Sin embargo, a pesar de este fuerte marco legislativo que protege las libertades y derechos de las personas que viven con VIH/SIDA, los establecimientos de salud chilenos han fallado en la implementación completa de estas leyes, lo que deja a las mujeres que viven con VIH/SIDA vulnerables a los caprichos discriminatorios de los proveedores de salud.

RECOMENDACIONES

Las siguientes recomendaciones se basan en los hallazgos de este informe. Estas recomendaciones no mencionan de manera exhaustiva las acciones requeridas de parte del Estado chileno con el fin de cumplir con sus obligaciones legales internacionales, sino que más bien apuntan a algunas de las principales violaciones de derechos que encontramos durante nuestra investigación.

AL GOBIERNO DE CHILE

Convertir en prioridad el cumplimiento cabal de sus obligaciones respecto a los derechos de las mujeres VIH-positivas.

- Desarrollar estrategias efectivas y detalladas para implementar la legislación existente y los compromisos internacionales con respecto a los derechos y el consentimiento informado de las mujeres, y para promulgar legislación integral sobre derechos y salud sexual y reproductiva.
- Recoger datos desagregados sobre mujeres y VIH, incluyendo violencia contra las mujeres y VIH, para comprender y responder mejor a las causas de la feminización de la epidemia de VIH/SIDA en Chile.
- Garantizar que los esfuerzos a nivel nacional para reducir la violencia contra las mujeres aborden las intersecciones entre violencia contra las mujeres y VIH/SIDA.

Garantizar que los derechos de las mujeres VIH-positivas sean respetados y protegidos cuando solicitan servicios de salud.

- Garantizar que los proveedores de salud:
 - o Comprendan y resguarden en forma adecuada el consentimiento informado para realizar la prueba de VIH;
 - o Comprendan los obstáculos que las mujeres VIH-positivas pueden enfrentar para acceder a tratamiento continuo y efectivo, tales como la violencia doméstica y la discriminación, de modo que las y los proveedores puedan adaptar en forma adecuada la

consejería a las necesidades de las mujeres; y
o Ofrezcan consejería e información integral y precisa en términos médicos, en particular en lo que se refiere a planificación familiar, embarazo, maternidad y VIH.

- Abordar el problema de la innecesaria segregación de las mujeres VIH-positivas en los establecimientos públicos de salud.
- Disminuir las barreras de las mujeres VIH-positivas para acceder al sustituto de la leche materna.

Garantizar que las mujeres VIH-positivas tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva aceptables y de calidad.

- Garantizar que los proveedores de salud comprendan los derechos de las mujeres VIH-positivas a acceder a servicios de planificación familiar, a ser sexualmente activas y a tener hijos.
- Garantizar que se ofrezca a las mujeres VIH-positivas una atención especializada en salud reproductiva.
- Capacitar a las y los proveedores de servicios de planificación familiar para que orienten a las mujeres que viven con VIH/SIDA y les ofrezcan información apropiada para que tomen decisiones informadas y voluntarias en lo referente a planificación familiar.
- Garantizar que la Resolución 2.326 sobre Esterilización se difunda, se implemente y se haga cumplir en forma adecuada para proteger a las mujeres VIH-positivas de la esterilización involuntaria.

Garantizar que se sigan los procedimientos apropiados en cuanto a la toma de la prueba, la consejería y la confidencialidad.

- Garantizar que los proveedores de salud:
 - o Comprendan los componentes de la consejería previa a la prueba del VIH y que orienten a las pacientes acerca de los beneficios de conocer el propio estatus, qué esperar si una paciente recibe un resultado positivo, existen-

cia de servicios de seguimiento y tratamiento, el derecho de la paciente a no realizarse la prueba, y sugerencias para negociar el uso del condón para mujeres que buscan hacerse el examen del VIH;

- o Ofrezcan consejería integral y precisa en términos médicos después del examen de VIH/SIDA, incluyendo la información sobre re-infección y la importancia del uso del condón, incluso en relaciones sero-concordantes;
 - o Comprendan y resguarden en forma adecuada el consentimiento informado para realizar la prueba de VIH, en especial con las mujeres embarazadas;
 - o Informen de manera apropiada a las pacientes acerca de su estado serológico; y
 - o Comprendan y resguarden en forma adecuada el derecho a la confidencialidad de las pacientes VIH-positivas.
- Garantizar que los establecimientos de salud destinen espacio y tiempo apropiados a la consejería sobre la prueba del VIH.
 - Emplear mujeres VIH-positivas como orientadoras en relación a la toma del examen de VIH.
 - Ofrecer información con respecto a grupos de apoyo o asociaciones locales de personas que viven con VIH/SIDA a las pacientes que tengan un resultado positivo en el examen.

Abordar las barreras para acceder a una atención médica de calidad.

- Revisar el impacto del sistema actual de derivaciones en los retrasos en el acceso a atención médica especializada.
- Establecer una red funcional de especialistas médicos que puedan ofrecer atención de calidad, aceptable y en forma oportuna a las pacientes que viven con VIH/SIDA.
- Garantizar el acceso a una atención obstétrica especializada para mujeres embarazadas que viven con VIH/SIDA.
- Garantizar que los condones masculinos y femeninos estén ampliamente disponibles.

Abordar los factores que impiden a los proveedores de salud ofrecer atención apropiada y de calidad a las pacientes VIH-positivas.

- Garantizar que todos los trabajadores y trabajadoras de la salud, incluyendo el personal administrativo, estén capacitados en transmisión del VIH y las precauciones que éstos pueden tomar mientras siguen ofreciendo atención de calidad a las pacientes que viven con VIH/SIDA.
- Realizar capacitaciones regulares obligatorias para todo el equipo de salud, para mantenerlos actualizados con respecto a los avances médicos, las mejores prácticas y los derechos de las pacientes a recibir atención de calidad, independientemente de su estatus VIH.

Incorporar educación integral sobre sexualidad en los programas escolares.

- Garantizar el acceso a educación sexual basada en la evidencia para ofrecer a los adolescentes la información que necesitan para protegerse de la transmisión del VIH.

Llevar a cabo una campaña pública de toma de conciencia para combatir el estigma y la discriminación en relación al VIH/SIDA.

- Enfatizar los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA.
- Educar al público con respecto a las formas de transmisión del VIH, para minimizar las ideas erróneas que estimulan el trato discriminatorio.
- Poner freno a las reacciones de violencia u ostracismo al enterarse del estatus VIH-positivo de la pareja o un miembro de la familia, y promover la consejería entre las parejas.
- Enfatizar los derechos de las mujeres que viven con VIH/SIDA a elegir si tienen actividad sexual o no, y si desean o no tener hijos.
- Abordar la violencia contra las mujeres, tanto en el hogar como en la comunidad, como causa y consecuencia de la infección por VIH.

Fortalecer las estructuras para proteger los derechos de las pacientes y que los proveedores se hagan responsables por sus violaciones de estos derechos.

- Difundir información en relación a las leyes sobre consentimiento informado y derechos de las personas que viven con VIH/SIDA, para garantizar que todos los establecimientos de salud, públicos y privados, están implementando las leyes y políticas vigentes en la actualidad.
- Realizar campañas públicas de toma de conciencia para educar a las y los pacientes con respecto a sus derechos.

- Garantizar que la información sobre los derechos de los pacientes esté claramente expuesta en los establecimientos de salud.
- Establecer directrices claras de procedimientos para realizar un seguimiento de las quejas por violaciones de derechos, y fortalecer los mecanismos administrativos de esclarecimiento de responsabilidades.
- Crear un sistema de supervisión y evaluación para garantizar que se implementen íntegramente las leyes y políticas relacionadas con los derechos de las pacientes que viven con VIH/SIDA.
- Entregar información a las y los jueces y profesionales del ámbito legal sobre violaciones a los derechos en el contexto de los servicios de salud y violaciones de los derechos vinculadas al género, para garantizar que sean capaces de responder incorporando la perspectiva de género.

Fortalecer el marco de los derechos humanos en Chile.

- Ratificar el Protocolo Facultativo de la CEDAW.
- Incorporar a nivel nacional los tratados internacionales de derechos humanos y garantizar que dichas leyes se pongan en práctica en el país.
- Fortalecer la legislación nacional para garantizar una protección integral de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la protección explícita de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH/SIDA.

A LA SOCIEDAD CIVIL

Hacer responsable al Estado de sus falencias en la protección adecuada de los derechos de las mujeres que viven con VIH/SIDA.

- Supervisar el desarrollo e implementación de leyes y políticas nacionales sobre los derechos de las mujeres y personas que viven con VIH/SIDA, incluyendo la aprobación de una ley integral sobre salud y derechos sexuales y reproductivos.
- Vincularse con los organismos internacionales y regionales que supervisan los derechos humanos para mantenerlos informados de las violaciones a los derechos humanos que están en curso.

Apoyar los esfuerzos por aumentar el nivel de conciencia y el desarrollo de capacidades.

Facilitar la recolección de datos sobre las intersecciones tanto entre género y VIH, como entre violencia contra las

mujeres y VIH, para mejorar las respuestas del gobierno a la feminización de la epidemia.

A LA COMUNIDAD INTERNACIONAL DE DONANTES

Las organizaciones que financian programas públicos y privados de salud reproductiva, planificación familiar y VIH/SIDA deberían garantizar que dichos programas están diseñados para mejorar la atención en salud y promover el ejercicio de derechos de las mujeres, y deberían establecer indicadores para evaluar estos proyectos, basados en los criterios de eficiencia, calidad y respeto por los derechos de las mujeres.

A LOS ORGANISMOS Y EXPERTOS EN DERECHOS HUMANOS A NIVEL INTERNACIONAL Y REGIONAL

Exhortar a Chile a proteger los derechos de las mujeres VIH-positivas que buscan atención de salud reproductiva y a ofrecer reparación y compensaciones por las violaciones a estos derechos.

NOTAS

En esta versión en español se han conservado las notas en inglés puesto que muchas de ellas incluyen números de página. Cuando existe una versión del documento en español, se indica el nombre y el hipervínculo (si está disponible en internet). En los demás casos se ha traducido el nombre del texto entre paréntesis.

- 1 PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA (ONUSIDA), INFORME SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE SIDA 2008 30 (AGO. DE 2008), *disponible en* [HTTP://WWW.CINU.ORG.MX/SIDA2008/DOCUMENTOS/JC1510_2008GLOBALREPORT_ES.PDF](http://www.cinu.org.mx/sida2008/documentos/JC1510_2008GLOBALREPORT_ES.PDF) [EN ADELANTE INFORME GLOBAL ONUSIDA 2008]; ONUSIDA & ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DE SIDA 2009 6 (DIC. DE 2009), *disponible en* [HTTP://DATA.UNAIDS.ORG/PUB/REPORT/2009/JC1700_EPI_UPDATE_2009_ES.PDF](http://data.unaids.org/pub/report/2009/JC1700_EPI_UPDATE_2009_ES.PDF) [EN ADELANTE ONUSIDA & OMS, SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DE SIDA 2009].
- 2 INFORME GLOBAL ONUSIDA 2008, SUPRA NOTA 1, EN 30; WHO, ET AL., EPIDEMIOLOGICAL FACTSHEET ON HIV AND AIDS: CORE DATA ON EPIDEMIOLOGY AND RESPONSE: CHILE [OMS, ET AL., HOJA INFORMATIVA EPIDEMIOLÓGICA SOBRE VIH Y SIDA: DATOS SOBRE EPIDEMIOLOGÍA Y RESPUESTA: CHILE] 4 (DIC. DE 2008), *disponible en* [HTTP://APPS.WHO.INT/GLOBALATLAS/PREDEFINEDREPORTS/EF2008/FULL/EF2008_CL.PDF](http://apps.who.int/globalatlas/predefinedreports/EF2008/FULL/EF2008_CL.PDF) [EN ADELANTE ONUSIDA INFORME DE CHILE 2008].
- 3 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), NOTA DESCRIPTIVA, GÉNERO Y VIH/SIDA (2007). EL SEMEN CONTIENE NIVELES MÁS ALTOS DE VIH QUE LOS FLUÍDOS VAGINALES Y EL TEJIDO QUE RECUBRE LA VAGINA ES VULNERABLE A PEQUEÑOS DESGARROS A TRAVÉS DE LOS CUALES EL VIRUS PUEDE ENTRAR EN LA CORRIENTE SANGUÍNEA. VER CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION [CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES] (CDC), HIV/AIDS [VIHVIH/SIDA], TOPICS [TEMAS], WOMEN [MUJERES], PREVENTION CHALLENGES [OBSTÁCULOS DE PREVENCIÓN], *disponible en* [HTTP://WWW.CDC.GOV/HIV/TOPICS/WOMEN/CHALLENGES.HTM](http://www.cdc.gov/hiv/topics/women/challenges.htm).
- 4 *Ver, por ejemplo*, LA DECLARACIÓN Y PLATAFORMA DE ACCIÓN DE BEIJING, CUARTA CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA MUJER, BEIJING, CHINA, EL 4 AL 15 DE SEPT. DE 1995, DOC. DE LA ONU A/CONF.177/20 (1996) [EN ADELANTE DECLARACIÓN Y PLATAFORMA DE ACCIÓN DE BEIJING]; COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (COMITÉ DE LA CEDAW), *Recomendación General No. 15: Necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)*, 9ª SESIÓN, DOC. DE LA ONU A/45/38, EN 81 (1990); OFICINA DEL ALTO COMISIONADO PARA LOS DERECHOS HUMANOS DE ONU & ONUSIDA, DIRECTRICES INTERNACIONALES SOBRE EL VIH/SIDA Y LOS DERECHOS HUMANOS, VERSIÓN CONSOLIDADA DE 2006, *disponible en* [HTTP://WWW.OHCHR.ORG/DOCUMENTS/PUBLICATIONS/HIVAIDSGUIDELINES.PDF](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGUIDELINES.PDF) [EN ADELANTE ONU & ONUSIDA, DIRECTRICES INTERNACIONALES SOBRE EL VIH/SIDA].
- 5 ONUSIDA, INFORME DE CHILE 2008, SUPRA NOTA 2, EN 4; OMS, ESTADÍSTICAS SANITARIAS MUNDIALES 2010 32 (2010), *disponible en* [HTTP://WWW.WHO.INT/WHOSIS/WHOSTAT/ES_WHS10_FULL.PDF](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_FULL.PDF) [EN ADELANTE OMS, ESTADÍSTICAS SANITARIAS MUNDIALES 2010].
- 6 OMS, ESTADÍSTICAS SANITARIAS MUNDIALES 2010, SUPRA NOTA 5, EN 35.
- 7 FRANCISCO VIDAL ET AL., MUJERES CHILENAS VIVIENDO CON VIH/SIDA: ¿DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS? 68, 106 (2004), *disponible en* [HTTP://WWW.VIVO-POSITIVO.ORG/PORTAL/DATOS/FTP/MUJERESCHILENAS.PDF](http://www.vivo-positivo.org/portal/datos/FTP/MUJERESCHILENAS.PDF) [EN ADELANTE MUJERES CHILENAS VIVIENDO CON VIH/SIDA].
- 8 HUMAN RIGHTS WATCH (HRW), UNA PRUEBA DE DESIGUALDAD: DISCRIMINACIÓN CONTRA MUJERES VIVIENDO CON VIH EN LA REPÚBLICA DOMINICANA, *disponible en* [HTTP://WWW.HRW.ORG/ES/REPORTS/2004/07/12/UNA-PRUEBA-DE-DESIGUALDAD-0](http://www.hrw.org/es/reports/2004/07/12/UNA-PRUEBA-DE-DESIGUALDAD-0) [EN ADELANTE HRW, UNA PRUEBA DE DESIGUALDAD].
- 9 TAMIL KENDALL, *Reproductive Rights Violations Reported by Mexican Women with HIV [Violaciones a los derechos reproductivos reportadas por mujeres mexicanas con VIH]*, 11 HEALTH AND HUM. RTS. IN PRACTICE 79, 84 (2009).
- 10 INTERNATIONAL COMMUNITY OF WOMEN LIVING WITH HIV/AIDS [COMUNIDAD INTERNACIONAL DE MUJERES QUE VIVEN CON VIH/SIDA] (ICW), THE FORCED AND COERCED STERILIZATION OF HIV POSITIVE WOMEN IN NAMIBIA [ESTERILIZACIÓN FORZADA O SIN CONSENTIMIENTO DE MUJERES VIH-POSITIVAS EN NAMIBIA] (MAR. DE 2009) [EN ADELANTE ICW, ESTERILIZACIÓN FORZADA O SIN CONSENTIMIENTO].
- 11 ANNA-MARIA LOMBARD, *South Africa: HIV-positive women sterilised against their will [Sudáfrica: mujeres VIH-positivas esterilizadas contra su voluntad]*, CITY PRESS, EL 7 DE JUN. DE 2010, *disponible en* [HTTP://WWW.SOUTHERNAFRICALITIGATIONCENTRE.ORG/NEWS/ITEM/SOUTH_AFRICA_HIV_POSITIVE_WOMEN_STERILISED_AGAINST_THEIR_WILL](http://www.southernafricanlitigationcentre.org/news/item/SOUTH_AFRICA_HIV_POSITIVE_WOMEN_STERILISED_AGAINST_THEIR_WILL) (ÚLTIMA VISITA EL 27 DE AGO. DE 2010).
- 12 YAKIN ERTÜRK, *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias: integración de los derechos humanos de la mujer y la perspectiva de género: violencia contra la mujer: interrelaciones entre la violencia contra la mujer y el VIH/SIDA*, PÁRR. 69, DOC. DE LA ONU E/CN.4/2005/72 (EL 17 DE ENE. DE 2005), *disponible en* <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/3394.pdf> [en adelante Yakin Ertürk, *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer*].
- 13 CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS [CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS], MATERNAL MORTALITY IN INDIA: USING INTERNATIONAL AND CONSTITUTIONAL LAW TO PROMOTE ACCOUNTABILITY AND CHANGE [MORTALIDAD MATERNA EN INDIA: USANDO EL DERECHO INTERNACIONAL Y CONSTITUCIONAL PARA PROMOVER LA RESPONSABILIDAD Y EL CAMBIO] 18 (2008).
- 14 ONUSIDA, SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DE SIDA 2009, SUPRA NOTA 1, EN 6.
- 15 FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS (UNFPA), ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 2005 38 (2005), *disponible en* [HTTP://WWW.UNFPA.ORG/SWP/2005/ESPAÑOL/CH1/INDEX.HTM](http://www.unfpa.org/swp/2005/ESPAÑOL/CH1/INDEX.HTM) [EN ADELANTE UNFPA, ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 2005].
- 16 ONUSIDA, UNFPA & UNIFEM, MUJERES Y SIDA: ENFRENTARSE A LA CRISIS 1 (2004), *disponible en* [HTTP://WWW.MEX.OPS-OMS.ORG/CONTENIDO/DISCO_2007/DOCUMENTOS/UNIFEM/MUJERES%20Y%20VIH.PDF](http://www.mex.ops-oms.org/contenido/disco_2007/documentos/UNIFEM/MUJERES%20Y%20VIH.PDF).
- 17 ONUSIDA, SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA DE SIDA 2009, SUPRA NOTA 1, EN 54.
- 18 *Ibid.* EN 57.
- 19 *Ibid.* EN 62.
- 20 YAKIN ERTÜRK, *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, supra* NOTA 12, PÁRR. 18.
- 21 *Ver, por ejemplo*, UNFPA, FEMALE CONDOM, A POWERFUL TOOL FOR PROTECTION [CONDÓN FEMENINO: UNA PODEROSA HERRAMIENTA DE PROTECCIÓN] (2006), *disponible en* [HTTP://UNFPA.DEXERO.COM/WEBDAV/SITE/GLOBAL/SHARED/DOCUMENTS/PUBLICATIONS/2006/FEMALE_CONDOM.PDF](http://unfpa.dextero.com/webdav/site/global/shared/documents/publications/2006/FEMALE_CONDOM.PDF).

- ²² Ver, por ejemplo, YAKIN ERTÜRK, *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer*, supra nota 12; AMNISTÍA INTERNACIONAL, MUJERES, VIH/SIDA Y DERECHOS HUMANOS 4-8 (2004), disponible en <http://www.amnesty.org/es/library/info/ACT77/084/2004> [EN ADELANTE AMNISTÍA INTERNACIONAL]; UNFPA & OMS, SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN LIVING WITH HIV/AIDS: GUIDELINES ON CARE, TREATMENT AND SUPPORT FOR WOMEN LIVING WITH HIV/AIDS AND THEIR CHILDREN IN RESOURCE-CONSTRAINED SETTINGS [SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE MUJERES VIVIENDO CON VIH/SIDA: DIRECTRICES PARA CUIDADO, TRATAMIENTO Y APOYO PARA MUJERES VIVIENDO CON VIH/SIDA Y SUS HIJOS EN CONTEXTOS DE ESCASOS RECURSOS] 14 (2006), disponible en <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sexualreproductivehealth.pdf> (TRADUCCIÓN LIBRE) [EN ADELANTE UNFPA & OMS, DIRECTRICES SSR]; ONUSIDA, FACTSHEET, HIV/AIDS, GENDER AND VIOLENCE AGAINST WOMEN [VIH/SIDA, HOJA INFORMATIVA, GÉNERO Y VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES] disponible en http://www.unfpa.org/hiv/docs/factsheet_vaw.pdf [EN ADELANTE ONUSIDA, *Hoja Informativa VIH/SIDA Género y Violencia contra las Mujeres*].
- ²³ UNFPA & OMS, DIRECTRICES SSR, supra nota 22, EN 14; AMNISTÍA INTERNACIONAL, supra nota 22, EN 6.
- ²⁴ *Ibid.*
- ²⁵ ONUSIDA, *Hoja Informativa VIH/SIDA Género y Violencia contra las Mujeres*, supra nota 22.
- ²⁶ COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CIDH), INFORME SOBRE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES EN CHILE: LA IGUALDAD EN LA FAMILIA, EL TRABAJO Y LA POLÍTICA, PÁRRS. 68-69, OEA/SER.LV/II.134 DOC. 63 (EL 27 DE MAR. DE 2009), disponible en <http://www.cidh.oas.org/Countryrep/ChileMujer2009sp/ChileMujer-09indice.sp.htm>.
- ²⁷ FUNDACIÓN PARA ESTUDIO E INVESTIGACIÓN DE LA MUJER (FEIM) ET AL., VINCULOS SILENCIADOS: VIOLENCIA Y VIH EN LAS MUJERES: UNA MIRADA A LA SITUACIÓN ACTUAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE 8 (2009), disponible en http://www.feim.org.ar/pdf/violencia/WWW_2009.pdf.
- ²⁸ *Ibid.*
- ²⁹ *Ibid.*
- ³⁰ INFORME DEL SECRETARIO GENERAL, *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer* (61ª SES.), PÁRR. 160, DOC. DE LA ONU A/61/122/Add.1 (EL 6 DE JUL. DE 2006), DISPONIBLE EN http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/61/122/Add.1&referer=http://www.bing.com/search?q=U.N.Doc.A/61/122/Add.1&lang=es [EN ADELANTE SECRETARIO GENERAL, INFORME SOBRE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER]; ONUSIDA, *Hoja Informativa VIH/SIDA Género y Violencia contra las Mujeres*, supra nota 22; OMS, GENDER DIMENSIONS OF HIV STATUS DISCLOSURE TO SEXUAL PARTNERS: RATES, BARRIERS AND OUTCOMES [DIMENSIONES DE GÉNERO DE LA REVELACIÓN DEL ESTATUS VIH A LAS PAREJAS SEXUALES: CIFRAS, BARRERAS Y RESULTADOS] 11, 18-19 (2004), disponible en <http://www.who.int/gender/documents/en/genderdimensions.pdf>.)
- ³¹ NISHA ANAND ET AL., HEALTH EQ. & L. CLINIC, U. TORONTO FAC. L., *Bridging the Gap: Developing a Human Rights Framework to Address Coerced Sterilization and Abortion: Articulating the Principle of Free and Informed Decision Making [Salvando la Distancia: Desarrollo de un marco de derechos humanos para abordar la esterilización forzada y el aborto: Articulando el principio de decisión libre e informada]* 6 (2009), disponible en http://www.athenanetwork.org/docs/HEAL_POLICY_BRIEF.PDF [EN ADELANTE NISHA ANAND ET AL., *Salvando la Distancia*].
- ³² UNFPA, ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 2003 15 (2003), disponible en http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2003/swp03_spa.pdf.
- ³³ ONUSIDA, *Hoja Informativa VIH/SIDA Género y Violencia contra las Mujeres*, supra nota 22.
- ³⁴ AMNISTÍA INTERNACIONAL, supra nota 22, EN 9; MINISTERIO DE SALUD, COMISIÓN NACIONAL DEL SIDA & FLACSO-CHILE, PUERTAS ADENTRO: MUJERES, VULNERABILIDAD Y RIESGO FRENTE AL VIH/SIDA 52 (2006) [EN ADELANTE FLACSO-CHILE, PUERTAS ADENTRO].
- ³⁵ ONUSIDA, *Hoja Informativa VIH/SIDA Género y Violencia contra las Mujeres*, supra nota 22; AMNISTÍA INTERNACIONAL, supra nota 22, EN 2.
- ³⁶ ONUSIDA, INFORME DE CHILE 2008, supra nota 2, EN 4.
- ³⁷ FLACSO-CHILE, PUERTAS ADENTRO, supra nota 34, EN 51.
- ³⁸ EDUCACIÓN POPULAR EN SALUD (EPES), DOS CARAS DE UNA MISMA REALIDAD: VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y FEMINIZACIÓN DEL VIH/SIDA, INFORME NACIONAL DE CHILE 53 (2009); YAKIN ERTÜRK, *Informe de la Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer*, supra nota 12, PÁRR. 20; ONUSIDA, *Hoja Informativa VIH/SIDA Género y Violencia contra las Mujeres*, supra nota 22.
- ³⁹ FLACSO-CHILE, PUERTAS ADENTRO, supra nota 34, EN 166.
- ⁴⁰ *Ibid.* EN 145.
- ⁴¹ *Ibid.*
- ⁴² *Ibid.* EN 142.
- ⁴³ *Ibid.* EN 148, 152.
- ⁴⁴ ENTREVISTA CON NATALIA, EN SANTIAGO DE CHILE (EL 20 DE ABR. DE 2009); FLACSO-CHILE, PUERTAS ADENTRO, supra nota 34, EN 161.
- ⁴⁵ FLACSO-CHILE, PUERTAS ADENTRO, supra nota 34, EN 39.
- ⁴⁶ *Ibid.* EN 64.
- ⁴⁷ *Ibid.* EN 78.
- ⁴⁸ MUJERES CHILENAS VIVIENDO CON VIH/SIDA, supra nota 7, EN 109. Ver también, FLACSO-CHILE, PUERTAS ADENTRO, supra nota 34, EN 32 (DESTACA QUE LA VIOLENCIA SEXUAL A TEMPRANA EDAD PUEDE INHIBIR LA CAPACIDAD DE UNA MUJER PARA PONER LÍMITES Y ESTABLECER UNA INTIMIDAD SALUDABLE).
- ⁴⁹ FLACSO-CHILE, PUERTAS ADENTRO, supra nota 34, EN 77.
- ⁵⁰ *Ibid.* EN 80.
- ⁵¹ ALEXEI BARRIONUEVO, *In Tangle of Young Lips, a Sex Rebellion in Chile* [UN ENREDO DE LABIOS JÓVENES, UNA REBELIÓN SEXUAL EN CHILE], N.Y. TIMES, EL 13 DE SEPT. DE 2008, disponible en <http://www.nytimes.com/2008/09/13/world/americas/13chile.html?pagewanted=print> (DESTACA QUE EN EL AÑO 2005, “47% DE LOS ESTUDIANTES DIJERON QUE ESTABAN RECIBIENDO EDUCACIÓN SEXUAL SÓLO UNA O DOS VECES AL AÑO, SI ES QUE RECIBIAN ALGUNA”). (TRADUCIDO).
- ⁵² FLACSO-CHILE, PUERTAS ADENTRO, supra nota 34, EN 132.
- ⁵³ *Ibid.* EN 81.
- ⁵⁴ MUJERES CHILENAS VIVIENDO CON VIH/SIDA, supra nota 7, EN 44.
- ⁵⁵ FLACSO-CHILE, PUERTAS ADENTRO, supra nota 34, EN 162.
- ⁵⁶ *Ibid.* EN 157; ver también, *ibid.* EN 128-130, 134.
- ⁵⁷ *Ibid.* EN 137.
- ⁵⁸ ENTREVISTA CON ENFERMERA DE INFECTOLOGÍA, EN TEMUCO (EL 8 DE MAYO DE 2009).
- ⁵⁹ ENTREVISTA CON JULIA, EN SANTIAGO DE CHILE (EL 24 DE ABRIL DE 2009).
- ⁶⁰ OMS, PTMTCT STRATEGIC VISION 2010-2015: PREVENTING MOTHER-TO-CHILD TRANSMISSION OF HIV TO REACH THE UNGASS AND MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS [VISIÓN ESTRATÉGICA 2010-2015 PTMI: PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DEL VIH PARA ALCANZAR LAS

- METAS UNGASS Y DE DESARROLLO DEL MILENIO] 6 (2010), *disponible en* [HTTP://WWW.WHO.INT/HIV/PUB/TMI/STRATEGIC_VISION.PDF](http://www.who.int/hiv/pub/TMI/STRATEGIC_VISION.PDF) [EN ADELANTE OMS, PTMI VISIÓN ESTRATÉGICA 2010-2015].
- ⁶¹ *Ibid.*; OMS, DPTO. DE VIH/SIDA, *Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT): Briefing Note 3 [Prevención de la Transmisión Materno-Infantil (PTMI): Nota Informativa 3]* (EL 1 DE OCT. DE 2007), *disponible en* [HTTP://WWW.WHO.INT/HIV/PUB/TOOLKITS/PMTCT%20HIV%20DEPT%20BRIEF%20OCT%202007.PDF](http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/PMTCT%20HIV%20DEPT%20BRIEF%20OCT%202007.PDF).
- ⁶² OMS ET AL., GUIDELINES ON HIV AND INFANT FEEDING 2010: PRINCIPLES AND RECOMMENDATIONS FOR INFANT FEEDING IN THE CONTEXT OF HIV AND A SUMMARY OF EVIDENCE [DIRECTRICES SOBRE VIH Y ALIMENTACIÓN INFANTIL 2010: PRINCIPIOS Y RECOMENDACIONES SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL EN EL CONTEXTO DEL VIH Y RESUMEN DE LA EVIDENCIA] 3-4, 7-8 (2010), *disponible en* [HTTP://WHQLIBDOC.WHO.INT/PUBLICATIONS/2010/9789241599535_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599535_eng.pdf) [EN ADELANTE OMS, DIRECTRICES SOBRE VIH Y ALIMENTACIÓN INFANTIL 2010].
- ⁶³ MINISTERIO DE SALUD, NORMA GENERAL TÉCNICA No. 81: *Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH*, EN 21 (*aprobada por* RESOLUCIÓN EXTERNA No. 622) (AGO. 2005) (CHILE) [EN ADELANTE *Norma de Prevención de la Transmisión Vertical*]; Ministerio de Salud, *Estrategia de Atención Integral a Personas que Viven con VIH/SIDA: Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA* (2006) (CHILE), *disponible en* [HTTP://WWW.REDSALUD.GOV.CL/ARCHIVOS/VIH/ESTRATEGIA_ATENCION_INTEGRAL_VIH_2006.PDF](http://www.redsalud.gov.cl/archivos/vih/estrategia_atencion_integral_vih_2006.pdf).
- ⁶⁴ ONUSIDA, CAMPAÑA MUNDIAL CONTRA EL SIDA 2002–2003, MARCO CONCEPTUAL Y BASE PARA LA ACCIÓN: ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN RELACIONADOS CON EL VIH/SIDA 8 (2002), *disponible en* [HTTP://DATA.UNAIDS.ORG/PUBLICATIONS/IRC-PUB02/JC891-WAC_FRAMEWORK_ES.PDF](http://data.unaids.org/publications/IRC-PUB02/JC891-WAC_FRAMEWORK_ES.PDF) [EN ADELANTE ONUSIDA, ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN].
- ⁶⁵ UNFPA, ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 2005, *supra* NOTA 15, EN 38.
- ⁶⁶ UNFPA & OMS, DIRECTRICES SSR, *supra* NOTA 22, EN 7; OPS, COMPRENSIÓN Y RESPUESTA AL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN POR EL VIH/SIDA EN EL SECTOR SALUD 15 (2003), *disponible en* [HTTP://WWW.PAHO.ORG/SPANISH/AD/FCH/AI/STIGMA_REPORT_SPANISH.PDF](http://www.paho.org/spanish/AD/FCH/AI/STIGMA_REPORT_SPANISH.PDF) [EN ADELANTE OPS, COMPRENSIÓN Y RESPUESTA AL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN POR EL VIH/SIDA]; ONUSIDA, ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN, *supra* NOTA 64, EN 8.
- ⁶⁷ *Norma de Prevención de la Transmisión Vertical*, *supra* 63, EN 7.
- ⁶⁸ UNFPA & OMS, DIRECTRICES SSR, *supra* NOTA 22, EN 7; YAKIN ERTÜRK, *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer*, *supra* NOTA 12, PÁRR. 62.
- ⁶⁹ NISHA ANAND ET AL., *Salvando la Distancia*, *supra* NOTA 31, EN 5 (“LA ‘MATERNIDAD’, COMO CONCEPTO SOCIAL EN EL CONTEXTO DEL VIH Y EL SIDA, TERMINÓ ASÍ POR ASOCIARSE CON ‘DAÑO’ – EL DAÑO DE LA INFECCIÓN Y EL DEL ABANDONO”). (TRADUCIDO).
- ⁷⁰ ONUSIDA, ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN, *supra* NOTA 64, EN 10.
- ⁷¹ OPS, COMPRENSIÓN Y RESPUESTA AL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN POR EL VIH/SIDA, *supra* NOTA 66, EN 28 (“EN GENERAL, LAS ENCUESTAS DE TRABAJADORES DE LA SALUD INDICAN QUE ENTRE 10% Y 20% TIENE ACTITUDES NEGATIVAS HACIA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA. TALES ACTITUDES ESTÁN RELACIONADAS CON EL MIEDO A LA TRANSMISIÓN Y EL MIEDO A LA DESAPROBACIÓN DE LOS MODOS DE VIDA REALES O PRESUNTOS DE LAS PERSONAS CON VIH/SIDA”); UNFPA & OMS, DIRECTRICES SSR, *supra* NOTA 22, EN 7-8.
- ⁷² UNFPA & OMS, DIRECTRICES SSR, *supra* NOTA 22, EN 5-6.
- ⁷³ *Ver, por ejemplo*, CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS [CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS], AT RISK: RIGHTS VIOLATIONS OF HIV-POSITIVE WOMEN IN KENYAN HEALTH FACILITIES [EN RIESGO: VIOLACIONES DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES VIH-POSITIVAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN KENYA] (2008); ICW, ESTERILIZACIÓN FORZADA O SIN CONSENTIMIENTO, *supra* NOTA 10; HRW, UNA PRUEBA DE DESIGUALDAD, *supra* NOTA 8; ICW, POSITIVE WOMEN: VOICES AND CHOICES ZIMBABWE REPORT [MUJERES POSITIVAS: VOCES Y DECISIONES. INFORME ZIMBABWE] (2002).
- ⁷⁴ *Ver, por ejemplo*, HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH ET AL., CONFERENCE REPORT: THE PREGNANCY INTENTIONS OF HIV-POSITIVE WOMEN: FORWARDING THE RESEARCH AGENDA [INFORME CONFERENCIA: INTENCIONES DE EMBARAZO DE MUJERES VIH-POSITIVAS: AVANZANDO EN LA AGENDA DE INVESTIGACIÓN] 3 (2010), *disponible en* [HTTP://WWW.HSPH.HARVARD.EDU/PIIHR/FILES/HOME PAGE/NEWS_AND_EVENTS/PREGNANCY_INTENTIONS_FULL_REPORT.PDF](http://www.hsph.harvard.edu/piihr/files/homepage/news_and_events/pregnancy_intentions_full_report.pdf).
- ⁷⁵ REPÚBLICA DE CHILE, MINISTERIO DE SALUD, LEY 19.779: *Establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas*, art. 5 (*publicada* 14 DE DIC. 2001) (SEÑALA QUE EL EXAMEN DE VIH DEBIERA SER “CONFIDENCIAL Y VOLUNTARIO, DEBIENDO CONSTAR POR ESCRITO (...) SE REALIZARÁ PREVIA INFORMACIÓN (AL INTERESADO) ACERCA DE LAS CARACTERÍSTICAS, NATURALEZA Y CONSECUENCIAS QUE PARA LA SALUD IMPLICA LA INFECCIÓN CAUSADA POR DICHO VIRUS, ASÍ COMO LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CIENTÍFICAMENTE COMPROBADAS COMO EFICACES”). [EN ADELANTE LEY DE VIH/SIDA (CHILE)].
- ⁷⁶ ENTREVISTA CON KARINA, EN TEMUCO (EL 6 DE MAYO DE 2009).
- ⁷⁷ REPÚBLICA DE CHILE, MINISTERIO DE SALUD, DECRETO 182: *Reglamento del Examen para la Detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana*, ART. 9 (*publicado* EL 9 DE ENE. DE 2007).
- ⁷⁸ MUJERES CHILENAS VIVIENDO CON VIH/SIDA, *supra* NOTA 7, EN 58.
- ⁷⁹ ENTREVISTA CON ANA, EN SANTIAGO DE CHILE (EL 20 DE ABR. DE 2009).
- ⁸⁰ ENTREVISTA CON PAMELA, EN IQUIQUE (EL 4 DE AGO. DE 2009).
- ⁸¹ ENTREVISTA CON ENFERMERA JEFE, EN CONCEPCIÓN (EL 11 DE AGO. DE 2009).
- ⁸² ENTREVISTA CON ANA, *supra* NOTA 79; ENTREVISTA CON JULIA, *supra* NOTA 59; ENTREVISTA CON JAVIERA, EN HUALAÑÉ (EL 12 DE MAYO DE 2009); ENTREVISTA CON ANTONIA, EN ALTO HOSPICIO (EL 5 DE AGO. DE 2009); ENTREVISTA CON CARMEN, EN ESQUALÓN (EL 12 DE AGO. DE 2009).
- ⁸³ ENTREVISTA CON JULIA, *supra* NOTA 59.
- ⁸⁴ ENTREVISTA CON ELIZABETH, EN CURICÓ (EL 18 DE MAYO DE 2009); ENTREVISTA CON PAMELA, *supra* NOTA 80; ENTREVISTA CON ROSA, EN IQUIQUE (EL 4 DE AGO. DE 2009); ENTREVISTA CON MARGARITA, EN IQUIQUE (EL 5 DE AGO. DE 2009).
- ⁸⁵ ENTREVISTA CON MARCELA, EN SANTIAGO (EL 20 DE ABR. DE 2009); ENTREVISTA CON JULIA, *supra* NOTA 59; ENTREVISTA CON JAVIERA, *supra* NOTA 82; ENTREVISTA CON CLAUDIA, EN SANTIAGO (EL 20 DE MAYO DE 2009); ENTREVISTA CON PAMELA, *supra* NOTA 80; ENTREVISTA CON ROSA, *supra* NOTA 84; ENTREVISTA CON MARGARITA; *supra* NOTA 84; ENTREVISTA CON ANTONIA, *supra* NOTA 82; ENTREVISTA CON ALEJANDRA, EN CONCEPCIÓN (EL 12 DE AGO. DE 2009); ENTREVISTA CON CARMEN, *supra* NOTA 82.
- ⁸⁶ ONU & ONUSIDA, DIRECTRICES INTERNACIONALES SOBRE EL VIH/SIDA, *supra* NOTA 4, PÁRR. 96.
- ⁸⁷ LEY DE VIH/SIDA (CHILE), *supra* NOTA 75, ART. 5.
- ⁸⁸ ONUSIDA & OMS, UNAIDS/WHO POLICY STATEMENT ON HIV TESTING [ONUSIDA/OMS DECLARACIÓN DE POLÍTICA SOBRE LA PRUEBA DE VIH] 1 (JUNE 2004), *disponible en* [HTTP://WWW.WHO.INT/HIV/PUB/VCT/EN/HIVTESTINGPOLICY04.PDF](http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/hivtestingpolicy04.pdf) (TRADUCCIÓN LIBRE) [EN ADELANTE *ONUSIDA/OMS Declaración de Política sobre la Prueba de VIH*].
- ⁸⁹ UNFPA & OMS, DIRECTRICES SSR, *supra* NOTA 22, EN 9; *ONUSIDA/OMS Declaración de Política sobre la Prueba de VIH*, *supra* NOTA 88, EN 2; AMNISTÍA INTERNACIONAL, *supra* NOTA 22, EN 17.
- ⁹⁰ *Ver, por ejemplo*, AMNISTÍA INTERNACIONAL, *supra* NOTA 22, EN 19.

- 91 ONU & ONUSIDA, DIRECTRICES INTERNACIONALES SOBRE EL VIH/SIDA, *supra* nota 4, párr. 96.
- 92 UNFPA & OMS, DIRECTRICES SSR, *supra* nota 22, en 9, 13, 17, 29-30; OMS & ONUSIDA, HIV/AIDS PROGRAMME, GUIDANCE ON PROVIDER-INITIATED HIV TESTING AND COUNSELING IN HEALTH FACILITIES [PROGRAMA VIH/SIDA, GUÍA SOBRE PRUEBA DE VIH Y ASESORÍA INICIADAS POR EL PROVEEDOR EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD] 40-41 (MAY 2007), *disponible en* [HTTP://WHQLIBDOC.WHO.INT/PUBLICATIONS/2007/9789241595568_ENG.PDF](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568_eng.pdf) (PARA EL RESUMEN EJECUTIVO, VER [HTTP://WWW.WHO.INT/HIV/PITC_SPANISH_EXECUTIVE_SUMMARY_25MAY_15%2000PM.PDF](http://www.who.int/hiv/pitc_spanish_executive_summary_25may_15%2000pm.pdf)).
- 93 ENTREVISTA CON TERESA, EN SANTIAGO (EL 21 DE ABR. DE 2009).
- 94 ENTREVISTA CON INÉS, EN CURICÓ (EL 8 DE MAYO DE 2009).
- 95 ENTREVISTA CON NATALIA, *supra* nota 44.
- 96 ENTREVISTA CON PATRICIA, EN SANTIAGO (EL 20 DE ABR. DE 2009); ENTREVISTA CON PAOLA, EN SANTIAGO (EL 27 DE ABR. DE 2009).
- 97 ENTREVISTA CON PATRICIA, *supra* nota 96.
- 98 ENTREVISTA CON GINECO-OBSTETRA, EN CONCEPCIÓN (EL 12 DE AGO. DE 2009).
- 99 OMS, AIDE-MÉMOIRE: *Healthcare worker safety* (DIC. DE 2003), *disponible en* [HTTP://WWW.WHO.INT/INJECTION_SAFETY/TOOLBOX/EN/AM_HC_W_SAFETY_EN.PDF](http://www.who.int/injection_safety/toolbox/en/AM_HC_W_SAFETY_EN.PDF).
- 100 *Ibid.*
- 101 Ver, por ejemplo, LEY DE VIH/SIDA (CHILE), *supra* nota 75, art. 7 (“NINGÚN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, PÚBLICO O PRIVADO, CUANDO SEA REQUERIDA SU INTERVENCIÓN DE ACUERDO CON LA LEY, PODRÁ NEGAR EL INGRESO O ATENCIÓN A PERSONAS PORTADORAS O ENFERMAS CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA O CONDICIONAR LO ANTERIOR A LA REALIZACIÓN O PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DEL REFERIDO EXAMEN”); INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS [FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA] (FIGO), *PREGNANCY AND HIV-POSITIVE PATIENTS [EMBARAZO Y PACIENTES VIH-POSITIVAS]*, RECOMMENDATION [RECOMENDACIÓN] 1, 107 INT. J. GYNECOL. OBSTET. 77-78 (2009) (“NO DEBE NEGARSE LA ATENCIÓN O PROVEER UNA ATENCIÓN DE MENOR CALIDAD A LAS PACIENTES VIH-POSITIVAS, EN RAZÓN DE SU ESTATUS VIH”). (TRADUCCIÓN LIBRE) [EN ADELANTE FIGO, *Embarazo y pacientes VIH-positivas*].
- 102 MUJERES CHILENAS VIVIENDO CON VIH/SIDA, *supra* nota 7, en 66.
- 103 ENTREVISTA CON JULIA, *supra* nota 59.
- 104 ENTREVISTA CON MARÍA, EN CONCEPCIÓN (EL 10 DE AGO. DE 2009).
- 105 ENTREVISTA CON TERESA, *supra* nota 93.
- 106 ENTREVISTA CON DANIELA, EN TEMUCO (EL 7 DE MAYO DE 2009).
- 107 ENTREVISTA CON MARCELA, *supra* nota 85.
- 108 ENTREVISTA CON CLAUDIA, *supra* nota 85.
- 109 OMS, DIRECTRICES SOBRE VIH Y ALIMENTACIÓN INFANTIL 2010, *supra* nota 62.
- 110 ENTREVISTA CON CLAUDIA, *supra* nota 85.
- 111 ENTREVISTA CON PATRICIA, *supra* nota 96.
- 112 ENTREVISTA CON CLAUDIA, *supra* nota 85.
- 113 ENTREVISTA CON DANIELA, *supra* nota 106.
- 114 DECLARACIÓN JURADA DE F.S., CURICÓ, CHILE (EL 19 DE ENE. DE 2009) (EN EL ARCHIVO DEL CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS [CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS]) [EN ADELANTE DECLARACIÓN JURADA DE F.S.]; ver también, *F.S. v. Chile, CIDH, ADMISIBILIDAD PENDIENTE (demanda archivada* EL 3 DE FEB. DE 2009).
- 115 OMS, PTMI VISIÓN ESTRATÉGICA 2010-2015, *supra* nota 60, en 6.
- 116 Ver por ejemplo, CONVENCION PARA LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER, ART. 16(E), ADOPTADA EL 18 DE DIC. DE 1979, RES. DE LA A.G. 34/180, U.N. GAOR, 34TH SES., 46ª SUP., EN 193, DOC. DE LA ONU A/34/46 (1979) (entró en vigor EL 3 DE SEPT. DE 1981) (ratificada por CHILE EL 6 DE ENE. DE 1990), *disponible en* [HTTP://WWW2.OHCHR.ORG/SPANISH/LAW/CEDAW.HTM](http://www2.ohchr.org/spanish/Law/CEDAW.htm) [EN ADELANTE CEDAW].
- 117 FIGO, *Embarazo y pacientes VIH-positivas*, *supra* nota 101, RECOMENDACIÓN 6.
- 118 UNFPA & OMS, DIRECTRICES SSR, *supra* nota 22, en 25-26.
- 119 MUJERES CHILENAS VIVIENDO CON VIH/SIDA, *supra* nota 7, en 81.
- 120 ENTREVISTA CON JULIA, *supra* nota 59.
- 121 *Ibid.*
- 122 *Ibid.*
- 123 ENTREVISTA CON CLAUDIA, *supra* nota 85.
- 124 *Ibid.*
- 125 FIGO, *Consideraciones Éticas en Relación con la Esterilización*, en *ETHICAL ISSUES IN OBSTET. & GYNEC. [RECOMENDACIONES SOBRE TEMAS DE ÉTICA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA]* 109 (OCT. DE 2009), *disponible en* [HTTP://WWW.FIGO.ORG/FILES/FIGO-CORP/ETHICAL%20ISSUES%20-%20SPANISH.PDF](http://www.figo.org/files/figo-corp/ethical%20issues%20-%20spanish.pdf) [EN ADELANTE FIGO, *Consideraciones Éticas en Relación con la Esterilización*].
- 126 FIGO, *Lineamientos Relativos al Consentimiento Informado*, en *ETHICAL ISSUES IN OBSTET. & GYNEC.*, *supra* nota 125, en 15-17.
- 127 Ver, por ejemplo, LIDIA B. CASAS, *Mujeres y Reproducción: ¿Del Control a la Autonomía?*, 18 INFORME DE INVESTIGACIÓN 1 (JUN. DE 2004).
- 128 REPÚBLICA DE CHILE, MINISTERIO DE SALUD, RESOLUCIÓN 003: *Métodos Anticonceptivos Irreversibles o Esterilizaciones Quirúrgicas (publicado* EL 1 DE SEPT. DE 1975).
- 129 ENTREVISTA CON ROCÍO, EN SANTIAGO (EL 20 DE ABR. DE 2009).
- 130 ENTREVISTA CON PAOLA, *supra* nota 96.
- 131 *Ibid.*
- 132 REPÚBLICA DE CHILE, RESOLUCIÓN EXENTA 2326: *Fija Directrices para los servicios de salud sobre esterilización femenina y masculina*, ARTS. 2-4 (publicado EL 9 DE DIC. DE 2000) [EN ADELANTE LEY DE ESTERILIZACIÓN (CHILE)].
- 133 UNFPA & OMS, DIRECTRICES SSR, *supra* nota 22, en 23.
- 134 NISHA ANAND ET AL., *Salvando la Distancia*, *supra* nota 31, en 8-9; OPS, *COMPRESIÓN Y RESPUESTA AL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN POR EL VIH/SIDA*, *supra* nota 66, en 25.
- 135 ENTREVISTA CON ENFERMERA DE INFECTOLOGÍA, *supra* nota 58.
- 136 ENTREVISTA CON GINECO-OBSTETRA, *supra* nota 98.
- 137 ENTREVISTA CON INFECTÓLOGO, EN TEMUCO (EL 8 DE MAYO DE 2009).
- 138 ENTREVISTA CON KARINA, *supra* nota 76.
- 139 *Ibid.*
- 140 ENTREVISTA CON DANIELA, *supra* nota 106.
- 141 *Ibid.*
- 142 ENTREVISTA CON CLAUDIA, *supra* nota 85.
- 143 ENTREVISTA CON ALEJANDRA, *supra* nota 85.
- 144 YAKIN ERTÜRK, *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer*, *supra* nota 12, párr. 69.
- 145 ANAND GROVER, *Informe del Relator Especial sobre el Derecho de Toda Persona al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud*

- Física y Mental: El Derecho a la Salud y el Consentimiento Informado*, PÁRRS. 57-58, DOC. DE LA ONU A/64/272 (EL 10 DE AGO. DE 2009), DISPONIBLE EN [HTTP://WWW.SCRIBD.COM/DOC/20571460/INFORME-DEL-RELATOR-ESPECIAL-SOBRE-EL-DERECHO-LA-SALUD](http://www.scribd.com/doc/20571460/Informe-del-Relator-Especial-sobre-el-Derecho-la-Salud).
- ¹⁴⁶ OMS, CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS 153 (2005), *disponible en* [HTTP://WHQLIBDOC.WHO.INT/PUBLICATIONS/2005/9243562665.PDF](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562665.pdf).
- ¹⁴⁷ FIGO, *Consideraciones Éticas en Relación con la Esterilización*, *supra* NOTA 125, EN 109.
- ¹⁴⁸ LEY DE ESTERILIZACIÓN (CHILE), *supra* NOTA 132, ARTS. 3-4.
- ¹⁴⁹ *Ver, por ejemplo*, STEVEN G. GABBE ET AL., OBSTETRICS: NORMAL AND PROBLEM PREGNANCIES [OBSTETRICIA: EMBARAZOS NORMALES Y PROBLEMÁTICOS] 704 (1996).
- ¹⁵⁰ COMITÉ DE LA CEDAW, *Recomendación General No. 19: Violencia contra las Mujeres* (11ª SES.), 1993, PÁRR. 22, DOC. DE LA ONU A/47/38, EN 1 (1993), *disponible en* [HTTP://WWW.UN.ORG/WOMENWATCH/DAW/CEDAW/RECOMMENDATIONS/RECOMM-SP.HTM](http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm) [EN ADELANTE COMITÉ DE LA CEDAW, *Recomendación General No. 19*].
- ¹⁵¹ JOHNS HOPKINS POPULATION INFORMATION PROGRAM [PROGRAMA DE INFORMACIÓN EN POBLACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE JOHNS HOPKINS], THE ESSENTIALS OF CONTRACEPTIVE TECHNOLOGY: A HANDBOOK FOR CLINICAL STAFF [LO ESENCIAL DE LA TECNOLOGÍA ANTICONCEPTIVA: MANUAL PARA PERSONAL CLÍNICO] SEC. 9-22 (JUL. DE 1997).
- ¹⁵² *Ibid.* SECS. 9-5, 9-22.
- ¹⁵³ ENTREVISTA CON INFECTÓLOGO, EN TEMUCO *supra* NOTA 137.
- ¹⁵⁴ ENTREVISTA CON PATRICIA, *supra* NOTA 96; ENTREVISTA CON PAOLA, *supra* NOTA 96.
- ¹⁵⁵ ENTREVISTA CON INFECTÓLOGO, EN TEMUCO *supra* NOTA 137.
- ¹⁵⁶ ENTREVISTA CON GINECO-OBSTETRA, *supra* NOTA 98.
- ¹⁵⁷ REPÚBLICA DE CHILE, MINISTERIO DE SALUD, GUÍA CLÍNICA 2009 SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA 66 (2009), *disponible en* [HTTP://WWW.REDSALUD.GOV.CL/PORTAL/URL/ITEM/7220F0DC4340C44A9E04001011F0113B9.PDF](http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/7220f0dc4340c44a9e04001011f0113b9.pdf).
- ¹⁵⁸ ENTREVISTA CON INFECTÓLOGO, EN TEMUCO *supra* NOTA 137.
- ¹⁵⁹ ENTREVISTA CON ENFERMERA DE INFECTOLOGÍA, *supra* NOTA 58.
- ¹⁶⁰ ENTREVISTA CON INFECTÓLOGO, EN IQUIQUE (EL 4 DE AGO. DE 2009).
- ¹⁶¹ ENTREVISTA CON PAMELA, *supra* NOTA 80.
- ¹⁶² UNFPA & OMS, DIRECTRICES SSR, *supra* NOTA 22, AT 25.
- ¹⁶³ ENTREVISTA CON ENFERMERA JEFE, *supra* NOTA 81.
- ¹⁶⁴ *Ibid.*; ENTREVISTA CON CARMEN, *supra* NOTA 82.
- ¹⁶⁵ ENTREVISTA CON CARMEN, *supra* NOTA 82.
- ¹⁶⁶ NISHA ANAND ET AL., *Salvando la Distancia*, *supra* NOTA 31, EN 4 (“LA VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES A UNA ATENCIÓN ACEPTABLE EN SALUD REPRODUCTIVA TAMBIÉN SOCABA OBJETIVOS MÁS AMPLIOS DE LA SALUD PÚBLICA AL DISUADIR A LAS MUJERES DE BUSCAR ATENCIÓN Y SERVICIOS. ESTO PUEDE IMPEDIR QUE LAS MUJERES ‘ACCEDAN A LA ATENCIÓN POR LAS ASOCIACIONES NEGATIVAS DEL VIH, O PORQUE ANTICIPAN O EXPERIMENTAN UN COMPORTAMIENTO PREJUDICIOSO DE PARTE DE LOS PROVEEDORES DE SALUD’”). (TRADUCIDO).
- ¹⁶⁷ ONU & ONUSIDA, DIRECTRICES INTERNACIONALES SOBRE EL VIH/SIDA, *supra* NOTA 4, PÁRR. 96.
- ¹⁶⁸ ONUSIDA, *Hoja Informativa VIH/SIDA Género y Violencia contra las Mujeres*, *supra* NOTA 22.
- ¹⁶⁹ ONUSIDA, *Estigma y Discriminación*, *supra* nota 64, EN 5; OPS, COMPRENSIÓN Y RESPUESTA AL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN POR EL VIH/SIDA, *supra* NOTA 66, EN 9, 16-17.
- ¹⁷⁰ OPS, COMPRENSIÓN Y RESPUESTA AL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN POR EL VIH/SIDA, *supra* NOTA 66, EN 18. (“(...) LA ASOCIACIÓN ENTRE EL VIH/SIDA Y EL ESTIGMA LLEVA A MUCHAS PERSONAS QUE ESTÁN DENTRO DE LA NORMA SOCIAL A NO CONSIDERARSE AFECTADOS POR LA ENFERMEDAD Y A SEGUIR PRACTICANDO COMPORTAMIENTOS INSEGUROS QUE LOS PONEN EN PELIGRO”).
- ¹⁷¹ ONU & ONUSIDA, DIRECTRICES INTERNACIONALES SOBRE EL VIH/SIDA, *supra* NOTA 4, PÁRR. 96.
- ¹⁷² ENTREVISTA CON JULIA, *supra* NOTA 59.
- ¹⁷³ DECLARACIÓN JURADA DE F.S., *supra* NOTA 114.
- ¹⁷⁴ ENTREVISTA CON TERESA, *supra* NOTA 93.
- ¹⁷⁵ ONUSIDA, *Estigma y Discriminación*, *supra* NOTA 64, EN 10.
- ¹⁷⁶ ENTREVISTA CON JULIA, *supra* NOTA 59.
- ¹⁷⁷ ENTREVISTA CON MARCELA, *supra* NOTA 85. ENTREVISTA CON DANIELA, *supra* NOTA 106.
- ¹⁷⁸ ENTREVISTA CON CATALINA, EN SANTIAGO (EL 20 DE ABR. DE 2009); ENTREVISTA CON DORIS, EN SANTIAGO DE CHILE (EL 28 DE ABR. DE 2010).
- ¹⁷⁹ ENTREVISTA CON PATRICIA, *supra* NOTA 96.
- ¹⁸⁰ ENTREVISTA CON ENFERMERA DE INFECTOLOGÍA, *supra* NOTA 58.
- ¹⁸¹ CONVENCION AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS, O.E.A. SERIE SOBRE TRATADOS No. 36, 1144 U.N.T.S. 124, *entrada en vigor* EL 18 DE JUL. DE 1978; *reimpresa en* BASIC DOCUMENTS PERTAINING TO HUMAN RIGHTS IN THE INTER-AMERICAN SYSTEM [DOCUMENTOS BÁSICOS PERTENECIENDO A LOS DERECHOS HUMANOS EN EL SISTEMA INTERAMERICANO], OEA/SER.L.V/II.82 DOC.6 REV.1 (*ratificada por Chile* EL 10 DE AGO. DE 1990) [EN ADELANTE CONVENCION AMERICANA].
- ¹⁸² CONVENCION INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, 33 I.L.M. 1534 (1994) (*entrada en vigor* EL 5 DE MAR. DE 1995) (*ratificada por Chile* EL 24 DE OCT. DE 1996), *disponible en* [HTTP://WWW.OAS.ORG/JURIDICO/SPANISH/TRATADOS/A-61.HTML](http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html) [EN ADELANTE CONVENCION BELEM DO PARÁ].
- ¹⁸³ PACTO INTERNACIONAL SOBRE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS, *adoptado* EL 16 DE DIC. DE 1966, RES. DE LA A.G. 2200A (XXI), U.N. GAOR, 21ª SES., SUP. No. 16, DOC. DE LA ONU A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171 (*entrado en vigor* EL 23 DE MAR. DE 1976) (*ratificado por Chile en* FEB. 10, 1972) [EN ADELANTE PACTO INTERNACIONAL SOBRE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS].
- ¹⁸⁴ PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, ADOPTADO EL 16 DE DIC. DE 1966, RES. DE LA A.G. 2200A (XXI), U.N. GAOR, SUP. No. 16, DOC. DE LA ONU A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 3 (*entrado en vigor* EL 3 DE ENE. DE 1976) (*ratificado por Chile* EL 10 DE FEB. DE 1972) [EN ADELANTE PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES].
- ¹⁸⁵ CEDAW, *supra* NOTA 116.
- ¹⁸⁶ CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, *adoptada* EL 18 DE DIC. DE 1979, RES. DE LA A.G. 44/25, ANEXO, U.N. GAOR, 44ª SES., SUP. No. 49, DOC. DE LA ONU A/44/49 (1989) (*entrada en vigor* EL 2 DE SEPT. DE 1990) (*ratificada por Chile* EL 13 DE AGO. DE 1990) [EN ADELANTE CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO].
- ¹⁸⁷ CONVENCION CONTRA LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES, *adoptada* EL 10 DE DIC. DE 1984, RES. DE LA A.G. 39/46, U.N. GAOR, 39ª SES., SUP. No. 51, DOC. DE LA ONU A/39/51, 1465 U.N.T.S. 85 (*entrada en vigor* EL 26 DE JUN. DE 1987) (*ratificada por Chile* EL 30 DE SEPT. DE 1998) [EN ADELANTE CONVENCION CONTRA LA TORTURA].
- ¹⁸⁸ CONVENCION DE VIENA SOBRE EL DERECHO DE LOS TRATADOS, VIENA, AUSTRIA, EL 23 DE MAYO DE 1969, ART. 2.1(b), 1155 U.N.T.S. 331, 8 I.L.M. (*entrada en vigor* EL 27 DE ENE. DE 1980) (*ratificada por Chile* EL 9 DE ABR. DE 1981).

- ¹⁸⁹ PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACION Y EL DESARROLLO (PROGRAMA DE ACCIÓN ICPD), CAIRO, EGIPTO, EL 5-13 DE SEPT. DE 1994, ONU SALES No. 95. XIII.18, Doc. DE LA ONU A/ CONF.171/13/REV.1 (1995), *disponible en* [HTTP://67.205.103.77/icpd/icpd-programme_spa.cfm#ch8](http://67.205.103.77/icpd/icpd-programme_spa.cfm#ch8); DECLARACIÓN Y PLATAFORMA DE ACCIÓN DE BEIJING, *supra* NOTA 4; DECLARACIÓN POLÍTICA SOBRE VIH/SIDA, RESOLUCIÓN GENERAL DE LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, Doc. DE LA ONU A/ RES/60/262; DECLARACIÓN DE COMPROMISO SOBRE EL VIH/SIDA, RESOLUCIÓN GENERAL DE LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, Doc. DE LA ONU A/RES/S-26/2 (EL 2 DE AGO. DE 2001) [EN ADELANTE ONU, DECLARACIÓN DE COMPROMISO SOBRE EL VIH/SIDA].
- ¹⁹⁰ PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, *supra* NOTA 184, ART. 12; CEDAW, *supra* NOTA 116, ART. 12; PROGRAMA DE ACCIÓN ICPD, *supra* NOTA 189, PÁRR. 7.3; DECLARACIÓN Y PLATAFORMA DE ACCIÓN DE BEIJING, *supra* NOTA 4; CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, *supra* NOTA 186, ART. 24; CONVENCION AMERICANA, *supra* NOTA 181, ART. 26.
- ¹⁹¹ COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (COMITÉ DESC), *Observación General No. 14: El Derecho al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud*, PÁRR. 8, Doc. DE LA ONU E/C.12/2000/4 (2000), *disponible en* [HTTP://www.cetim.ch/es/documents/codesc-2000-4-esp.pdf](http://www.cetim.ch/es/documents/codesc-2000-4-esp.pdf) [EN ADELANTE COMITÉ DESC, *Observación General No. 14*].
- ¹⁹² *Ibid.* PÁRR. 12.
- ¹⁹³ *Ibid.* PÁRR. 12(b).
- ¹⁹⁴ *Ibid.* PÁRR. 18.
- ¹⁹⁵ *Ibid.* PÁRR. 12(c).
- ¹⁹⁶ *Ibid.* PÁRR. 12(b); COMITÉ DE LA CEDAW, *Recomendación General No. 24: Mujeres y salud* (20º SES.), PÁRR. 18, Doc. DE LA ONU A/54/38 (1999) [EN ADELANTE COMITÉ DE LA CEDAW, *Recomendación General No. 24*].
- ¹⁹⁷ COMITÉ DE LA CEDAW, *Recomendación General No. 24*, *supra* NOTA 196, PÁRR. 22.
- ¹⁹⁸ ONU & ONUSIDA, DIRECTRICES INTERNACIONALES SOBRE VIH/SIDA, *supra* NOTA 4, EN 6.
- ¹⁹⁹ CONVENCION AMERICANA, *supra* NOTA 181, ART. 5(1).
- ²⁰⁰ *Ibid.*, ART. 5; CONVENCION BELÉM DO PARÁ, *supra* NOTA 182, ART. 4; PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, *supra* NOTA 183, ART. 7; CONVENCION INTERAMERICANA PARA PREVENIR Y SANCIONAR LA TORTURA, ART. 6, O.A.S. SERIE SOBRE TRATADOS No. 67, OEA/SER.L.V/II.82 DOC.6 REV.1 (*entrada en vigor* EL 28 DE FEB. DE 1987) (*ratificada por Chile* EL 15 DE SEPT. DE 1988); CONVENCION CONTRA LA TORTURA, *supra* NOTA 187, ART. 16; DECLARACION UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS, ART. 5, *adoptada* EL 10 DE DIC. DE 1948, A.G. 217A (III), Doc. DE LA ONU A/810 (1948) [EN ADELANTE DECLARACION UNIVERSAL].
- ²⁰¹ *Ver, por ejemplo, Caso de Loayza-Tamayo v. Perú*, 1997 CORTE I.D.H. (SER. C) No. 33, PÁRR. 57 (EL 17 DE SEPT. DE 1997) (“LA INFRACCION DEL DERECHO A LA INTEGRIDAD FISICA Y PSÍQUICA DE LAS PERSONAS ES UNA CLASE DE VIOLACION QUE TIENE DIVERSAS CONNOTACIONES DE GRADO Y QUE ABARCA DESDE LA TORTURA HASTA OTRO TIPO DE VEJÁMENES O TRATOS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES, CUYAS SEQUELAS FISICAS Y PSÍQUICAS VARÍAN DE INTENSIDAD.”); *Michael Gayle v. Jamaica*, CASO 12.418, CORTE I.D.H., REPORTE No. 92/05, OEA/SER.L/V/II.124 Doc. 5, PÁRR. 61 (2005) (“(...) LA COMISION HA INDICADO QUE TRATO INHUMANO INCLUYE CONDUCTA INJUSTIFICABLE QUE CAUSA DOLOR O SUFRIMIENTO FISICO, MENTAL O PSICOLÓGICO SEVERO”).
- ²⁰² VER MANFRED NOWAK & ELIZABETH McARTHUR, THE UNITED NATIONS CONVENTION AGAINST TORTURE: A COMMENTARY [CONVENCIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA TORTURA: UN COMENTARIO] 558 (2008); *ver también, Comisión de Derechos Humanos, Informe del Relator Especial sobre Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes: Derechos Civiles y Políticos que Incluyen las Cuestiones de Tortura y Detención* (62º SES.), PÁRR. 35, Doc. DE LA ONU E/CN.4/2006/6 (2005).
- ²⁰³ *Ireland v. the United Kingdom [Irlanda v. Reino Unido]*, APP. No. 5310/71 [AP. No. 5310/71], EUR. CT. H.R. [CORTE E.D.H.], SER. A No. 25, PÁRR. 162 (EL 18 DE ENE. DE 1978); *Hnos. Gómez-Paquiyaury v. Peru*, CORTE I.D.H., (SER. C) No. 110, PÁRR. 113 (EL 8 DE JUL. DE 2004).
- ²⁰⁴ COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS (CDH), *Observación General No. 20: Artículo 7 (Prohibición de la Tortura u Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes)* (44A SES.), PÁRR. 7, 1992, EN COMPILATION OF GENERAL COMMENTS AND GENERAL RECOMMENDATIONS ADOPTED BY HUMAN RIGHTS TREATY BODIES, Doc. DE LA ONU HRI/GEN/1/REV.6, EN 151 (2003).
- ²⁰⁵ *Ibid.* PÁRR. 5.
- ²⁰⁶ *Ver, por ejemplo, CDH, Observaciones Finales: Eslovaquia*, PÁRR. 12, Doc. DE LA ONU CCPR/CO/78/SVK (2003); *República Checa*, PÁRR. 10, Doc. DE LA ONU CCPR/C/CZE/CO/2 (2007).
- ²⁰⁷ RADHIKA COOMARASWAMY, *Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective, Addendum: Policies and practices that impact women's reproductive rights and contribute to cause or constitute violence against women [Informe de la Relatora Especial sobre violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Integración de los Derechos Humanos de la Mujer y la Perspectiva de Género, Addendum: Políticas y prácticas que impactan los derechos reproductivos de las mujeres y contribuyen, causan o constituyen violencia contra las mujeres]*, párr. 51, Doc. de la ONU E/CN.4/1999/68/Add.4 (el 21 de Ene. de 1999) [en adelante Radhika Coomaraswamy, *Informe de la Relatora Especial sobre violencia contra la mujer*].
- ²⁰⁸ VER HUMAN RIGHTS COUNCIL [CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS], *Promotion and Protection of all Human Rights, Civil, Political, Economic, Social and Cultural Rights, Including the Right to Development, Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment [Promoción y Protección de Todos los Derechos Humanos, Cíviles, Políticos, Económicos, Sociales y Culturales, Incluyendo el Derecho al Desarrollo, Informe del Relator Especial sobre Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes]* (10º SES.), PÁRR. 72, Doc. DE LA ONU A/HRC/10/44 (2009).
- ²⁰⁹ CONVENCION DE BELÉM DO PARÁ, *supra* NOTA 182, EN PREÁMBULO.
- ²¹⁰ COMITÉ CEDAW, *Recomendación General No. 19*, *supra* NOTA 150, PÁRR. 1.
- ²¹¹ CONVENCION DE BELÉM DO PARÁ, *supra* NOTA 182, ART. 1.
- ²¹² COMITÉ DE LA CEDAW, *Recomendación General No. 19*, *supra* NOTA 150, PÁRR. 6.
- ²¹³ REPÚBLICA DE CHILE, MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES, DECRETO No. 1640: *Promulga la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (publicado EL 11 DE NOV. DE 1998)* [EN ADELANTE LEY DE LA CONVENCION DE BELÉM DO PARÁ (CHILE)].
- ²¹⁴ CONVENCION DE BELÉM DO PARÁ, *supra* NOTA 182, ART. 7.
- ²¹⁵ SECRETARIO GENERAL, INFORME SOBRE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, *supra* NOTA 30, PÁRR. 142; COMITÉ DE LA CEDAW, *Recomendación General No. 19*, *supra* NOTA 150, PÁRR. 22; RADHIKA COOMARASWAMY, *Informe de la Relatora Especial sobre violencia contra la mujer*, *supra* NOTA 207, PÁRR. 51.
- ²¹⁶ DECLARACION UNIVERSAL, *supra* NOTA 200, ART.

- 1; PACTO INTERNACIONAL SOBRE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS, *supra* NOTA 183, EN PREÁMBULO; PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, *supra* NOTA 184, EN PREÁMBULO; CEDAW, *supra* NOTA 116, EN PREÁMBULO; CONVENCION CONTRA LA TORTURA, *supra* NOTA 187, EN PREÁMBULO; CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, *supra* NOTA 186, EN PREÁMBULO.
- 217 PACTO INTERNACIONAL SOBRE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS, *supra* NOTA 183, EN PREÁMBULO; PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, *supra* NOTA 184, EN PREÁMBULO.
- 218 CONVENCION AMERICANA, *supra* NOTA 181, ART. 11(1).
- 219 ONU & ONUSIDA, DIRECTRICES INTERNACIONALES SOBRE VIH/SIDA, *supra* NOTA 4, PÁRR. 101.
- 220 VER, POR EJEMPLO, COMITÉ DE LA CEDAW, RECOMENDACION GENERAL No. 24, *supra* NOTA 196, PÁRR. 22.
- 221 PACTO INTERNACIONAL SOBRE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS, *supra* NOTA 183, ART. 17.
- 222 CONVENCION AMERICANA, *supra* NOTA 181, ART. 11(2).
- 223 *X & Y v. Argentina*, CASO 10.506, CORTE I.D.H., REPORTE No. 38/96, OEA/SER.LV/II.95 DOC. 7 REV., EN 50, PÁRR. 91 (1996).
- 224 CEDAW, *supra* nota 116, ART. 16(E); COMITÉ DE LA CEDAW, *Recomendación General No. 21: La igualdad en el Matrimonio y en las Relaciones Familiares* (13º SES.), PÁRR. 22, DOC. DE LA ONU A/49/38 (1994); CDH, *K.L. v. Perú*, COMUNICACION No. 1153/2003, DOC. DE LA ONU CCPR/C/85/D/1153/2003, PÁRR. 6.4 (2005); *Tysic v. Poland*, APPLICATION No. [APLICACION No.] 5410/03, EUR. Ct. H.R. [CORTE E.D.H.], PÁRRS. 106-107 (EL 20 DE MAR. DE 2007); CDH, *Observación General No. 28: La igualdad de derechos entre hombres y mujeres (Artículo 3)* (68º SES.), PÁRR. 20, DOC. DE LA ONU HRI/GEN/1/REV.7, EN 207 (2000); I.V. V. BOLIVIA, PETICION 270-07, CORTE I.D.H., REPORTE No. 40/08, PÁRR. 80 (2008); DECLARACION Y PLATAFORMA DE ACCION DE BEIJING, *supra* nota 4, PÁRR. 96.
- 225 PROGRAMA DE ACCION ICPD, *supra* NOTA 189, PÁRR. 8.29.
- 226 COMITÉ DESC, *Observación General No. 14*, *supra* nota 191, PÁRR. 8.
- 227 ONU & ONUSIDA, DIRECTRICES INTERNACIONALES SOBRE EL VIH/SIDA, *supra* NOTA 4, PÁRR. 20(B).
- 228 *Ibid.* PÁRR. 120.
- 229 *Juridical Conditions and Rights of Undocumented Migrants [Condiciones Jurídicas y Derechos de Migrantes Indocumentados]*, ADVISORY OPINION [OPINION CONSULTIVA] OC-18/03, CORTE INTER-AM. D.H. (SERIE A) No. 18, PÁRR. 88 (EL 17 DE SEPT. DE 2003).
- 230 Ver, por ejemplo, DECLARACION UNIVERSAL, *supra* NOTA 200, ARTS. 2, 7; PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, *supra* NOTA 184, ARTS. 2(2), 3; PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS, *supra* NOTA 183, ARTS. 2, 26; CONVENCION INTERNACIONAL SOBRE LA ELIMINACION DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACION RACIAL, *adoptada* EL 21 DE DIC. DE 1965, RES. DE LA A.G. 2106, ANEXO, U.N. GAOR, 20º SES., SUP. No. 14, ART. 2, DOC. DE LA ONU A/6014 (1966) (*entrada en vigor* EL 4 DE ENE. DE 1969) (*ratificada por Chile* EL 20 DE OCT. DE 1971); CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, *supra* NOTA 186, ART. 2; CONVENCION AMERICANA, *supra* NOTA 181, ARTS. 1, 24; DECLARACION AMERICANA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL HOMBRE, ART. II, O.E.A. RES. XXX, *adoptada* POR LA NOVENA CONFERENCIA INTERNACIONAL AMERICANA, OEA/SER.LV/II.82 DOC.6 REV.1 (1948).
- 231 PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS, *supra* NOTA 183, ART. 2(1); PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, *supra* NOTA 184, ART. 2(2).
- 232 U.N. SUB-COMMISSION ON THE PREVENTION OF DISCRIMINATION AND PROTECTION OF MINORITIES [ONU SUB-COMISION PARA LA PREVENCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN Y PROTECCIÓN DE LAS MINORÍAS], *Sub-Commission on the Prevention of Discrimination and Protection of Minorities [Sub-Comisión para la Prevención de la Discriminación y Protección de las Minorías]*, PÁRR. 1, DOC. DE LA ONU E/CN.4/Sub.2/1995/51. (TRADUCCION LIBRE).
- 233 COMITÉ DESC, *Observación General No. 14*, *supra* NOTA 191, PÁRR. 18: "(...) EL PACTO PROHIBE TODA DISCRIMINACION EN LO REFERENTE AL ACCESO A LA ATENCION A LA SALUD Y LOS FACTORES DETERMINANTES BÁSICOS DE LA SALUD, ASÍ COMO A LOS MEDIOS Y DERECHOS PARA CONSEGUIRLO POR MOTIVOS DE RAZA, COLOR, SEXO (...) ESTADO DE SALUD (INCLUIDO EL VIH/SIDA) (...) QUE TENGAN POR OBJETO O POR RESULTADO LA INVALIDACION O EL MENOSCABO DE LA IGUALDAD DE GOCE O EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD".
- 234 PAUL HUNT, *Informe del Relator Especial sobre el Derecho de Toda Persona al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental: Los Derechos a Salud Sexual y Reproductiva*, PÁRR. 34, DOC. DE LA ONU E/CN.4/2004/49 (EL 16 DE FEB. DE 2004), *disponible en* [HTTP://WWW.OBSERVATORIOPOLITICASOCIAL.ORG/IMAGES/PDF/BIBLIOTECA/BIBLIOTECA_2010/ONU_DOCS/INFORMES_RELATORES/SALUD/2004_INFORME_DEL_RELATOR_ESPECIAL SOBRE_EL_DERECHO_A_LA_SALUD_FSICA_Y_MENTAL_2.PDF](http://www.observatoriopoliticasocial.org/images/PDF/BIBLIOTECA/BIBLIOTECA_2010/ONU_DOCS/INFORMES_RELATORES/SALUD/2004_INFORME_DEL_RELATOR_ESPECIAL SOBRE_EL_DERECHO_A_LA_SALUD_FSICA_Y_MENTAL_2.PDF).
- 235 OPS, COMPRESION Y RESPUESTA AL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACION POR EL VIH/SIDA, *supra* NOTA 66, EN 15.
- 236 ONUSIDA, DIRECTRICES INTERNACIONALES SOBRE EL VIH/SIDA, *supra* NOTA 4, PÁRR. 22(F).
- 237 *Ibid.* PÁRR. 22(F).
- 238 COMITÉ DESC, *Observación General No. 14*, *supra* NOTA 191, PÁRR. 12(B).
- 239 ONU, DECLARACION DE COMPROMISO SOBRE EL VIH/SIDA, *supra* NOTA 189, PÁRR. 58.
- 240 REPUBLICA DE CHILE, CONSTITUCION DE LA REPUBLICA, ART. 1 (1980) (CHILE).
- 241 *Ibid.* ART. 19.1.
- 242 *Ibid.* ART. 19.3.
- 243 *Ibid.* ART. 19.2.
- 244 *Ibid.* ART. 19.4.
- 245 *Ibid.* ART. 19.9.
- 246 LEY DE LA CONVENCION DE BELEM DO PARÁ (CHILE), *supra* NOTA 213.
- 247 REPUBLICA DE CHILE, MINISTERIO DE SALUD, DECRETO No. 725: CÓDIGO SANITARIO, ART. 16 (*publicado* EL 31 DE ENE. DE 1968).
- 248 LEY DE VIH/SIDA (CHILE), *supra* NOTA 75, ART. 7.
- 249 LEY DE ESTERILIZACION (CHILE), *supra* NOTA 132, EN PREÁMBULO.

“Ojalá que [...] sobre todo que se humanice más [el tratamiento]. Si en la salud no lo puede hacer, ¿qué le podemos pedir a las personas comunes y silvestres que tienen poca información [acerca del VIH]?”

– Julia, mujer VIH-positiva de Santiago.

Dignidad Negada documenta la discriminación sistemática y los abusos sufridos por las mujeres VIH-positivas en los establecimientos de salud chilenos. Basado en sus testimonios y en el de profesionales de la salud, este informe expone las experiencias discriminatorias y deshumanizantes que las mujeres chilenas que viven con VIH/SIDA enfrentan cuando acuden a los servicios de salud. Estos abusos incluyen, no mantener la confidencialidad de la paciente, la falta de consejería antes y después de realizar el examen de VIH, maltrato, presión a no embarazarse y la esterilización forzada o sin el consentimiento o conocimiento.

El Estado chileno ha ratificado tratados de derechos humanos regionales e internacionales, lo cual significa que está obligado a respetar, proteger y garantizar los derechos humanos fundamentales. Estos derechos tienen como base la dignidad e igualdad humana, independiente del sexo o estatus VIH de una persona. Sin embargo, el estigma y la discriminación sufrida por las mujeres VIH-positivas en los establecimientos de salud contradice este compromiso. Este informe documenta cómo las acciones de los proveedores de salud discriminan a estas mujeres tratándolas como seres humanos inferiores, despojándolas de su dignidad.

Dignidad Negada es un llamado a la acción para el Estado chileno, la comunidad internacional y la sociedad civil para asegurar que toda mujer tenga acceso a los servicios de salud apropiados, voluntarios y sin discriminación, independientemente de su estatus VIH.