

Decisiones reproductivas y mujeres que viven con VIH/SIDA

Toda mujer, incluidas aquellas que viven con VIH/SIDA (mujeres seropositivas), tiene el derecho de tener hijos y de establecer una familia. No obstante, las mujeres seropositivas a menudo se enfrentan con dificultades en relación con el embarazo, como la estigmatización y discriminación dentro del sector salud, la falta de acceso a medidas de prevención de la transmisión perinatal (PTP) del VIH, la falta de acceso a la terapia antirretroviral (ARV) y a otros tratamientos médicos, y problemas en la prevención de embarazos no deseados.



Annie Bungeoth / Panos Pictures

Cecilia, una madre VIH-positiva, besa a su hija después de enterarse de su diagnóstico VIH-negativo.

Falta de información acerca del estado serológico del VIH

Basándose en vigilancia centinela, ONUSIDA ha calculado que aproximadamente 2.5 millones de las mujeres que quedan embarazadas cada año son seropositivas. No obstante, la mayoría de las mujeres en el mundo no se han sometido a las pruebas

de detección y desconocen su estado serológico del VIH.

En un número creciente de países, los sistemas de salud ahora están incorporando las pruebas de detección del VIH en la atención prenatal de rutina, y se les pide a las mujeres que rechacen esta opción si no desean someterse a dicha prueba en ese momento. El conocimiento de su estado VIH-positivo

posiblemente ayude a las mujeres embarazadas a tomar medidas adicionales de precaución para salvaguardar su salud y prevenir la transmisión perinatal. No obstante, una proporción de mujeres se somete a la prueba y no regresa por los resultados, debido al estigma y la discriminación que temen sufrir hacia ellas mismas y hacia sus hijos en relación con el SIDA.

“Me negaron la admisión al hospital para atenderme de parto debido a mi condición de VIH-positivo. Por fin, he dado a luz en casa.”

– mujer en Zambia

- En diciembre de 2005, 17.5 millones de mujeres, de entre 15 y 49 años de edad, vivían con VIH/SIDA.
- Tan sólo el 10% de las mujeres embarazadas del mundo, y menos del 5% de las mujeres embarazadas en los países en desarrollo, se benefician de las medidas de prevención de la transmisión perinatal del VIH.

- Cada año ocurren aproximadamente 19 millones de abortos inseguros, la mayoría de ellos en países en desarrollo.
- El riesgo de mortalidad a consecuencia del aborto ilegal en EE.UU. es de 50 muertes por cada 100,000 casos. El mismo riesgo en los países en desarrollo es de 100 a 1000 muertes por cada 100,000 casos.

No todas las mujeres tienen la oportunidad de dar su consentimiento informado para las pruebas del VIH, ni tampoco todas reciben consejería antes y después de las pruebas. Más aún, incluso en los lugares donde las leyes y los reglamentos exigen las pruebas prenatales, por lo general no existe ningún requisito de ofrecer asesoría y pruebas voluntarias (APV) a las mujeres que buscan atención postaborto o a las que solicitan la interrupción del embarazo. Esta práctica pone de manifiesto que el objetivo principal de la APV de las mujeres embarazadas es el de informar a las mujeres sobre su estado serológico del VIH como un paso preliminar en las medidas de PTP, en lugar de también para salvaguardar y mejorar la salud de las mujeres. El acceso a la APV debe ampliarse a fin de alcanzar un mayor número de mujeres fuera del contexto del embarazo.

La PTP, los ARV y la atención a la salud reproductiva: asuntos de acceso y discriminación

Existen tres medidas principales de prevención de la transmisión

perinatal del VIH: 1) el suministro de la terapia antirretroviral a las mujeres embarazadas y los recién nacidos inmediatamente después del parto; 2) la operación cesárea en vez del parto vaginal; y 3) evitar la lactancia materna. Menos del 10% de las mujeres embarazadas en todo el mundo tienen acceso a los ARV durante el embarazo para fines de PTP, y la gran mayoría de las mujeres que viven con VIH/SIDA aún no tienen acceso a los ARV para garantizar su propia supervivencia. Para muchas mujeres seropositivas, la operación de cesárea segura no es una opción. A las mujeres que desean mantener la confidencialidad de su estado VIH-positivo, posiblemente les resulte muy difícil evitar la lactancia materna. Además, un gran número de mujeres seropositivas no están recibiendo otros servicios de salud reproductiva que necesitan con relación a la fertilidad, las ITS y el cáncer.

Desafortunadamente, los investigadores continúan documentando casos en los que las mujeres seropositivas se enfrentan con estigmatización y discriminación cuando buscan

atención relacionada con la salud reproductiva. Los estigmas y los prejuicios se expresan tanto con actitudes y comentarios negativos por parte de los profesionales de la salud, como por la negación de los servicios en algunos casos. En diferentes países, las mujeres embarazadas que viven con VIH/SIDA han informado que incluso son objeto de algún tipo de presión por parte de los prestadores de servicios de salud para que se les practique un aborto o la esterilización, lo cual indudablemente constituye una violación de sus derechos humanos.

Obstáculos para la prevención y la interrupción del embarazo no deseado

Las investigaciones y los informes anecdóticos indican que algunos miembros de comunidades y del personal de organizaciones dedicadas al SIDA y a la planificación familiar, piensan que las mujeres que viven con VIH no deberían quedar embarazadas. Otros piensan sólo en el uso del condón en relación con el VIH/SIDA, por lo cual muchas mujeres seropositivas no reciben información completa sobre sus opciones anticonceptivas.

La mayoría de los métodos anticonceptivos son apropiados para

“...como mujer VIH-positiva, ningún médico ha hablado conmigo acerca de la anticoncepción desde que recibí mi diagnóstico de seropositiva... hasta ahora, ésta nunca me ha sido mencionada ... Es como si ésta no existiera en su mente”

– mujer en Australia

“Estaba trabajando como enfermera en un hospital de muy buena reputación en Mumbai; acababa de conocer mi condición de VIH-positivo cuando sufrí un aborto espontáneo. Tenía una hemorragia profusa pero el ginecólogo se negó a tocarme. Me han trasladado a un hospital municipal, pero allí la experiencia fue similar...”

– mujer de la India

las mujeres seropositivas, aunque algunos tienen efectos que se deben tomar en cuenta en el contexto del VIH/SIDA. Por ejemplo, el dispositivo intrauterino (DIU) no es indicado para las mujeres que corren mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, pues con estos las mujeres que los utilizan están más expuestas a padecer enfermedad pélvica inflamatoria. Algunos anticonceptivos hormonales pueden inhibir o potenciar las concentraciones de medicamentos antirretrovirales administrados en el tratamiento del VIH/SIDA. Por otro lado, algunos antirretrovirales podrían disminuir la eficacia de los anticonceptivos orales, y podría haber interacciones entre los anticonceptivos hormonales y los fármacos utilizados para tratar infecciones oportunistas. A las mujeres seropositivas se les debe proporcionar información al respecto de manera que puedan tomar decisiones totalmente informadas en cuanto a los anticonceptivos; asimismo, se debe ampliar su acceso a la anticoncepción de emergencia.

Aun cuando la información y los métodos anticonceptivos están disponibles, las mujeres seropositivas también tienen que enfrentarse a las normas sociales y los prejuicios basados en el género, los que

pueden restringir su capacidad para evitar los embarazos no planeados y no deseados. Por ejemplo, en muchas comunidades las mujeres usan métodos anticonceptivos sólo con el permiso de su pareja, y algunas parejas pueden impedir que los usen bajo cualquier forma. Por otra parte, las mujeres que viven con VIH/SIDA y que sí usan algún método anticonceptivo, también pueden tener un embarazo no deseado debido a la falla del método utilizado, dado que no existe ningún anticonceptivo que garantice una eficacia del 100 por ciento. Incluso las mujeres que practican la abstinencia sexual

pueden quedar embarazadas como consecuencia de una violación o del incesto.

Al afrontar un embarazo no deseado, algunas mujeres seropositivas optan por no llevarlo a término. En algunos países, ellas pueden obtener la interrupción legal y segura del embarazo, pero en muchos otros lugares, sus opciones para hacerlo son muy limitadas. Aún es necesario realizar investigaciones sobre los efectos que tiene el aborto realizado en condiciones de riesgo en las mujeres seropositivas. No obstante, es probable que las consecuencias para la salud



“También deberían promulgarse leyes que garanticen los derechos reproductivos y sexuales de la mujer, como el derecho a aprovechar en forma independiente la información y los servicios de salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual, así como de los medios de control de la natalidad, inclusive el aborto legal y en condiciones de seguridad y la libertad de elegir entre esos medios, el derecho a decidir el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos, el derecho a exigir prácticas sexuales sanas y el derecho a la protección jurídica contra la violencia sexual, tanto dentro como fuera del matrimonio, en particular disposiciones legales sobre la violación marital.”

– ONUSIDA y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

relacionadas con el aborto inseguro, como la sepsis, hemorragia o perforación uterina, sean aun más graves para las mujeres que viven con VIH/SIDA que para otras mujeres.

Las mujeres que viven con VIH/SIDA tienen derechos reproductivos

Desde una perspectiva de derechos humanos, es esencial que las mujeres seropositivas puedan ejercer su derecho a decidir el número y el intervalo de sus hijos. Eso significa



© Richard Lord

que deben tener control sobre sus decisiones reproductivas y estar en condiciones de llevar a la práctica sus decisiones de manera voluntaria y segura. Desde la perspectiva de la salud pública, es importante asegurar que las mujeres que viven con VIH/SIDA tengan acceso a servicios integrales de salud reproductiva, como el acceso a métodos anticonceptivos, la PTP, el diagnóstico y tratamiento de las infecciones del tracto reproductivo y la prevención y el manejo del embarazo no deseado, incluido el acceso a la anticoncepción de emergencia y al aborto seguro y legal.

Referencias bibliográficas

Cottingham, Jane. 2005. *Linkages between SRH and HIV/AIDS*. Presentation at meeting Women and HIV/AIDS in CEE: bringing different communities together to advance common goals. Varsovia, Polonia, 11 al 12 de noviembre de 2005. Ginebra, OMS; <http://health.osf.lt/downloads/news/Cottingham.ppt>

de Bruyn, Maria. 2005. *Reproductive rights for women affected by HIV/AIDS? A project to monitor Millennium Development Goals 5 and 6*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas http://www.ipas.org/publications/en/MDGRR_E05_en.pdf

de Bruyn, Maria. January 2005. *HIV/AIDS and reproductive health. Sensitive and neglected issues. A review of the literature. Recommendations for action*. Chapel Hill: Ipas http://www.ipas.org/publications/en/HIVLITREV_E05_en.pdf

de Bruyn, Maria, Musa Njoko, Dorothy Odhiambo y Susan Paxton. 2002. *HIV/AIDS, pregnancy and abortion-related care. A preliminary inquiry*. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA. 1998. *El VIH/SIDA y los derechos humanos. Directrices internacionales*. Segunda Consulta Internacional sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos, Ginebra, 23 al 25 de septiembre de 1996. HR/PUB/98/1; par. 30f. Nueva York y Ginebra, Naciones Unidas; http://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc520-humanrights_en.pdf

ONUSIDA. 2005. *AIDS epidemic update*. Diciembre de 2005. Ginebra, ONUSIDA.

ONUSIDA. 2002. *Where prevention and care meet: voluntary counselling and testing, and preventing mother-to-child transmission. Report on the global HIV/AIDS epidemic 2002*; pp. 122-132. http://data.unaids.org/GlobalReports/Barcelona/BRGlobal_AIDS_Report_en.pdf?preview=true

Organización Mundial de la Salud. 2004. *Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*. Cuarta edición. Ginebra, OMS; http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion_estimates_04/estimates.pdf

Organización Mundial de la Salud. 2004. *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. Tercera edición. Ginebra, OMS. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/mec>

Piot, Peter. 9 de febrero de 2006. Global Partners Forum on Children Affected by HIV and AIDS. Universal Access to Prevention, Treatment and Care. Londres; <http://www.unaids.org/en/AboutUNAIDS/Leadership/SpeechGlobalPartnersForum.asp>

Ipas

P.O. Box 5027

Chapel Hill, NC 27516, EE.UU.

Tel: +1-919-967-7052

Fax: +1-919-929-0258

ipas@ipas.org

www.ipas.org

