

OPCIONES REPRODUCTIVAS Y MUJERES QUE VIVEN CON VIH/SIDA

*Maria de Bruyn**

Introducción

ONUSIDA estimó que para diciembre de 2002, 42 millones de personas en el mundo vivían con VIH/SIDA; 19.2 millones eran mujeres de 15 a 49 años de edad. Dos millones de estas mujeres fueron recién infectadas por el VIH en el 2002 y 1.2 millones murieron de SIDA ese año [1]. ONUSIDA calculó además que alrededor de 2.5 millones de las 200 millones de mujeres que quedan embarazadas cada año son VIH-positivas [2]. De las 14.000 nuevas infecciones diarias de VIH cada año, más de 1600 ocurren entre niños durante el embarazo, el parto y el período postnatal [3].

Las tasas de prevalencia del VIH en mujeres embarazadas varían mucho, fluctuando desde los valores mínimos actuales del 1 al 3% en las ciudades y distritos de la India, hasta el 20 al 36% en algunas partes de África. Ocurren aproximadamente 19 millones de abortos inseguros cada año, la mayoría de ellos en países en desarrollo. Anualmente ocurren 4.2 millones de abortos inseguros en África y 10.5 millones en Asia. Dadas las altas y aún crecientes tasas de prevalencia del VIH entre las mujeres de edad reproductiva en estas regiones, puede suponerse que las mujeres viviendo con SIDA –MVS– figuran entre las afectadas y las consecuencias para la salud pueden ser aún más graves para ellas que para otras mujeres [4].

El contexto en el cual las MVS toman decisiones con respecto al embarazo y la maternidad suele caracterizarse por varios factores negativos:

- obstáculos a la prevención del embarazo: falta de información de anticoncepción, particularmente sobre cómo los anticonceptivos interactúan con los ARV y las medicinas tomadas para tratar infecciones oportunistas; incapacidad de utilizar condones y anticonceptivos siempre, en parte debido a factores basados en el género; violencia sexual, u otros
- desconocimiento sobre su estado de VIH cuando quedan embarazadas
- falta de acceso a medidas que puedan prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH –PTMH–, especialmente en los países en desarrollo
- falta de conocimiento y acceso a medios para interrumpir embarazos no planeados sin riesgos.

Un área en la cual el estigma y la discriminación afectan a las mujeres que viven con VIH/SIDA –MVS– es la salud reproductiva. En este informe se resume la información disponible en cuanto a las barreras y a la discriminación con que se enfrentan ellas para ejercitar plenamente sus derechos sexuales y reproductivos relacionados con el embarazo. El informe está basado en una revisión extensa de la literatura y en entrevistas con informantes clave en Australia, India, Kenia, Sudáfrica y Tailandia. Las entrevistas tuvieron el pro-

pósito de obtener información e ideas sobre las dificultades con que pueden enfrentarse las MVS al evitar y afrontar tanto los embarazos planeados como los no deseados. Cuatro MVS de Argentina, Australia, Kenia y Sudáfrica revisaron el diseño del estudio y la guía de entrevista. Las MVS de Australia, Kenia y Sudáfrica llevaron a cabo posteriormente entrevistas confidenciales con 36 informantes clave en Australia (3 personas), la India (6 personas), Kenia (11 personas), Sudáfrica (8 personas) y Tailandia (8 personas). Treinta y uno de los informantes eran mujeres y doce eran personas que vivían con VIH/SIDA. Todos los informantes dieron su consentimiento informado por escrito para el estudio y solicitaron una copia del informe de la entrevista.

Representantes del sector de salud pública participaron en todos los países, incluidos médicos o enfermeras en Australia, India, Kenia y Tailandia. Otras organizaciones representadas por informantes clave incluyeron las asociaciones de personas que viven con VIH/SIDA, las organizaciones de servicios para el SIDA, los prestadores de servicios de planificación familiar y las ONGs.

Estrategias para afrontar el VIH/SIDA y el embarazo

Muchas agencias de Naciones Unidas están promoviendo una triple estrategia para la intersección VIH/SIDA y embarazo: 1) prevenir la infección por el VIH en la gente joven y las mujeres en edad fértil,

* Investigadora senior, División de Políticas, Ipas, Chapel Hill, USA

2) evitar el embarazo no deseado entre las mujeres infectadas por el VIH y 3) prevenir la transmisión del VIH de madre a su hijo [2].

Si bien muchos programas están centrados en la primera estrategia, una gran cantidad de jóvenes y mujeres siguen contrayendo el VIH debido a factores fuera de su control: incapacidad de negociar el uso de preservativos, falta de acceso a ellos, infección debido a la violencia sexual. En comparación, las medidas para prevenir la transmisión madre-hijo han resultado ser más eficaces, porque son de corto plazo y porque los prestadores de servicios de salud pueden controlar las circunstancias en las cuales éstas se implementan. Por ello, la prevención de la TMH se ha convertido en un elemento importante de muchos programas gubernamentales y los donantes han aumentado el financiamiento para implementar esta estrategia.

La estrategia que ha recibido la menor atención es la prevención del embarazo no deseado entre las MVS. Hay tres maneras de lograr esto: promover el uso de anticonceptivos eficaces, acabar con la violencia sexual contra las MVS, y habilitar a las MVS para evitar los embarazos no planeados por medio de la anticoncepción de emergencia o interrumpirlos por medio del aborto seguro.

Para entender los factores que influyen en la toma de decisiones por parte de las MVS respecto al embarazo, es útil repasar el contexto en el cual ocurre esa toma de decisiones. Cuatro áreas de interés particular son: el uso de anticonceptivos; la relación entre el VIH/SIDA y los resultados del embarazo; los medios disponibles para prevenir la TMH; y el estigma y la discriminación que afectan a las MVS. Muchas MVS no reciben información completa sobre sus

opciones anticonceptivas; además, puede que sea difícil utilizar anticonceptivos constantemente. A la mayoría de los métodos anticonceptivos se les considera apropiados para las MVS pero algunos tienen efectos secundarios que deberían tomarse en cuenta.

Los informantes clave en todos los países estuvieron de acuerdo en que los anticonceptivos generalmente están disponibles por medio de clínicas, hospitales, farmacias y/o distribuidores en la comunidad. Sin embargo, observaron que las adolescentes tienen problemas en obtenerlos. En todos los países, los informantes dijeron que la anticoncepción de emergencia era una opción poco conocida para evitar el embarazo para la gran mayoría de las mujeres.

Algunos informantes clave observaron barreras al uso, como:

- Sus parejas se niegan a utilizar preservativos porque: 1) simplemente no desean utilizarlos; 2) ambos son seropositivos y no creen necesario prevenir la reinfección; 3) ignoran el seroestatus de sus parejas sexuales femeninas y las mujeres temen solicitar el uso de condones para no revelar su seroestatus.
- Algunos ARV pueden reducir la eficacia de anticonceptivos hormonales y los DIU pueden causar infecciones pélvicas.
- Temor a infección por parte de los prestadores de servicios de salud: un informante en la India observó que algunos prestadores de servicios rechazan insertar DIU a las MVS porque no desean tocar fluidos vaginales infectados.

Algunos informantes clave en Australia y Sudáfrica comentaron que alguna gente, incluidos los prestadores de servicios de salud, supone que las MVS no tienen vida sexual y esto puede restringir la in-

formación que se les da. Una MVS en Australia comentó: “...como mujer VIH-positiva, ningún médico ha hablado conmigo acerca de la anticoncepción desde que recibí mi diagnóstico de seropositiva ...hasta ahora, ... Es como si esto no existiera en su mente.”

Cuando buscan anticonceptivos, a veces los consejeros determinan la clase y cantidad de información que reciben. Muchos programas de SIDA promueven los preservativos en lugar de otros métodos anticonceptivos. Investigaciones en nueve clínicas de planificación familiar en Nueva York, demostró que el 86% de los prestadores recomendaría el preservativo masculino a todos los clientes, pero el 64% no lo recomendaría como un método anticonceptivo principal. Un estudio realizado en el 2000 con 146 visitas simuladas a 31 instalaciones del sector público en Sudáfrica, se encontró que los métodos de barrera fueron ofrecidos a solo el 39% de las clientas, mientras que al 12% se les habló de preservativos y otro método anticonceptivo.

Los informantes clave dijeron hay poca información respecto al VIH y el embarazo. Si las MVS quieren información, tienen que buscarla específicamente; la información proporcionada es mejor para ellas que son afortunadas por tener acceso a programas de TMH. El embarazo no acelera la progresión del VIH en las mujeres que están en las etapas tempranas y asintomáticas de la infección; la situación es diferente para las mujeres con altas cargas virales y diagnósticos de SIDA [3, 8]. Entre las complicaciones del embarazo más frecuentes entre las MVS embarazadas que las mujeres VIH-negativas figuran las infecciones genitales y de las vías urinarias, pérdida de sangre

más frecuente y severa, anemia, pulmonía bacteriana, retraso de crecimiento intrauterino, trabajo de parto pretérmino y ruptura prematura de las membranas, parto prematuro y bajo peso al nacer [3, 6]. La coinfección con otras enfermedades, tales como la hepatitis, y las complicaciones relacionadas con el abuso de drogas también parecen aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo [9, 10].

El VIH puede ser transmitido al feto en cualquier momento del embarazo, del parto y del posparto por medio de la lactancia materna. Se estima que del 25 al 40% de la transmisión ocurre durante el período prenatal y del 60 al 75% durante el parto cuando no hay lactancia materna. La presencia de varios factores durante el embarazo puede aumentar los riesgos de infección perinatal; entre ellos infección por el VIH después de la concepción, infección por ITS, uso materno de drogas inyectadas, fumar, deficiencia de vitamina A, y sexo sin protección con múltiples parejas sexuales [11, 12]. Las altas cargas virales e infección avanzada por el VIH, el parto pretérmino, la ruptura de la membrana más de cuatro horas antes del parto y la lactancia materna también han sido vinculados con mayores probabilidades de transmisión perinatal [11, 13].

El aborto espontáneo y las complicaciones del aborto inducido

La fecundidad parece ser más baja entre la gente que vive con VIH/SIDA que en la población general. La tasa de fecundidad más baja ha sido vinculada con coinfección con otras infecciones de transmisión sexual (ITS), menos espermatozoides y menos actividad sexual entre las MVS,

particularmente las con infecciones más avanzadas. Las tasas de fecundidad entre las MVS probablemente son más bajas también debido a la cantidad de abortos espontáneos, mortinatos y abortos inducidos que sufren [17]. Los datos sobre la incidencia de abortos espontáneos entre las MVS en países industrializados están en conflicto; más estudios parecen indicar que no tienen muchos más abortos espontáneos que otras mujeres. Hasta el momento, sin embargo, las MVS en países en desarrollo parecen tener mayores riesgos de abortos espontáneos y mortinatos; esto puede estar relacionado con una mayor prevalencia de coinfección con otras enfermedades [3, 5, 15].

No se halló ningún estudio que investigara específicamente los efectos de abortos inseguros en las MVS, se puede suponer que un gran número de MVS en países con una alta prevalencia de VIH y numerosas restricciones del aborto legal están interrumpiendo los embarazos en condiciones de riesgo. En un estudio realizado por la Comunidad Internacional de Mujeres que viven con VIH/SIDA (ICW) en Zimbabwe, se encontró que 2 de 59 mujeres entrevistadas habían tenido abortos inseguros que requirieron hospitalización [6]. La salud de las MVS puede ser afectada dramáticamente cuando sufren complicaciones, tales como septicemia, hemorragia o perforación uterina. Hay indicios que las complicaciones sean más después del legrado uterino instrumental (también conocido como dilatación y curetaje) para las MVS que para las mujeres VIH-negativas. Se necesita llevar a cabo investigaciones para determinar qué tipos de procedimientos de aborto serían los más seguros para las MVS. Se ha sugerido que

el aborto médico posiblemente sea una alternativa preferible para ellas [16]. No obstante, esta recomendación requeriría investigación adicional, puesto que se desconocen las consecuencias de sangrado para las MVS que se dan de alta después de tomar un producto farmacéutico para interrumpir el embarazo.

Medios para prevenir la transmisión perinatal

En muchos países, la asesoría y pruebas voluntarias de VIH (APV) se ofrecen a las mujeres embarazadas, aunque puede que esto no sea sistemático y dependa de la disponibilidad de suministros de pruebas de VIH y del éxito de la capacitación de asesoría para los prestadores de servicios de salud. Aunque cada vez más mujeres aceptan ofertas de APV cuando van a clínicas prenatales, en muchos países en desarrollo todavía rehúsan la APV o no regresan para los resultados, incluso cuando podrían tener acceso a los ARV para la PTMI. Una razón de esto es el miedo de ser estigmatizadas si resultara positiva.

Se supone que la asesoría y pruebas son voluntarias en todos los países de los informantes clave; sin embargo, los tailandeses observaron que las pruebas se hacen rutinariamente a todas las asistentes a clínicas prenatales, a menudo sin asesoría preprueba. En la India también citaron casos en que sucede esto. En un informe referente a Bangalore y Mumbai se indicó que los resultados de la prueba a veces no son dados a las mujeres embarazadas sino a sus maridos o a otros miembros de la familia porque sus esposos tomarán las decisiones de continuar o no con el embarazo. Según indicó un ginecólogo en un hospital

privado de Mumbai: “*Cuando detectamos el VIH en una mujer joven que está embarazada por primera vez, le pedimos que llame a su suegra. Y explicamos el informe a la suegra. Las pacientes son de grupos con pocos recursos, y si las chicas están recién casadas, son realmente tontas y no entienden nada, así que llamamos a la suegra para explicárselo*” [17]. En un informe reciente de la literatura también se indicó que están ocurriendo pruebas rutinarias sin consentimiento en Canadá [18].

Incluso donde las leyes, el reglamento y las recomendaciones de la política aconsejan o requieren que los prestadores ofrezcan la APV a las asistentes a clínicas prenatales, a menudo no hay ningún requisito de ofrecer la APV a las mujeres que buscan atención postaborto o abortos inducidos. Además del hecho de que los ARV se le quitan a la mayoría de las participantes de PTMH después del parto, esto podría interpretarse como prueba de que el propósito principal de la APV no está relacionado con la salud de las mujeres.

Más bien, se ofrece la APV a las mujeres que se espera lleven el embarazo a término, de modo que puedan tomar los ARV para impedir el nacimiento de bebés infectados por el VIH.

Pocos investigadores parecen haber investigado la prevalencia del VIH entre las mujeres que buscan abortos. Se ha especulado que las tasas de prevalencia del VIH pueden ser más altas entre las mujeres que buscan interrupciones del embarazo que entre las asistentes a clínicas prenatales, pero la literatura no ofrece ninguna prueba concluyente de ello.

La TMH se puede reducir enormemente con la administración de ARV a la madre y al niño justo después del nacimiento. Muchos programas de PTMH utilizan la zidovudina, pero también se utilizan

otros fármacos; en los países en desarrollo, se está favoreciendo cada vez más a los regímenes que utilizan la nevirapina, porque la droga solamente necesita ser administrada durante el trabajo de parto y al niño después del parto. La mayoría de los informantes clave favorecieron la APV prenatal porque creían que les permitiría a las mujeres posiblemente aprovechar las medidas de PTMH y manejar mejor sus embarazos. Sin embargo, fue observado en la India, Kenia y Sudáfrica que el acceso a los ARV para la PTMH es muy limitado, de modo que no es una opción para la mayoría de las MVS.

Los ARV han reducido la transmisión perinatal considerablemente en países industrializados. En Europa, la tasa bajó al 2.6% después de 1998; menos niños son infectados perinatalmente en los EE.UU. [28] El CDC –Centro de Control y Prevención de Enfermedades– en los EE.UU. divulgó que los ARV redujeron la cantidad de infecciones perinatales diagnosticadas en 1999 en un 83%; para los años 2000 y 2001, la transmisión perinatal fue reducida en menos del 2% con la administración de los ARV o zidovudina combinada con la cesárea [11].

Ha pasado relativamente poco tiempo para determinar los efectos de los ARV para la PTMH, particularmente en países en desarrollo. Siguen surgiendo preocupaciones sobre posibles efectos de más largo plazo para las madres y los niños, así como la posibilidad de resistencia a fármacos para las mujeres, que pudiera comprometer la eficacia de los ARV para futuros embarazos o el mismo tratamiento de las mujeres. En un estudio de 322 MVS que se pusieron en contacto a través de 12 clínicas y organizaciones de servicios para el SIDA en Georgia, y Carolina del Norte y del Sur en

los EE.UU., se divulgó que era poco probable que 23 mujeres (el 7.2%) tomaran los ARV para la PTMH debido a temores de daño a sí mismas o a los niños o debido a sus experiencias anteriores con los medicamentos y 62 mujeres (el 19.4%) estaban indecisas [20].

Hay algunas preocupaciones que las MVS pudieran sufrir mayor morbimortalidad con las cesáreas, tales como cicatrización retrasada de la herida, fiebres altas, anemia grave, infecciones y una necesidad de cirugía adicional. En países industrializados se han demostrado tasas de complicaciones para las MVS similares o mayores que para las mujeres VIH-negativas.

Otra medida importante recomendada para reducir las tasas de transmisión perinatal es sustituir la leche materna con otras opciones para la alimentación infantil o, si esto no es posible, proporcionar lactancia materna exclusiva. Se aconseja que las mujeres que sí dan el pecho busquen tratamiento para la mastitis y otras lesiones en el pecho [12]. La revisión de la literatura indicó que cuando las mujeres desean mantener su seroestatus secreto, les puede ser difícil seguir los regímenes de TMH. En las comunidades donde la lactancia materna es lo normal, puede que teman que evitar la lactancia materna hará que su pongan que son VIH-positivas. En Australia -donde casi ninguna MVS amamanta y esto es fuertemente aconsejada por los prestadores- **una informante MVS declaró “hay que investigar maneras en las cuales las MVS pueden amamantar con seguridad, de modo que no se pierdan este aspecto de la maternidad”**.

El estigma y la discriminación

En todos los países, los informantes clave indicaron que todavía

existe estigma y discriminación hacia la gente que vive con VIH/SIDA, aunque a menudo puede que esto no sea expresado abiertamente en Australia y Tailandia. **En la India, Kenia, Sudáfrica y Tailandia, los informantes observaron que las mujeres sufren mayor estigma y discriminación que los hombres, siendo culpadas a menudo las mujeres por “traer el SIDA a la familia”.** Consecuentemente, se dijo que muchas mujeres no quieren informar a sus parejas sexuales y familias sobre su estado VIH-positivo porque temen el abandono.

La mayoría de la gente generalmente no cree que las MVS deban quedar embarazadas y tener niños. Esto se debe principalmente a dos razones: el riesgo de la transmisión perinatal (aún en la presencia de los ARV, la cual algunos informantes en países en desarrollo creen que no asegura un niño sero-negativo) y el riesgo de que la madre muera, dejando huérfanos a niños que serán una carga para la familia y la comunidad. “Dios mío. ¿Está bromeando? ‘¿Cómo puede ser tan irresponsable una mujer con VIH de tener un niño? ¿No sabe ella que es una de las peores cosas que uno puede hacer, traer a un bebé con VIH al mundo? ¿Cómo va a ayudar a ese bebé a vivir? Y el niño caerá enfermo y morirá de todos modos.” Esa forma de pensar es muy común. No me puedo imaginar ninguna opinión que pudiera ser contraria a ésta. Y pienso que en el fondo de sus corazones, incluso los activistas puede que digan cosas políticamente correctas pero muchas veces, en conversaciones privadas, admiten tener muchas dudas sobre la conveniencia de una mujer con VIH tener un niño.” (informante clave en la India).

Aunque muchos profesionales de la salud no digan abiertamente que las MVS no deberían quedar

embarazadas, tanto los estudios de investigación como los informes anecdóticos indican que puede que tales actitudes todavía sean muy difundidas. En todos los países, los informantes clave observaron que muchos prestadores, particularmente fuera de los servicios especializados para el VIH/SIDA, comparten actitudes comunitarias críticas y negativas hacia las MVS. En algunos casos, creían que la atención podría ser influenciada por los temores a la infección de los prestadores de servicios y se dijo que esto daba lugar a precauciones innecesarias, las cuales muchas MVS encuentran que son estigmatizantes y discriminatorias. Entre los ejemplos dados en Australia figuran asignar a las MVS embarazadas a salas distintas o a una sala para la dependencia de drogas y pedirle a una MVS que se desinfectara después del parto. En Kenia, se dijo que algunos prestadores de servicios de salud utilizan guantes dobles o incluso triples durante el parto o la atención relacionada con el aborto, un procedimiento que no solamente demuestra que las MVS son tratadas de manera diferente sino que también contraviene las normas de precauciones universales. En un estudio de 1500 médicos de atención primaria en EE.UU., se encontró que estaban generalmente menos dispuestos a proporcionar atención ginecológica, anticonceptiva y al embarazo a las MVS que a las mujeres VIH-negativas [14].

Cuando se les preguntó si la introducción de los ARV para la TMH había cambiado las actitudes referentes al VIH y el embarazo, muchos indicaron que ese no era el caso. Observaron que algunos trabajadores de salud que participan en programas de TMH ahora se sienten animados porque tienen algo concreto que ofrecerles a las MVS y esto ha conducido a

mejor tratamiento. Sin embargo, opinaron que otros prestadores de servicios de salud a menudo siguen siendo críticos y mucha más capacitación es necesaria para cambiar sus actitudes.

Un resultado de la idea de que las MVS no deberían tener niños ha sido la coerción para que tengan abortos. Las MVS embarazadas en varios países han informado ser presionadas por los prestadores de servicios de salud a interrumpir sus embarazos. En este contexto, la OMS ha declarado: “*Donde la interrupción del embarazo sea tanto legal como aceptable, esta opción puede ser ofrecida a la mujer VIH-positiva. Sin embargo, muchas mujeres se enteran de su estado de VIH durante el embarazo, y no se les hará el diagnóstico a tiempo para que se les ofrezca la interrupción. Si la interrupción es una opción, se le debe proporcionar a la mujer, o preferiblemente la pareja, la información necesaria para tomar una decisión informada, sin influencia indebida de trabajadores de salud y consejeros*” [25].

La toma de decisiones sobre el embarazo

La toma de decisiones con respecto al embarazo puede ser un proceso complejo para cualquier mujer; para las MVS, la infección por el VIH se convierte en otro factor a tener en cuenta. Los estudios cuantitativos han proporcionado información sobre qué características puede que estén más asociadas a decisiones de llevar embarazos a término o interrumpirlos (p. ej. edad, etnia, estado civil, antecedentes reproductivos), pero no han obtenido cómo los varios factores son mediados unos por otros durante el proceso de toma de decisiones. Los estudios cualitativos que se han centrado en

entrevistas y grupos focales han proporcionado más información a este respecto.

Las MVS que deciden continuar - pero especialmente comenzar - la maternidad parecen centrarse más en factores positivos durante su proceso de toma de decisiones; por ello, disminuye la influencia relativa de la infección por el VIH. Estas mujeres, que suelen ser más jóvenes, parecen ser motivadas más por un deseo de maternidad y la idea de que tener un niño les dará más esperanza. En algunos casos, las convicciones personales de que el aborto es malo pueden impedirles que busquen interrupciones.

Muchos informantes clave creían que las MVS, por lo general, quieren tener niños y que otros factores además del estado de VIH son más importantes en esa toma de decisiones. Las razones citadas variaban: las MVS no quieren perderse la experiencia de la maternidad; las normas sociales dictan que las mujeres no son verdaderamente adultas a menos que tengan niños; las mujeres desean dejar en el mundo algo de sí mismas; las mujeres saben que sus niños serán atendidos aunque ellas mueran. Estudios en Canadá y EE.UU., donde los ARV están disponibles por todas partes, demostraron que menos mujeres interrumpían los embarazos después de lanzarse programas de PTMH [22, 23].

La decisión de interrumpir un embarazo no planeado

Cuando se les preguntó por qué las MVS podrían tener embarazos no planeados, muchos informantes clave indicaron que por las mismas razones que las mujeres seronegativas: no utilizar anticonceptivos (a menudo relacionado con su falta de poder en la toma

de decisiones), el uso incorrecto de los anticonceptivos, no pensar en la posibilidad de embarazo, y el sexo forzado o la violación. La única razón citada que distinguiría la situación de las MVS de otras mujeres fue el temor de divulgar el seroestatus a sus parejas sexuales, por lo cual se impide una decisión mutua para evitar el embarazo.

Según la literatura, parece que factores negativos predominan en la toma de decisiones por parte de las MVS que deciden no quedar embarazadas o interrumpir sus embarazos; la infección por el VIH en ese caso parece desempeñar un mayor papel en ese proceso. Tales mujeres posiblemente sean más grandes, ya tengan hijos, hayan vivido con la enfermedad por un período de tiempo más largo y tengan infecciones más avanzadas. Parece haber alguna prueba de que **las MVS que se enteran de su diagnóstico de VIH al principio del embarazo podrían ser más propensas a la interrupción; esto no significa que evitarán futuros embarazos, sin embargo.** Otro factor que parece influir en las decisiones de las MVS de no tener más niños o llevar embarazos a término es su miedo de dejar huérfanos a sus hijos o la ansiedad sobre el estigma y la discriminación que sus hijos podrían afrontar.

Obstáculos a la interrupción de embarazos no planeados

Entre los obstáculos principales a los abortos seguros para las MVS que surgieron de la literatura figuran: la falta de información sobre la seguridad y disponibilidad del aborto, enterarse de un diagnóstico VIH-positivo durante una etapa final del embarazo, el costo del aborto, las actitudes negativas y la discriminación. La

mayoría de las mujeres no tienen acceso al aborto legal y seguro. La Red sobre la ética, la ley y el VIH/SIDA de Botsuana observó que la legislación que penaliza el aborto en ese país elimina el derecho de la mujer de decidir qué hacer con su cuerpo [24].

La interrupción del embarazo parece evadirse en gran parte en los programas de información, educación y asesoría para las MVS y las mujeres que asisten a centros de APV. El Informe del Programa del 2001 del UNFPA sobre la prevención de infección por el VIH en las mujeres embarazadas declara que: *“Ya que algunas mujeres VIH-positivas embarazadas posiblemente deseen interrumpir el embarazo debido al temor de la transmisión del VIH al niño, debería considerarse también informarles sobre el verdadero riesgo de transmisión del VIH al hijo... y de las opciones disponibles para ellas (p. ej. ARV, cesárea electiva en algunos marcos, interrupción del embarazo). La meta es que las mujeres embarazadas tomen sus propias decisiones informadas. La interrupción del embarazo no debería promoverse como parte de las recomendaciones rutinarias de APN”* [25].

Cuando no hay información y acceso a la interrupción legal del embarazo, le impide a las MVS interrumpir los embarazos no planeados en condiciones adecuadas. Investigadores que entrevistaron 52 MVS en Zimbabwe declararon: *“puede que las mujeres casadas por largo plazo... estén listas para terminar la maternidad, pero a menudo no pueden poner esa decisión en práctica porque no tienen control sobre la anticoncepción y el acceso al aborto”* [7]. Cuando las MVS no tienen información basada en hechos sobre los bajos riesgos del aborto seguro, puede que sus temores también les impidan interrumpir su embarazo;

como explicó una mujer en la India: *“Mi segundo embarazo fue un accidente. No quería otro niño porque ya tengo VIH. No quería. Pero entonces pensé en abortar. Pero entonces estaba preocupada. Muchas mujeres, se ponen muy enfermas o mueren después del aborto. ¿Y si tengo el aborto y entonces me muero? En ese caso mi hija no tendrá una madre. Y otra vez, si la gente, mi comunidad, si ellos saben que tuve un aborto no será bueno. Así que decido tener el niño”* [29].

Entre los 36 usuarios de drogas intravenosas entrevistados en la ciudad de Nueva York durante un estudio sobre el VIH y el embarazo en 1985, la interrupción del embarazo era más común tanto en las MVS como en las mujeres seronegativas cuando se les habían hecho las pruebas antes o al principio del embarazo [30]. Escoger la interrupción del embarazo se vuelve más difícil con el progreso del embarazo, y los abortos en las últimas etapas pudieran implicar más riesgos, así que puede que las mujeres encuentren que sea más difícil tener acceso a servicios. **En entrevistas por cuestionario con 264 mujeres que asistían a clínicas prenatales en ocho provincias de Tailandia se encontró que mientras que la mitad de las MVS habían querido interrumpir sus embarazos, dos terceras partes se enteraron de su estado de VIH solamente después de tres meses de embarazo y solamente el 10% pudo tener un aborto** [31].

Los informantes clave en el estudio por entrevistas opinaron que los prestadores de servicios de salud se niegan a realizar interrupciones del embarazo o cobran honorarios muy altos. Hay indicaciones en la literatura que el costo del aborto pudiera crearles obstáculos a las MVS que desean interrumpir sus embarazos. Don-

de son altos los honorarios del aborto, es posible que las mujeres que viven en situaciones de bajos ingresos no puedan costearse el procedimiento; por ejemplo, las mujeres en algunos estados de EE.UU. no pueden obtener abortos con el financiamiento de Medicaid [32].

En un estudio de Zimbabwe, cinco MVS entrevistadas consideraron interrumpir su embarazo pero no lo hicieron porque era caro; *“Cuando me enteré de que estaba embarazada, intenté interrumpirlo pero no fue fácil. Los médicos se negaron a interrumpir mi embarazo aunque les dije sobre mi estado de VIH. Otra médica me dijo que le diera Z\$3,000, los cuales no tenía en aquel momento. Intenté conseguirlos en vano. En vista de que no había podido conseguir un aborto del especialista, busqué la medicina tradicional. La utilicé y tuve un aborto incompleto. Estaba muy enferma y me llevaron al hospital”* [6].

Actitudes negativas y discriminación

La revisión de la literatura no encontró evidencia de investigaciones referente al estigma y la discriminación contra las MVS que buscan atención relacionada con el aborto. Esto no debería interpretarse como prueba de que no existe; más bien, no parece haber sido un tema de investigación.

Algunos informantes clave en Australia, la India y Sudáfrica comentaron que alguna gente puede que acepte más el aborto para las MVS porque no piensa que ellas deberían tener hijos en primer lugar. Los informantes australianos no pensaban que la interrupción del embarazo fuera generalmente estigmatizada. En el resto de los países, los informantes clave creían que el

aborto es muy estigmatizado, siendo clasificadas las mujeres como asesinas y pecadoras si tienen una interrupción. Algunos informantes en Kenia y Sudáfrica creían que las mujeres que tuvieran VIH y tuvieran un aborto serían doblemente estigmatizadas.

En Zimbabwe, donde se permite el aborto para las MVS, los temores asociados con divulgar el estado de VIH pueden ser un obstáculo; una mujer entrevistada allí en 1999 dijo: *“Personalmente no quería un niño, pero deseaba complacerlo [novio]. Más adelante decidí abortar, pero tenía miedo porque no tenía un buen lugar para hacerlo con éxito puesto que no quería que nadie supiera que era VIH-positiva”* [6].

El VIH/SIDA como indicación para el aborto legal

Algunos defensores ahora están pidiendo que el VIH/SIDA sea designado como indicación específica para el aborto permitido por la ley. Algunos informantes clave en el estudio indicaron que nombrar la infección por el VIH como indicación legal para el aborto podría ser útil porque aumentaría el acceso de las mujeres a la interrupción del embarazo en condiciones adecuadas. Sin embargo, 23 informantes opinaron que las decisiones sobre el aborto deberían ser tomadas por la mujer, indicando que las MVS deberían tener acceso a éste bajo las disposiciones actuales en las leyes de sus países (Australia, la India, Sudáfrica), que se debería realizar gestión y defensa para asegurar el derecho de toda mujer al aborto legal, o que el VIH/SIDA debería ser incluido como indicación general por razones de salud u otras razones.

Los que piensen abogar por que el VIH/SIDA sea nombrado específicamente por la ley como

indicación para el aborto legal, deberían tener en cuenta las posibles desventajas de esta estrategia:

- ◆ **Puede ser que implique que el embarazo en sí mismo es peligroso para la salud de las MVS y conduzca a presión continuada sobre las MVS de evitar la maternidad.**
- ◆ **Pudiera ser utilizada como un medio de presionar o forzar a algunas MVS a tener abortos.**
- ◆ **Si el VIH/SIDA es la única afección médica nombrada específicamente para el aborto legal, puede que las MVS sean doblemente estigmatizadas dentro de sus comunidades si se sabe que tuvieron un aborto.**
- ◆ **Si se permite que solamente las mujeres que viven con VIH/SIDA tengan acceso a un servicio médico que sigue siendo ilegal para otras mujeres (p. ej., aquellas con cardiomiopatía, tuberculosis, cáncer u otras enfermedades crónicas), pudieran surgir acusaciones de tratamiento injusto y resentimiento hacia las MVS. Las mujeres que no tienen VIH o que ignoran su estado de VIH pudieran quejarse con derecho de que todas las mujeres tienen derecho a abortos legales y seguros.**

Sería mejor abogar por los plenos derechos reproductivos de las MVS y abogar por la aprobación y aplicación de leyes que permitan el aborto para “enfermedades crónicas que puedan poner en peligro la salud de la mujer”, sin mencionar el VIH/SIDA específicamente. **Es importante, sin embargo, asegurarse de que los protocolos médicos actualizados regularmente publicados por los Ministerios de Salud y las asociaciones médicas proporcionen consejos sobre cómo interpretar**

indicaciones médicas para el aborto legal de modo que las MVS tengan acceso garantizado a este procedimiento médico. En todo caso, deberían consultarse las asociaciones de MVS sobre el pro y el contra de incluir el VIH/SIDA como indicación para el aborto legal para que los formuladores de políticas y los legisladores puedan también considerar las posibles consecuencias negativas inesperadas.

Recomendaciones

La mayoría de los informantes clave en el estudio por entrevistas dijeron que hay que abogar más por los derechos reproductivos de las MVS. La mayoría de ellos indicaron que sus organizaciones todavía no habían tratado el VIH/SIDA, el embarazo y los derechos reproductivos específicamente y dijeron que agradecerían dirección y ayuda técnica al abordar estos asuntos. Se presentan recomendaciones que han incorporado las sugerencias de los informantes clave, así como las sugerencias para investigaciones; implementación de programas de salud; políticas y gestoría y defensa que surgieron del análisis de la revisión de la literatura.

Investigación – realizar estudios sobre:

- ⇒ La prevalencia del VIH entre las mujeres que buscan abortos comparado con las mujeres que llevan sus embarazos a término para determinar si las mujeres que interrumpen sus embarazos corren mayor riesgo de infección por VIH debido a circunstancias difíciles de la vida.
- ⇒ Los efectos en la salud de abortos espontáneos incompletos y de abortos inseguros

en las MVS comparado con las mujeres VIH-negativas para determinar si son necesarias medidas especiales para la atención postaborto.

- ⇒ La prevalencia y los tipos de complicaciones de los abortos inducidos vistas en las MVS para determinar si son necesarias medidas especiales para garantizar la seguridad y reducir las secuelas postaborto.
 - ⇒ Las ventajas comparativas del aborto quirúrgico contra el aborto médico para las MVS.
 - ⇒ El tipo de asesoría ofrecida por los prestadores de servicios de salud y consejeros con respecto a la interrupción del embarazo para determinar si aconsejan a las MVS y a otras mujeres de distintas maneras (cuestiones de coerción o desaprobación en lugar de asesoría informativa neutral; negarse a realizar los procedimientos o enviarlas a un especialista, etc.).
 - ⇒ La eficacia de incluir las MVS como consejeras en la asesoría anticonceptiva después de atención relacionada con el aborto.
- Los informantes clave también recalcaron que las MVS deberían participar en las investigaciones sobre estos temas anteriormente y que las asociaciones de las mujeres que viven con VIH/SIDA deberían ser informadas de los resultados de las investigaciones realizadas con su cooperación.

Implementación de servicios de salud

- ⇒ Asegurar la información anticonceptiva a las MVS completa e incluya las ventajas y desventajas de varios métodos.
- ⇒ Abogar por y ayudar a producir documentos de asesoría sobre el uso de anticonceptivos para las MVS que se puedan utilizar en programas de APV así como

- en la asesoría anticonceptiva después de la atención relacionada con el aborto.
- ⇒ Proporcionar a los consejeros listas de verificación de asuntos que hay que cubrir referente al embarazo y la atención relacionada con el aborto para las MVS.
 - ⇒ Establecer políticas claras con respecto a la asesoría sobre el VIH pre y post testeo, incluida la discusión de opciones para evitar e interrumpir embarazos y medidas para asegurar que los abortos sean realizados solamente con el consentimiento informado y voluntario de la mujer.
 - ⇒ Integrar la asesoría integral sobre el VIH/SIDA y el embarazo a los currículos de las escuelas de enfermería y medicina.
 - ⇒ Proporcionar más formación para los prestadores de servicios de salud, en particular los médicos generales y aquéllos que trabajan en la atención maternoinfantil, con respecto al VIH/SIDA y el embarazo. Esto pudiera incluir programas de extensión, tales como campañas de puerta en puerta.
 - ⇒ Llevar a cabo intervenciones de aclaración de valores con consejeros de SIDA y de planificación familiar sobre los derechos de las MVS a tener niños y evitar o interrumpir el embarazo para crear actitudes más favorables por parte de los prestadores de servicios de salud hacia las MVS.
 - ⇒ Asegurar que los prestadores de servicios de salud tengan información al día sobre los efectos del aborto inseguro e inducido para las MVS.
 - ⇒ Proporcionarles a los trabajadores de salud oportunidades de ver atención práctica de alta calidad para las MVS como un paso hacia cambiar las actitudes negativas.

- ⇒ Asegurar que las MVS puedan actuar como consejeras por medio de capacitación inicial y de repaso y creando mecanismos de apoyo para su empleo.

Políticas, gestoría y defensa relacionadas con el VIH/SIDA

- ⇒ Aumentar los esfuerzos de reducir la estigmatización y la discriminación contra la gente que vive con VIH/SIDA.
- ⇒ Llevar a cabo gestoría y defensa con los parlamentarios, los planificadores de la salud y los burócratas con respecto a los problemas de las MVS en general.
- ⇒ Animar a las MVS a hablar abiertamente en público para cerrar la brecha entre las mujeres y las organizaciones de sociedades civiles y animar a las organizaciones de mujeres para que sigan los asuntos de las MVS.
- ⇒ Designar a las MVS y a otras mujeres a promover precios más bajos para los ARV, mayor disponibilidad de medicinas esenciales, y asuntos relacionados con el VIH y el embarazo. Esto incluye nombrar más MVS en organismos de elaboración de políticas y de toma de decisiones.
- ⇒ Establecer grupos de apoyo para las personas que llevan a cabo gestoría y defensa en nombre de las MVS.

Políticas, gestoría y defensa relacionadas con la salud y los derechos reproductivos

- ⇒ Llevar a cabo programas educativos a nivel local para educar a las mujeres con respecto a su anatomía, biología y funcionamiento reproductivo; pruebas de VIH; atención ginecológica; la transmisión perinatal del VIH, la PTMI y sus derechos con respecto al aborto.
- ⇒ Aumentar la educación sobre

la sexualidad y anticoncepción para la gente joven y la gente que vive con VIH/SIDA, incluyendo el asunto del sexo sin protección entre parejas en las cuales una persona es VIH-positiva y la otra VIH-negativa.

- ⇒ Hacer más programas de sensibilización de género al nivel local que ayuden a empoderar a las mujeres, que estén más enteradas de sus derechos sexuales y reproductivos y aumentar el respeto por los derechos reproductivos de las mujeres y su acceso a servicios de salud reproductiva.
- ⇒ Establecer cuerpos coordinados donde las organizaciones de MVS, las organizaciones de servicios para el SIDA, las ONG y los trabajadores de salud puedan discutir e investigar asuntos relacionados con el embarazo deseado y no deseado, el aborto inseguro, el aborto y el VIH/SIDA.
- ⇒ Asegurar que las ONG, las asociaciones de gente que vive con VIH/SIDA y los grupos del movimiento de las mujeres incluyan todos los elementos de los derechos reproductivos en su gestoría y defensa referente a los servicios de salud para las MVS; esto incluye promover el acceso de las MVS a servicios de aborto en condiciones adecuadas, mientras se combate la coerción y la presión sobre las MVS para someterse a abortos.
- ⇒ Proporcionar más información a la comunidad en general sobre la TMH.
- ⇒ Trabajar con los medios publicitarios en asuntos de embarazo y el VIH, incluyendo mayor visibilidad de los padres VIH-positivos.
- ⇒ Sensibilizar y gestionar y defender con los líderes comunitarios, formuladores de políticas y parlamentarios sobre los

- efectos del aborto inseguro.
- ⇒ Informar a los hombres específicamente sobre los efectos del aborto inseguro.
 - ⇒ Abogar por la aplicación total de leyes con respecto a las condiciones bajo las cuales se permite el aborto.
 - ⇒ Abogar por que los gobiernos que promueven la oferta de la APV para las asistentes a clínicas prenatales, hagan la misma recomendación para las clínicas y los hospitales que tratan a las mujeres para abortos inseguros y proporcionan atención al aborto inducido.

Conclusión

En 1994, el Proyecto de Control y Prevención del SIDA (AIDSCAP) publicó un artículo que trataba las implicaciones del SIDA para la salud materna en países en desarrollo, mencionando que “*el impacto potencial del VIH/SIDA sobre la demanda del aborto no ha sido explorado sistemáticamente*” y observando además que “*una mayor demanda de abortos conduciría a más abortos sépticos y a riesgos de transmisión del VIH a los prestadores de servicios de salud que traten abortos inseguros sin observar las precauciones universales*” [33]. Desde entonces, sin embargo, parece que las intervenciones de maternidad sin riesgo para las MVS han tendido a dejar de lado el asunto del aborto espontáneo y el aborto inducido, y los estudios de investigación han prestado relativamente poca atención al aborto espontáneo y las complicaciones de abortos inseguros en la morbilidad materna total de las MVS.

Desde la perspectiva de la salud pública, es importante fijar la atención en combatir los efectos de los abortos inseguros en las MVS. Entre más de 525.000

mujeres que mueren debido al embarazo y complicaciones del parto cada año figuran mujeres que viven con VIH/SIDA, particularmente en países con los altos niveles de prevalencia del VIH. Es probable que la proporción de MVS que muere o que sufre morbilidad significativa debido a abortos inseguros también sea relativamente alta en estos países.

Como otras mujeres, las MVS deberían tener el derecho de decidir si llevar o no los embarazos a término. Esto ha sido confirmado por pautas internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos publicados por ONUSIDA y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: “*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*” [34].

Desde la perspectiva de los derechos humanos, es esencial que se tomen medidas para asegurar que las MVS puedan ejercer su derecho de decidir si tener o no hijos y cuándo tenerlos. Esto significa que deben tener control sobre sus decisiones reproductivas y que se les debe permitir realizar sus decisiones de manera voluntaria y con seguridad.

Referencias bibliográficas

1. ONUSIDA. 2002. *Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA. Diciembre de 2002*. Ginebra, ONUSIDA; <http://www.unaids.org/worldaidsday/2002/press/Epiupdate.html>
2. ONUSIDA. 2002. Donde convergen prevención y asistencia: asesoramiento y pruebas voluntarias, y prevención de la transmisión maternoinfantil. *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA 2002*; pp. 124-134. <http://www.unaids.org/barcelona/presskit/spanish/barcelona%20report/chap5.html>
3. McIntyre, James. 1999. *HIV in pregnancy: a review*. Ginebra, ONUSIDA/OMS.
4. Ahman, Elisabeth e Iqbal Shah. 2002. *Unsafe abortion: World-wide estimates for 2000. Reproductive Health Matters*, 10(19):13-17.
5. Anderson, Jean R., red. 2001. *A guide to the clinical care of women with HIV*. Rockville, Womenscare.
6. Feldman, Rayah, Jo Manchester y Caroline Maposhere. Junio de 2002. *Positive women: voices and choices*. Informe de Zimbabwe. Harare, Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con el VIH/SIDA/SAfAIDS.
7. Kuyoh, Maureen y Kim Best. 2001. HIV-positive women have different needs. *Network*, 20(4).
8. Berer, Marge. 1999. HIV/AIDS, pregnancy and maternal mortality and morbidity: implications for care. En Berer, Marge y T.K. Sundari Ravindran, redactores. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Londres, Blackwell Science Ltd., pp. 198-210.
9. Muñoz-Fernández, M.A. 2000. *Spanish report on maternal and neonatal effects of potent antiretroviral therapies during pregnancy*. WePpB1374. XIII Conferencia Internacional sobre el SIDA, Durban, Sudáfrica, Julio.
10. Biedermann, K., Ch. Rudin, O. Irion, G. Spoletini, U. Laufer y Chr. Kind. 1995. Schwangerschaften bei HIV-infizierten Frauen in der Schweiz. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 55:447-455.
11. Rogers, Martha, Mary Glenn Fowler y Mary Lou Lindgren.

- 9 de noviembre de 2001. Revised recommendations for HIV screening of pregnant women. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 50(RR-19):59-108.
12. Anderson, Jean R. Sin fecha. *Care of women with HIV living in limited-resource settings*. HIV and pregnancy. Baltimore, Johns Hopkins HIV Women's Health Program, <http://www.reproline.jhu.edu/video/hiv/tutorials/index.htm>
 13. The Petra Study Team. 6 de abril de 2002. Efficacy of three short-course regimens of zidovudine and lamivudine in preventing early and late transmission of HIV-1 from mother to child in Tanzania, South Africa, and Uganda (Petra study): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*, 359:1178-1186.
 14. Population Division, Department of Economic and Social Affairs. Abril de 2002. *HIV/AIDS and fertility in sub-Saharan Africa: a review of the research literature*. ESA/P/WP.174. Nueva York, Secretaría de las Naciones Unidas.
 15. Van der Paal, Lieve, Leigh-Anne Shafer, Richard Muwonge, Billy Mayanja y Jimmy Whitworth. 2002. *Effect of pregnancy on HIV disease progression and survival among women in rural Uganda*. Entebbe, Medical Research Council Program on AIDS.
 16. Preble, Elizabeth A. y Ellen G. Piwoz. Junio de 2002. *Prevention of mother to child transmission of HIV in Asia. Practical guidance for programs*. Washington, DC, Academy for Educational Development. <http://www.aed.org/publications/AsiaPMTCT.pdf>; accedido el 11 de junio de 2003.
 17. Bharat, Shalini. Agosto de 2001. *India: Discriminación, estigma y negación relacionados con el VIH y el SIDA*. Material Fundamental de la Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA. ONUSIDA/01.46E. Ginebra, ONUSIDA. <http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/JC589-India-S.pdf>
 18. Weinberg, Paul. 25 de octubre de 2002. *Pregnant women tested for HIV/AIDS without consent*. InterPress Service. Gender-AIDS e-mail forum. <http://www.hdnet.org>
 19. McIntyre, James y Glenda Gray. 26 de enero de 2002. What can we do to reduce mother to child transmission of HIV? *British Medical Journal*, 324:218-221. http://bmj.com/cgi/content/full/324/7331/218?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=Kamपाला&searchid=1013106232683_13169&stored_search=&FIRSTINDEX=0&fdate=1/1/2000
 20. Sowell, Richard L., Kenneth D. Phillips, Brenda F. Seals, Terry R. Misener y Charles Rush. 2001. HIV-infected women's experiences and beliefs related to AZT therapy during pregnancy. *AIDS Patient Care and STDs*, 15(4):201-209.
 21. OMS. Sin fecha. *Folha de Avaliação 10. Mulheres, HIV e transmissão maternal*. http://www.who.int/health-services-eli-verly/hiv_aids/Portuguese/FactSheet_PR_10.htm
 22. Hankins, Catherine, T. Tran, N. Lapointe, L. Hum, J. Samson. Canadian Women's HIV Study Group. 1998. *Is antiretroviral MCT prophylaxis provoking increased pregnancy incidence in women living with HIV?* Abstract 24199. XII Conferencia Internacional sobre el SIDA, Ginebra, Suiza.
 23. Pacheco-Acosta, Edna, T. Antonella, A. Higgins, N.G. Moroso, A. Buck, S. Bushur, I.C. Hanson, E. Matzen, J. Moye y V. Smeriglio. 1998. *Reproductive choices in the Women and Infant Transmission Study (WITS): pre and post ACTG 076 results*. Abstract 13565. XII Conferencia Internacional sobre el SIDA, Ginebra, Suiza.
 24. Baffour Awuah, Maame. 2002. *The Holey bullet proof vest: how the shortfalls in the laws of Botswana relating to sexual abuse and violence against women contribute to the high rate of HIV/AIDS infection in women*. XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA, Barcelona, España, Julio.
 25. UNFPA. Octubre de 2001. *HIV prevention now programme briefs. No. 2 - prevention of HIV infection in pregnant women*. Nueva York, UNFPA. <http://www.unfpa.org/hiv/prevention/documents/hivprev2.pdf>
 26. Diciembre de 2001. *Position paper: HIV/AIDS*. No. 1. Londres, Marie Stopes International.
 27. AIDS Law Unit. Sin fecha. *Pregnancy and HIV*. Windhoek, Legal Assistance Centre.
 28. Programa per a la Prevenció i l'Assistència de la Sida. 2001. *Embarazo y SIDA. Qué hay que tener en cuenta?* Catalunya, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social.
 29. Paxton, Susan. Octubre de 2001. Comunicación personal.
 30. Selwyn, Peter A., Rosalind J. Carter, Ellie E. Schoenbaum, Verna J. Robertson, Robert S. Klein y Martha F. Rogers. Junio de 1989. Knowledge of HIV antibody status and decisions to continue or terminate pregnancy among intravenous drug users. *Journal of the American Medical Association*, 261(24):3567-3571.
 31. Grisurapong, S. 2000. *HIV positive women: do they have rights to terminate pregnancies?* ThPpC1493. XIII Conferencia Internacional sobre el SIDA, Durban, Sudáfrica, Julio.
 32. Levine, Carol y Nancy Neveloff Dubler. 1990. HIV and childbearing. 1. Uncertain risks and bitter realities: the reproductive choices of HIV-infected women. *The Milbank Quarterly*, 68(3):321-351.
 33. Preble, E.A., C.J. Elias y B. Winikoff. 1994. Maternal health in the age of AIDS: implications for health services in developing countries. *AIDS Care*, 6(5):499-516.
 34. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. 1998. *El VIH/SIDA y los derechos humanos. Directrices internacionales. Segunda Consulta Internacional sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos, Ginebra, 23 a 25 de septiembre de 1996*. HR/PUB/98/1; par. 30f. Nueva York y Ginebra, Naciones Unidas; http://www.unaids.org/publications/documents/human/law/JC52_0-DerechosHumanos-S.pdf