Pan American Journal of Public Health

Satisfacción de necesidades de anticoncepción en mujeres positivas al VIH: efecto sobre la eliminación de la transmisión vertical del virus

Marcela Gómez-Suárez[1]

Forma de citar: Gómez-Suárez M. Satisfacción de necesidades de anticoncepción en mujeres positivas al VIH: efecto sobre la eliminación de la transmisión vertical del virus. Rev Panam Salud Publica. 2016;40(6):479-84.

RESUMEN

Cerca de 38% de embarazos no planeados se dan por necesidades insatisfechas en anticoncepción. En las mujeres positivas al VIH, las cifras se triplican, un fenómeno explicado por determinantes sociales como la pobreza, el acceso a los servicios de salud, la violencia y el desplazamiento forzoso, todos ellos elementos propios de la vida de estas mujeres. Los embarazos no planeados representan una carga psicológica vinculada con el temor de transmitir la infección a sus hijos, la orfandad y el asumir los riesgos durante el embarazo, a lo cual se añaden las consecuencias familiares y sociales que se manifiestan en baja asistencia al control prenatal, descuido de la salud y aumento de la posibilidad de transmisión vertical. El asesoramiento en anticoncepción diferencial e integrado a los servicios de atención y control del VIH es básico para lograr la eliminación de la transmisión vertical del VIH a corto y medio plazo. Reconocer que estas mujeres tienen características diferentes a las de la población general, como expresan su vida reproductiva, sus deseos e intenciones sobre la maternidad y que los embarazos no planeados representan una carga psicológica, social y económica adicional a la de las demás mujeres permitiría que el asesoramiento en anticoncepción se proporcionara en los programas de atención y seguimiento del VIH, en el mismo lugar y momento, con personal capacitado, capaz de comprender y atender sus necesidades reproductivas dentro de un marco de derechos, logrando que los sistemas de salud, basados en la responsabilidad que tienen con la sociedad, fueran capaces de ofrecer un asesoramiento en reproducción de calidad y dirigido a satisfacer las necesidades específicas de estas muje es.

Palabras clave: VIH; transmisión vertical; embarazo; anticoncepción; consejo sexual.

"Todas las personas tienen el derecho de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos, de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo" (1). Con estas palabras, 11.000 representantes de gobiernos y organizaciones no gubernamentales convocados por las Naciones Unidas en el Cairo hace 20 años reconocieron la importancia del respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las personas y, especialmente, de las mujeres como motor del desarrollo social. Aún a pesar de este reconocimiento, actualmente 38% de todos los embarazos en el mundo siguen siendo no planeados y el resultado de necesidades insatisfechas de anticoncepción (2), lo cual sitúa a las mujeres y sus parejas en una difícil situación al tener que tomar decisiones trascendentales para su vida futura, independientemente de que la decisión sea terminar o seguir con el embarazo.

Entre las mujeres positivas al VIH, la fracción de embarazos no planeados triplica la de la población general con cifras cercanas a 90% (3). Se trata de un fenómeno relacionado con determinantes sociales, como la pobreza, las dificultades de acceso a los sistemas de salud, las condiciones culturales, la violencia y los desplazamientos forzosos, propios, todos ellos, de la vida de estas mujeres, que no logran satisfacer sus necesidades de anticoncepción y tienen que asumir el nacimiento de más niños infectados por la transmisión vertical del VIH (TV-VIH) (4).

Las mujeres positivas al VIH conviven con situaciones estresantes relacionadas con su condición clínica y su vida sexual, así como con prejuicios, soledad, dolor, muerte y estigmas. Los embarazos no planeados representan una carga adicional vinculada con el temor de transmitir la infección a sus hijos, la posibilidad de dejarlos huérfanos y asumir los riesgos durante el embarazo (5).

En el marco de la propuesta de las Naciones Unidas post-milenio para lograr la eliminación de la TV-VIH, se han planteado múltiples estrategias en salud pública muy efectivas, que al complementarse con el

[1] Universidad Nacional de Colombia, Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Bogotá, Colombia. La correspondencia se debe dirigir a Marcela Gómez. Correo electrónico: magomezsu@unal.edu.co

asesoramiento en anticoncepción permitirán eliminar la TV-VIH a corto y medio plazo (6).

La infección por VIH y la transición epidemiológica

La infección por VIH en los últimos diez años ha sufrido profundas transformaciones al mejorar la calidad y la expectativa de vida de las personas infectadas, lo cual ha incidido en las esferas científica, económica, social y política de los países. La evolución en los tratamientos y la mejora del acceso a ellos han convertido esta infección de una sentencia de muerte a una enfermedad crónica, que permite a los individuos llevar una vida familiar productiva similar a la de las afectadas por otras enfermedades crónicas (7).

También se ha producido una transición epidemiológica que ha producido que esta enfermedad, originalmente limitada a determinados grupos de población, se extienda a la población general y afecte a grupos sociales, como las parejas heterosexuales, las mujeres y los niños, es decir, comprometiendo aun más volumen de población con capacidad y potencial de producción sociales.

El VIH en la vida reproductiva de las mujeres

Cuando el VIH infecta a las madres, la infección trasciende y afecta a las relaciones y los ámbitos en que se desarrollan, especialmente para quienes en algunas sociedades asumen un papel exclusivo de cuidado en el hogar y la familia. Por este motivo, la transición epidemiológica de la infección hacia esta población tiene un grado de afectación social importante (8).

A pesar de los esfuerzos realizados para controlar la infección, que han reducido las cifras de nuevas infecciones (33% desde 2001), actualmente se documentan 2,3 millones de nuevas infecciones al año y un total de 36,9 millones de personas infectadas en todo el mundo. De estas, la mitad son mujeres en edad reproductiva, que han adquirido el virus por vía heterosexual, y 3,2 millones de personas de ambos sexos son menores de 15 años que se han infectado por transmisión vertical, de las cuales una gran proporción son huérfanas (9).

Con las medidas apropiadas de tratamiento, las posibilidades de infección del recién nacido disminuyen a menos de 1%, lo cual sitúa a las parejas, y en especial a las mujeres positivas al VIH, en una situación reproductiva favorable, ya que pueden tener embarazos responsablemente planeados, deseados y ejercer su derecho a conformar familias (2). Pero esta libertad de elección debe ser realmente libre y estar acompañada de un asesoramiento apropiado en reproducción, ya que entre las mujeres positivas al VIH el deseo de tener hijos después de conocer su situación es menor que el de las mujeres no infectadas o el de las que la desconocen (10). Por ello, es primordial generar alternativas para que puedan planear sus embarazos a fin de garantizar sus derechos reproductivos.

Lamentablemente, al basarse en viejos prejuicios e información errada sobre el VIH y su transmisión, la aproximación que se ha hecho a la reproducción de las personas infectadas no ha sido la mejor ni la más justa. La implementación de políticas para desalentar a las mujeres positivas al VIH a tener hijos han provocado que se notifiquen casos de esterilización permanente forzada en varios países, como Chile, República Dominicana, Kenia, México, Sudáfrica, Venezuela y Zambia (11). En estudios recientes se ha denunciado que en varios países en desarrollo más de 30% de las mujeres positivas al VIH son animadas por los profesionales de los servicios de salud a plantearse la esterilización, utilizando como único argumento su infección, lo cual constituye una flagrante violación de sus derechos (12).

En estas denuncias se ha indicado que las esterilizaciones se realizan durante la cesárea del primer hijo, previo a la cual la madre firma un consentimiento informado pobremente explicado, recibe información equivocada sobre la TV-VIH o es intimidada con el argumento de que no se le practicará la cesárea si no accede a la esterilización. Todo ello también viola los tratados internacionales sobre derechos de las mujeres (11). Estos casos se han presentando ante la Comisión Internacional de Derechos Humanos (CIDH) con el argumento de que "no existe justificación para la esterilización forzada de las mujeres que viven con el VIH y es obligación de los profesionales de la salud obtener un consentimiento informado libre de cualquier coerción para realizar estos procedimientos" (13).

Intentando restituir el daño que se ha hecho a las mujeres por las violaciones a sus derechos, los organismos que trabajan por los derechos humanos y las organizaciones feministas han propuesto avanzar hacia una actitud más flexible que incluya la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres positivas al VIH y que se respete su derecho a elegir métodos anticonceptivos que se ajusten a sus necesidades, así como a decidir el momento, el número y el espaciamiento del nacimiento de sus hijos (14). Es también obligación de los estados proporcionar herramientas de libre decisión y disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos que permita a las mujeres ejercer este derecho de forma responsable (2).

La anticoncepción aporta grandes beneficios, desde menos muertes maternas y neonatales hasta una mejora de las condiciones de vida de las mujeres. Menos embarazos no planeados significan menor número de niños potencialmente positivos al VIH. Por otro lado, los modelos predictivos muestran que la eliminación de la TV-VIH no será posible a menos que se promuevan los embarazos deseados y planeados, una estrategia que, además, es altamente costo-efectiva (2).

En algunos países en desarrollo, y especialmente en África, Latinoamérica y el Caribe (con la excepción de Cuba que ya cumplió las metas de eliminación de TV-VIH), las cifras de TV-VIH han disminuido, pero no al ritmo rápido a corto plazo que se esperaba desde 2001 (9). Esto se relaciona con las cifras de embarazos no planeados en mujeres positivas al VIH que en conjunto alcanzan hasta 90%, cifra que triplica la de las mujeres no infectadas (15).

Embarazos no planeados: necesidades insatisfechas en anticoncepción

Se reconoce que la razón principal de los embarazos no planeados en las mujeres positivas al VIH es la insatisfacción de sus necesidades en anticoncepción, es decir, una brecha entre las intenciones reproductivas y el comportamiento anticonceptivo real. Se trata de un fenómeno generado por una serie compleja de barreras culturales, económicas y de acceso a los servicios que limita la utilización de métodos anticonceptivos modernos y la decisión sobre el nacimiento y espaciamiento de sus hijos (16). Los embarazos no planeados desencadenan consecuencias psicológicas, familiares y sociales que se manifiestan en baja asistencia al control prenatal, descuido de la salud y aumento de la posibilidad de transmisión vertical para los niños (17).

En las políticas públicas de algunos países todavía se establece que las mujeres positivas al VIH deben asistir a los mismos programas de asesoramiento en anticoncepción que la población general y se argumenta que ellas comparten las mismas intenciones, decisiones y deseos reproductivos que las mujeres no infectadas. Esto dista de la realidad, ya que la vivencia de una experiencia como la del VIH desencadena consecuencias físicas, psicológicas y sociales que son determinantes para la vida reproductiva y especialmente para la intención de tener hijos (5).

La maternidad, sin negar la presencia de factores biológicos, es, además, una construcción cultural definida por normas para la reproducción y la atención de los nuevos sujetos sociales, que se encuentra mediada por un discurso de género que crea un imaginario donde se determina lo que una mujer "debe ser", sin que exista un proceso reflexivo que permita comprender los motivos que abocan a una mujer a tomar la decisión de tener hijos (18). El discurso de género preexiste al sujeto y, al generalizarlo, crea normas que lo trascienden, al extremo de considerar ciertos comportamientos como anormales o extraños y catalogarlos como buenos o malos. Entre ellos se encuentra el discurso que interpreta el desempeño de las mujeres como madres y genera mandatos relativos al ejercicio de la maternidad y representaciones destinadas a crear un imaginario maternal con estereotipos, juicios y calificativos que se dirigen a las mujeres que tienen hijos y que ellas mismas se aplican a sí mimas para determinar lo que es una "buena madre" (19).

Estos estereotipos de maternidad no son extraños para las mujeres positivas al VIH, que quieren preservar su papel de "buenas madres" para reforzar su identidad y su valor social, muchas veces perdido como consecuencia del diagnóstico de infección por VIH. La posibilidad de ser madre produce una justificación moral para seguir viviendo, para tener un propósito en la vida, pero al padecer una condición moral y existencialmente amenazante, que además puede llegar a ser incapacitante e incluso mortal, genera una dicotomía sobre los deseos de maternidad que generalmente se traduce en tener el deseo de ser madre pero no la intención (20).

Se ha establecido que las intenciones reproductivas en las mujeres positivas al VIH son menores que las de las no infectadas, incluidas las que padecen enfermedades crónicas o mortales como el cáncer. Esto se puso de manifiesto en un estudio realizado en Kenia, que demostró que las intenciones reproductivas de las mujeres positivas al VIH eran hasta ocho veces menores que las de la población general (10). La razón principal de estas mujeres para no desear un embarazo era el temor de transmitir la infección a sus hijos o a su pareja y la incapacidad para asumir el sufrimiento de un hijo enfermo.

Para las mujeres que ya tienen hijos, existe además el temor de que su salud empeore con posteriores embarazos, lo que no les permitiría hacerse cargo de los hijos existentes (21). También las experiencias traumáticas que han vivido, como la muerte de otros hijos infectados por el VIH, explican que no quieran repetir esta situación y, por tanto, que deseen limitar sus intenciones reproductivas o decidan terminar tempranamente los embarazos. Con respecto a su propia salud, tienen un gran temor a la muerte y a dejar a sus hijos huérfanos o sin cuidados al recaer de su propia enfermedad (22). Otro factor que desalienta las intenciones reproductivas de estas mujeres es la desaprobación del embarazo por parte del personal de salud, lo cual las hace sentirse violentadas en sus derechos y carentes de la posibilidad de debatir sus opciones reproductivas con quienes deberían ser los principales proveedores de esta información (23).

Los embarazos no planeados en las mujeres infectadas producen negación, depresión y culpa y una sensación de desesperanza que desemboca en la interrupción del embarazo o en el abandono del tratamiento como un intento para solucionar la situación a través de la propia muerte (19). Se ha comprobado que la tendencia de las mujeres positivas al VIH que participan en los programas de prevención prenatal de la TV-VIH y la de aquellas que llegan con embarazos no planeados es hacia una menor asistencia a los controles y menor adherencia al tratamiento, lo que incrementa la posibilidad de transmisión a los niños al nacer (24).

Integración de los servicios de anticoncepción y VIH

Las mujeres positivas al VIH pueden utilizar casi cualquier método anticonceptivo, y sobre todo los modernos (condones femeninos, métodos hormonales, dispositivos intrauterinos e implantes), dependiendo del estado de la enfermedad. Para esto se requiere un proceso de acompañamiento y asesoramiento enfocado hacia la validación de temores y necesidades, de manera que puedan empoderarse y asumir con libertad sus derechos sexuales y reproductivos (14).

Plantear que el asesoramiento en anticoncepción de estas mujeres debe ser el mismo que el de las de la población general deja de lado sus necesidades y derechos básicos. Se ha observado que el asesoramiento en anticoncepción de las mujeres de la población general no tiene en cuenta su situación, lo que crea barreras

burocráticas, económicas y sociales tales como dobles desplazamientos para asistir a los controles del VIH y anticoncepción en sitios o momentos diferentes, costos adicionales por permisos de trabajo, transporte y cuidado de los hijos, hasta la afiliación intermitente al sistema de salud con acceso limitado a métodos anticonceptivos. Estas barreras son especialmente difíciles para las poblaciones pobres y vulnerables que viven del trabajo informal (25–26).

Se debate que al ofrecer servicios de asesoramiento en anticoncepción iguales para toda la población se fomenta la inclusión social de las personas infectadas por el VIH. A pesar de la transición poblacional, la infección por VIH sigue generando estigma y discriminación a estas mujeres cuando acuden a los servicios de reproducción para la población general. El rechazo de las otras pacientes es común, así como la desaprobación y el limitado conocimiento del personal de salud para dar información sobre anticoncepción a las mujeres infectadas. Por ello, estas mujeres optan por no acudir a los servicios de asesoramiento y, si lo hacen, reciben información errónea e incompleta, que produce insatisfacción de sus necesidades reproductivas, más embarazos no planeados e incide directamente en la TV-VIH (16).

Ante esta compleja situación, la Organización Mundial de la Salud ha recomendado la integración de los servicios de salud sexual y reproductiva con los del VIH, de manera que el asesoramiento en anticoncepción se proporcione en los programas de atención y seguimiento del VIH, en el mismo lugar y momento, con personal capacitado que entienda y, por tanto, sea capaz de atender las necesidades reproductivas de estas personas (27). En países como India, Kenia, Nigeria y Tanzania, donde la prevalencia de la infección por el virus es alta (28-33), se ha utilizado esta estrategia de asesoramiento integrado y el resultado ha sido un aumento entre 19 y 24% de la utilización de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres infectadas y sus parejas, lo que ha contribuido a un descenso adicional de 30% anual de las cifras de TV-VIH (cuadro 1).

Se ha demostrado que en las mujeres que acuden a controles de la infección por VIH, cuyos asesores proporcionan además asesoramiento en anticoncepción integrada, la probabilidad de disponer de métodos modernos de anticoncepción y seguimiento es más alta que en las que acuden por separado a estos servicios, y que la probabilidad de solicitar servicios de anticoncepción por iniciativa propia es siete veces mayor en las primeras que en las segundas (26).

Con todo lo expuesto se puede concluir que la eliminación de la TV-VIH no va a ser posible si no se concede la importancia que merece a un asesoramiento en anticoncepción que permita satisfacer las necesidades reproductivas de las mujeres positivas al VIH. Entender que estas mujeres tienen características diferentes que las de la población general que definen su vida reproductiva y sus deseos e intenciones sobre la maternidad, y que los embarazos no planeados representan una carga psicológica, social y económica adicional a la de las demás mujeres, podría ser determinante para que los sistemas de salud, sobre la base de la responsabilidad política y ética que tienen con la sociedad, les ofrezcan un asesoramiento diferencial en reproducción, de calidad y dirigido a satisfacer sus necesidades específicas.

Aunque el asesoramiento en anticoncepción de las mujeres positivas al VIH es vital para el control de embarazos no planeados, quedan algunos interrogantes sin responder y tareas pendientes, como, por ejemplo, la importante necesidad de desarrollar mecanismos de empoderamiento para que las mujeres tomen decisiones sobre su propio cuerpo, su salud e independencia económica, y la de reducir las barreras institucionales, sociales y económicas que interfieren en este proceso. Asimismo, deben diseñarse estrategias que, primero, favorezcan la participación de las parejas de estas mujeres en el asesoramiento en anticoncepción y, segundo, garanticen que reciben información y el apoyo necesario, ya que finalmente son una parte fundamental del proceso.

Agradecimientos. Los autores agradecen la ayuda prestada por los Profesores Martha Lucia Alzate y Javier Eslava de la Universidad Nacional de Colombia, Doctorado Inter-facultades en Salud Pública, Bogotá, Colombia

Conflictos de interés. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Declaración. Las opiniones expresadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la Organización Panamericana de la Salud o de la *RPSP/PAJPH*.

CUADRO 1. Ejemplos de estudios que muestran un aumento de la utilización de anticonceptivos por personas infectadas por el VIH en modelos integrados de anticoncepción y VIH

Referencia	Año	Lugar	Diseño	Desenlace
(14)	2008	Puerto Príncipe (Haití)	Descriptivo prospectivo a 4 años	Aumentó 19% la utilización de métodos anticonceptivos modernos en mujeres positivas al VIH con la integración de servicios
(31)	2010	Mumbai (India)	Descriptivo prospectivo a 9 años	Aumentó la utilización de anticonceptivos 24,5% con la integración a 3 años
(32)	2011	Malawi (África)	Descriptivo prospectivo a 5 años	Aumentó la utilización de anticonceptivos 22% en el primer año de la integración
(29)	2013	Tanzania (África)	Descriptivo prospectivo a 3 años	Aumentó la utilización de anticonceptivos 16% en el primer año de la integración
(28)	2013	Kenia (África)	Experimental, modelo integrado frente a no integrado	Aumentó 20,6% la utilización de anticonceptivos en el modelo integrado

REFERENCIAS

1. Naciones Unidas. Conferencia internacional sobre población y desarrollo. In Principio No. 8 del acuerdo final. El Cairo: Naciones Unidas; 1994. (Documento oficial A/CONF.171/13/Rev.1.)
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Prevención del VIH y los embarazos no planeados plan estrategico 2011-2015. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2012. Disponible en: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PMTCT_prong%2012%20framework_ES_final_web.pdf Acceso el 15 de abril de 2016.
3. Fondo Mundial de lucha contra SIDA, Tuberculosis y Malaria. Ginebra: Amigos del Fondo Mundial; 2010. Disponible en: http://www.theglobalfund.org Acceso el 29 de noviembre de 2016.
4. Herrera C, Campero L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Salud Publica Mex. 2002;44(6):544–64.
5. Zambrano B, Díaz-Gois A. Significados que tienen sobre la maternidad las mujeres con VIH. Rev Med UAS. 2012;3(1):133–8.
6. McIntyre J. Terapia antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión vertical de la infección por VIH: Aspectos prácticos de la BSR. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; 2012. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/hiv_aids/jmicom/es/ Acceso el 21 de mayo de 2016.
7. Pozniak A. Quality of life in chronic HIV infection. The Lancet HIV. 2014;1(1):6–7.
8. Bolaños M. Implicaciones éticas, legales y sociales del diagnóstico de VIH/sida en la mujer. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2012. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_1_13/spu11113.htm Acceso el 3 de junio de 2016.
9. Programa Conjunto de las Naciones Unidas en la Lucha contra el SIDA. Informe 2015, estadísticas globales VIH/SIDA. Ginebra: Naciones Unidas; 2015. (ONUSIDA/JC2502/1/S.)
10. Baeck C, Ruthemberg N. Adressing the family planning needs for HIV positive PMTCT clients: Baseline findings from an operations research study. Washington: Horizons Research Update; 2005. Disponible en: http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/horizons/fppmtctnairobi.pdf Acceso el 22 de junio de 2016.
11. Centro de Derechos Reproductivos. Dignidad negada: violaciones de las mujeres VIH positivas en establecimientos de salud chilenos. Bogotá: Centro de Derechos Reproductivos; 2011. Disponible en: https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/DignidadNegada.pdf Acceso el 22 de junio de 2016.
12. Open Society Foundations. Against Her Will: Forced and Coerced Sterilization of Women Worldwide. New York: Public Health Program; 2011. Disponible en: https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/against-her-will-20111003.pdf Acceso el 22 de junio de 2016.
13. Centro de Derechos Reproductivos. Esterilización forzada en Chile: el caso de FS contra el estado chileno. Nueva York: Centro de Derechos Reproductivos; 2009. Disponible en: https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/DignidadNegada.pdf Acceso el 22 de junio de 2016.
14. The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Familiy planning choices for women with HIV. Baltimore, MD: The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2008. Disponible en: https://www.glowm.com/pdf/Family%20planning%20-%20a%20global%20handbook%20for%20providers.pdf Acceso el 22 de junio de 2016.
15. Programa Conjunto de las Naciones Unidas en la Lucha contra el SIDA. Informe de la Consulta Técnica sobre la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH. Ginebra: Naciones Unidas; 2011. (Clasificación NLM: WC 503.6.)
16. Herrera C, Lourdes C. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Salud Publica Mex. 2012;44(6):234–7.
17. Santos IL. Causas de necesidades insatisfechas en planificacion familiar. Rev Med IMSS. 2013;41(4):313–9.
18. Palomar C. Maternidad: historia y cultura. Revista de Estudios de Género: La Ventana. 2005;(22):41–55.
19. Tubert S. Demanda de hijo y deseo de ser madre. Debate Feminista. 1993;9(8):349–55.
20. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNDOC). Informe de la relatora especial sobre la violencia contra la mujer: políticas y prácticas que repercuten sobre los derechos reproductivos de la mujer. Nueva York: UNDOC; 1999. (Documento No. E/CN.4/1999/68.)
21. Kanniappan S, Jeyapaul M, Kalyanwala S. Desire for motherhood: exploring HIV positive womens desires, intentions and decision making in attending motherhood. Aids Care. 2008;20(6):625–30.
22. Liegio Mataio ME, Borges de Miranda D, Freitas M. Entre el deseo, el derecho y el miedo a ser madre tras seropositividad del VIH. Enfermeria Global. 2014;4(34):458–63.
23. Cooper D, Harries J. "Life is still going on": Reproductive intentions among HIV positive women and men in South Africa. Soc Sci Med. 2007;65(2):274–83.
24. Marston C, Cleland J. Do unintended pregnancies carried to term lead to adverse outcomes for mother and child? An assessment in five developing countries. Pop Studies. 2013;57(1):77–93.
25. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/Acceso el 2 de julio de 2016.
26. Ministerio de Salud y Proteccción Social de Colombia, Fondo de Población de Naciones Unidas. Integracion de los servicios en VIH con los servicios de salud sexual y reproductiva. Bogotá: Ministerio de Salud y Proteccción Social de Colombia, Fondo de Población de Naciones Unidas; 2013. Disponible en: http://www.unfpa.org.co/?portfolio=integracion-de-los-servicios-en-vih Acceso el 2 de julio de 2016.
27. Okello V. Models for SHR and HIV integration. [Presentación en Power Point.] Disponible en: http://integrationforimpact.org/wp-content/uploads/2012/10/MODELS-OF-SRH-AND-HIV-INTEGRATION-10th-Sept_Okello.pdf Acceso el 28 de noviembre de 2016.
28. Grossman D, Onono M, Newmann S. Integration of family planning services into HIV care and treatment in Kenya: a cluster-randomized trial. AIDS. 2013;27(1):77–85.
29. Baumgartner JN, Green M, Weaver MA, Mpangile G, Cohi TW, Mujaya SN, et al. Integrating family planning services into HIV care and treatment clinics in Tanzania: evaluation of a facilitated referral model. Health Pol Plan. 2014;29(5):570–9.
30. OMS, UNFPA, ONUSIDA, IPFF. Vínculos entre la salud sexual y reproductiva y el VIH/SIDA; vías para la integración, el caso de Haiti. México, DF: OMS, UNFPA, ONUSIDA, IPFF; 2008. Disponible

en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95792/1/91727_spa.pdf Acceso el 10 de junio de 2016.
31. Family Health International. Integrating HIV Prevention and Family Planning Services: the Aastha Project in Mumbai, India. North Carolina; FHI; 2011. Disponible en: https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/FPHIVAastha.pdf Acceso el 1 de junio de 2016.
32. Van den Akker T, Bemelmans M, Ford N, Jemu M, Diggle E, Scheffer S, et al. HIV care need not hamper maternity care: a descriptive analysis of integration of services in rural Malawi. BJOG. 2012;119(4):431–8.
33. Harrington E, Newmann J, Onono M, Schwartz K. Fertility Intentions and Interest in Integrated Family Planning Services among Women Living with HIV in Nyanza Province, Kenya: A Qualitative Study. Inf Dis Obstet Gynecol. 2012:2–8. doi: 10.1155/2012/809682.

Manuscrito recibido el 7 de marzo de 2016. Aceptado para publicación, tras revisión, el 3 de octubre de 2016.

Meeting contraceptive needs of HIV-positive women: effect on elimination of vertical transmission of HIV

ABSTRACT

Nearly 38% of unplanned pregnancies occur because of unmet contraceptive needs. In HIV-positive women, these figures triple, a phenomenon explained by social determinants such as poverty, access to health services, violence, and forced displacement, all of which are frequent elements in the lives of these women. Unplanned pregnancies represent a psychological burden related to women's fear of transmitting the infection to their children, orphanhood, and assuming risks during pregnancy, in addition to family and social consequences that are expressed in lack of prenatal care, neglect of their health, and an increased likelihood of vertical transmission. Technical assistance for differentiated contraception counseling integrated into HIV care and control services is basic to achieving short- and medium-term elimination of vertical transmission of HIV. These women's characteristics are different from those of the general population, as expressed in their reproductive lives, desires, and intentions regarding motherhood; and their unplanned pregnancies represent a greater psychological, social, and economic burden than that of other women. Recognizing this would allow contraception counseling to be provided by HIV care and follow-up programs, in the same place and time, with trained personnel, capable of understanding and meeting their reproductive needs within a rights-based framework, ensuring that health systems, based on the responsibility they have to society, would be capable of offering quality reproductive care counseling, aimed at meeting the specific needs of HIV-positive women.

Key words HIV; vertical transmission; pregnancy; contraception; sex counseling.