

Resumen técnico

Cómo garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH mediante la prevención de la esterilización coercitiva y forzada

Introducción

Con todo el conocimiento y el avance científico luego de cuarenta años del inicio de la pandemia del VIH, es inaceptable que las mujeres con VIH y sus parejas, en cualquier lugar del mundo donde vivan, no puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

En 1994, en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), 179 países adoptaron el Programa de Acción, en el que se reconoce que los derechos reproductivos son derechos humanos. El Programa de Acción de la CIPD define a la salud reproductiva como “el estado general de bienestar físico, mental y

social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos”.ⁱ El derecho a la salud incluye el “derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (por ejemplo, derechos sexuales y reproductivos) sin injerencias (por ejemplo, torturas y tratamientos y experimentos médicos no consensuados)”.ⁱⁱ Los estándares de derechos humanos reconocen que las mujeres con VIH tienen derecho a servicios de salud reproductiva por los mismos motivos que las demás mujeres, y el ejercicio de sus derechos reproductivos requiere que los proveedores de salud no trabajen de forma coercitiva y respeten su autonomía,

privacidad y confidencialidad.ⁱⁱⁱ El respeto de la salud y los derechos sexuales y reproductivos implica que las personas puedan tener una vida sexual placentera y segura, y tengan la capacidad de reproducirse y de decidir si quieren hacerlo, en qué momento y con quién.^{iv}

En los últimos treinta años, los avances científicos y el aumento de la disponibilidad del tratamiento antirretroviral (TAR) combinado han promovido la salud y el bienestar de las personas que viven con VIH, lo que generó, por ejemplo, más opciones para las mujeres que viven con VIH y sus parejas a la hora de prevenir embarazos, concebir de forma segura y llevar adelante embarazos sanos. Uno de los pilares de dichos avances científicos es que las personas con VIH que siguen el TAR combinado y tienen una carga viral suprimida (una carga viral en plasma de <50 ml) no transmiten el virus a sus parejas sexuales^v ni a sus hijos durante el embarazo y parto.^{vi} Esto se conoce como “indetectable = intransmisible”.^{vii}

Sin embargo, a pesar de las garantías de los derechos humanos y del avance científico que permite un mayor ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, el estigma y la discriminación relativos al VIH siguen siendo un disparador de violaciones a dichos derechos. Una de las formas de vulneración de los derechos reproductivos y de las expresiones más extremas del estigma y de la discriminación relativos al VIH es la esterilización coercitiva o forzada¹ de las mujeres con VIH.

Objetivo de este resumen técnico

El objetivo de este resumen técnico es promover información transformadora del género, basada en derechos y de precisión científica para hacer incidencia o prestar servicios que respeten los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, las niñas y las personas con capacidad de gestar² que viven con VIH.

Con él, también buscamos proporcionar evidencia suficiente para prevenir violaciones a los derechos sexuales y reproductivos, en especial, esterilizaciones forzadas o coercitivas en aquellas personas que viven con VIH.

Este resumen técnico da cuenta de que la esterilización forzada o coercitiva de las mujeres con VIH es un fenómeno persistente y una grave violación de los derechos humanos que exige medidas urgentes. Aquí se revisan componentes de la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva y de la orientación médica internacional para defender y respetar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de mujeres con VIH para que elijan si quieren tener hijos y qué cantidad, en qué momento hacerlo y en qué intervalos.

Se ha elaborado con el fin de informar a las asociaciones miembros de IPPF, al personal del Secretariado y a las organizaciones aliadas, entre ellas, organizaciones y prestadores de servicios de salud sexual y reproductiva. Este documento refuerza la posición y el compromiso de IPPF con la atención del VIH centrada en las personas y

¹ La esterilización coercitiva se produce cuando se usan tácticas de desinformación, intimidación e incentivos (financieros o de otro tipo) para obligar a una persona o cuando la esterilización es condición para el acceso a salud, empleo u otros beneficios. La esterilización forzada se da cuando una persona es esterilizada sin su conocimiento o consentimiento. Open Society Foundation. Against her will: forced and coerced sterilization of women worldwide. Nueva York: Open Society Institute, 2011. <https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/62505651-2c58-4c12-a610-46499e645a2c/against-her-will-20111003.pdf>

² Este documento incluye a todas las mujeres, niñas y personas con capacidad de gestar, incluidas las personas intersexuales, hombres y niños trans y personas con otras identidades de género que tengan capacidad de gestar. A los fines de este documento, las referencias a “mujeres y niñas” remite a todas las personas con capacidad de gestar.

basada en los derechos como parte del paquete de los servicios integrales de salud sexual y reproductiva.

La esterilización coercitiva o forzada de mujeres que viven con VIH es una violación persistente y grave de los derechos reproductivos

Dentro de los organismos de derechos humanos nacionales, regionales e internacionales la esterilización sin consentimiento libre, pleno e informado es una práctica coercitiva o forzada, involuntaria y representa una violación de los derechos humanos fundamentales. La esterilización coercitiva o forzada viola el derecho a la salud, a la información, a la privacidad, a decidir en la cantidad de hijos que se quieren tener y el intervalo para hacerlo, el derecho a formar una familia y a vivir sin discriminación.^{viii} Los organismos de derechos humanos también reconocieron que la esterilización forzada es una violación al derecho a no ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.^{ix}

La esterilización coercitiva o forzada de las mujeres que viven con VIH es un fenómeno documentado en múltiples regiones y, por tanto, representa una preocupación a nivel mundial.^x ^{xi, xii, xiii, xiv, xv} Esta práctica es responsabilidad de los proveedores médicos y, a menudo, se da en el momento del parto por cesárea. Las mujeres denuncian que, en ese contexto de parto, los proveedores médicos las obligan a aceptar la esterilización recurriendo a las siguientes tácticas: comentarios discriminatorios y sin fundamento médico sobre el VIH; denegación de servicio médicos; amenaza con dejar de ofrecer beneficios, tratamiento o apoyos financieros; o relatan que directamente las esterilizan sin su conocimiento o consentimiento.^{xvi} Un estudio en cinco países latinoamericanos demostró que cursar un embarazo sin diagnóstico de VIH implicaba seis veces más probabilidades de riesgo de esterilización coercitiva o forzada entre las mujeres que viven con VIH en comparación con aquellas que no cursaban un embarazo luego de

conocer su diagnóstico.^{xvii} Además de la violación a la integridad corporal, las mujeres que viven con VIH informan consecuencias graves para la salud mental debido a la esterilización coercitiva o forzada (como ansiedad o depresión), más estigma y discriminación por no poder tener hijos y otros impactos negativos en su bienestar social y cultural.^{xviii, xix}

A pesar de la incidencia que hacen las mujeres que viven con VIH y las defensoras de derechos humanos hace más de veinte años y de los muchos casos judiciales en los que se ha reconocido y sancionado la esterilización coercitiva o forzada de mujeres que viven con VIH,^{xx, xxi} esta grave violación de los derechos humanos persiste. Por ejemplo, en 2020, una investigación en una comunidad en Honduras reveló que una cuarta parte de las mujeres con VIH entrevistadas (20 de 78) habían sido esterilizadas sin consentimiento en el hospital nacional público de referencia.^{xxii} Ese mismo año, el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) expresó que debe hacerse más para cumplir con el compromiso de la Asamblea General y su Declaración política de 2016 para terminar con el sida y la esterilización forzada de mujeres que viven con VIH.^{xxiii}

Los relatos de las mujeres que viven con VIH y sufrieron esterilizaciones coercitivas o forzadas ponen de manifiesto que los proveedores médicos actúan desde el estigma y la discriminación relativos al VIH, y creencias que no se basan en evidencia científica reciente sobre la prevención de la transmisión del VIH.^{xxiv} A la discriminación relacionada con el VIH se suma la discriminación por el género y las construcciones sociales por las cuales se considera que las mujeres son “valiosas” por alimentar a un bebé.^{xxv, xxvi} Cuestiones como la raza, el origen étnico, la discapacidad y las condiciones socioeconómicas son otros factores adicionales del estigma y de la discriminación interseccional y aumentan la vulnerabilidad de las mujeres ante la posibilidad de una esterilización coercitiva o forzada.^{xxvii, xxviii, xxix, xxx} Se necesitan enfoques transformadores del género que desafíen las normas nocivas de género y las

relaciones de poder desiguales y que aumenten la autonomía en la toma de decisiones de las mujeres y su acceso a recursos para prevenir la esterilización coercitiva o forzada y respetar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH.

Terminar con la criminalización del VIH, es decir, la aplicación de leyes penales o similares específicas que sancionan la transmisión del VIH, es uno de los componentes del enfoque transformador del género y promotor de los derechos. La criminalización afecta negativamente a las mujeres, aumenta la violencia de género relativa al VIH, refuerza el estigma y la discriminación por el VIH, socava los esfuerzos para prevenir nuevos casos de VIH y va en contra de un marco basado en derechos.^{xxxix, xxxii, xxxiii} Es una gran barrera para la creación de entornos favorables para las mujeres que viven con VIH y su acceso a atención y educación integral de salud sexual y reproductiva.^{xxxiv} Los organismos internacionales de derechos humanos recomiendan la remoción de leyes específicas que penalizan el VIH, y ONUSIDA establece que las leyes penales “nunca deben aplicarse en casos de transmisión vertical, que incluye la lactancia”.^{xxxv}

Los enfoques transformadores del género y promotores de derechos en comunicación, incidencia y provisión de servicios conforme a los últimos avances de la ciencia y en consonancia con las directrices médicas internacionales pueden contribuir a terminar con el estigma y la discriminación relativos al VIH en las políticas y la práctica, y a respetar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH y sus parejas.

Servicios integrales de salud sexual y reproductiva para mujeres con VIH

Desde 2004, Llamado para la Acción de Glicón, las Naciones Unidas y expertos internacionales han fortalecido los vínculos entre políticas y programas de VIH y salud reproductiva necesarios para responder al VIH y sida entre mujeres e infantes. Esto incluye la prevención de embarazos

no deseados en mujeres con VIH, la prevención de la transmisión vertical del VIH y la provisión de atención, tratamiento y apoyo para mujeres que viven con el virus y sus familias.^{xxxvi} En 2018, la OMS y UNFPA, avaladas por múltiples agencias, incluida la IPPF, reiteraron la necesidad y la posibilidad de integración de los servicios de salud sexual y reproductiva y de VIH, en particular en atención primaria, para respetar los derechos de todas las personas a recibir servicios de salud integral sin discriminación ni estigma y promover la cobertura universal de la salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenibles.^{xxxvii} En general, la integración de servicios de VIH y salud sexual y reproductiva está asociada al aumento de provisión de información y consejería, a mayor aceptación de servicios de salud sexual y reproductiva y VIH y a la posibilidad de mejorar la accesibilidad y la calidad de dichos servicios, a la vez que se reduce el estigma por el VIH.^{xxxviii}

Todas las mujeres con VIH deben acceder a servicios integrados e integrales de salud sexual y reproductiva que incluyan atención prenatal, perinatal, de posparto y neonatal; servicios de anticonceptivos de alta calidad; y atención por infertilidad; servicios de atención de abortos seguros; prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, infecciones del tracto reproductivo, cáncer de cuello uterino y otras morbilidades ginecológicas; y promoción de salud sexual.^{xxxix, xl} Este paquete integral de servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos está alineado con el paquete esencial de atención de salud sexual y reproductiva de IPPF.

Orientación médica internacional y nacional sobre prevención de embarazos, concepción segura y prevención de la transmisión vertical del VIH en mujeres con VIH y sus parejas

La evidencia científica de que indetectable = intransmisible genera opciones para las mujeres con VIH y sus parejas con respecto a la concepción segura, el embarazo y la forma del parto (vaginal o cesárea). Esta sección ofrece una breve perspectiva sobre la orientación

internacional sobre salud sexual y reproductiva integral y se centra en opciones de métodos anticonceptivos, directrices de concepción segura e investigaciones de factibilidad y prevención de la transmisión vertical del VIH. La concreción de los derechos de salud sexual y reproductiva de las mujeres que viven con VIH y sus parejas se apoya en la ciencia disponible y es viable en una amplitud de contextos donde se prestan servicios médicos. El respeto por dichos derechos debe adoptarse y normalizarse sistemáticamente en la provisión de servicios para reducir el estigma y la discriminación relacionado con el VIH y para prevenir las violaciones a los derechos sexuales y reproductivos.

Prevención de embarazos

Las mujeres que viven con VIH que quieren prevenir embarazos reúnen los requisitos médicos para poder elegir entre una amplia variedad de métodos anticonceptivos, que incluyen preservativos femeninos y masculinos y anticoncepción hormonal (teniendo en cuenta el tratamiento antirretroviral que siguen y la etapa de la enfermedad).^{xii} Asegurar una elección informada y voluntaria es un principio importante en toda consejería de anticonceptivos.^{xiii}

Si desean un método anticonceptivo *permanente*, las mujeres que viven con VIH también reúnen los requisitos médicos para tener una esterilización quirúrgica, aunque la presencia de una enfermedad relacionada con el SIDA podría posponer el procedimiento. La directriz sobre requisitos médicos para la anticoncepción subraya que, para la esterilización, es muy importante la consejería sobre las implicancias de un método permanente y la información sobre alternativas a largo plazo altamente eficaces. En el caso de las personas jóvenes, quienes no tengan hijos y las personas usuarias de servicios con condiciones mentales es necesario poner en práctica otras diligencias para asegurarse de que el proceso sea voluntario y se entienda lo que conlleva.^{xiiii} El tiempo de consejería y de toma de la decisión con respecto a una esterilización es importante. La consejería durante el embarazo y la toma de decisión *antes*

del trabajo de parto y parto o del aborto es una buena práctica recomendada a nivel internacional para facilitar el verdadero consentimiento informado y reducir las probabilidades de arrepentimiento en cuanto a la esterilización.^{xiv}

Concepción segura

En 2021, la OMS estipuló que los servicios de anticoncepción, la gestión de la concepción segura y los vínculos con el cuidado prenatal deben estar disponibles cuando se presten servicios de profilaxis preexposición (PrEP) para mujeres y hombres trans.^{xlv} Las directrices más recientes de gestión de antirretrovirales durante el embarazo del Panel sobre Tratamiento del VIH durante el Embarazo y Prevención de la Transmisión Prenatal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS) (diciembre de 2021) ofrecen orientación específica para personas que quieran concebir en casos en los que una de las dos personas de la pareja o ambas tengan VIH. Esto incluye que la(s) persona(s) que vive(n) con VIH llegue(n) a la supresión viral (menos de 50 copias/ml) y no tenga(n) infecciones en el tracto vaginal antes de poder tener relaciones sin preservativo. Para aumentar la probabilidad de concepción, se puede limitar las relaciones sexuales a los momentos de ovulación. Las directrices también recomiendan que las personas consideren el uso de PrEP si no se logra la supresión viral. Esto puede suceder en casos en los que haya inquietud por la continuidad del tratamiento antirretroviral en una o las dos personas que viven con VIH, si se desconoce el estado serológico de alguna de las personas de la pareja o si la pareja es serodiscordante.^{xlvi} Aunque no son tan recientes como las directrices del HHS en Estados Unidos, otros países que integraron servicios de concepción segura en sus directrices nacionales para el VIH o la salud reproductiva son Botsuana, Canadá y Sudáfrica. También cabe destacar que las organizaciones de la sociedad civil y las redes de mujeres que viven con VIH tienen décadas de experiencia en educación de pares para brindar apoyo en cuanto a la concepción segura.^{xlvii}

Los estudios de viabilidad en Kenia y Sudáfrica demostraron que se pueden prestar servicios de concepción segura en lugares de atención primaria. Los servicios de concepción segura prestados por personal de enfermería incluían consejería sobre deseos e intenciones relativos a la fertilidad, educación sobre ovulación y período de fertilidad, sexo sin preservativo, el TAR para la pareja que vive con VIH y la PrEP para la pareja que es VIH negativo o la provisión de jeringas para la autoinseminación. Hubo una gran aceptación de estos servicios entre personas que viven con VIH y sus parejas, y la implementación demostró que es viable tener una concepción segura sin casos de transmisión vertical o sexual.^{xlvi, xlvii, xlviii}

Prevención de la transmisión vertical del VIH

Desde 1996, el TAR durante el embarazo ha demostrado una reducción de la transmisión vertical y, desde mitad de la década del 2000, el TAR combinado (que baja la carga viral de la mujer) ha demostrado reducir la tasa de transmisión vertical a entre 1% y 4%.ⁱ La probabilidad de transmisión vertical del VIH es cercana a cero en mujeres que viven con VIH y toman TAR al momento de la concepción y continúan con el tratamiento durante el embarazo y cuya carga viral está suprimida al momento del parto.ⁱⁱ

Para las mujeres que no conocen su estado serológico al momento de quedar embarazadas, se recomienda una prueba de VIH, además de un análisis de sífilis y del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B al menos una vez y tan pronto como sea posible durante el embarazo. Para todas las personas, la OMS recomienda que se comience el TAR independientemente del estadio del VIH según la OMS y del conteo de células CD4, y el mismo día en que se detecta el VIH en las personas que están listas para iniciar el tratamiento. Se recomienda el inicio inmediato del tratamiento en mujeres que viven con VIH embarazadas y lactantes, dado que la forma más efectiva de prevenir la transmisión vertical es mediante la reducción de la carga viral de la madre.ⁱⁱⁱ

La evidencia científica de que indetectable = intransmisible también fundamenta las opciones que tienen las mujeres con VIH a la hora de elegir la forma de parto (vaginal o cesárea). La OMS indica que la cesárea programada no debe ser una práctica de rutina para las mujeres que viven con VIH.^{liii} Es importante hablar de los beneficios y riesgos de las distintas formas de parto y, para todas las mujeres, cuando sea indicado por otras cuestiones médicas u obstétricas, el parto por cesárea debe ser una opción.^{liii}

El TAR reduce significativamente la posibilidad de transmisión del VIH al infante a través de la leche materna, aunque no la elimina por completo. Las directrices de la OMS (2021) recomiendan que las mujeres que viven con VIH comiencen con la lactancia al mismo tiempo que tienen todo el apoyo para continuar con el TAR.^{liii} Es necesario que la consejería sea imparcial, se base en evidencia y se centre en las personas. Además, debe responder a las situaciones sociales, económicas y culturales y preferencias personales de las mujeres, y abordar los beneficios de la lactancia y la posible transmisión del VIH al bebé para que las mujeres que viven con VIH tomen decisiones informadas.^{liii}

DECLARACIÓN DE BUENA PRÁCTICA DE LA OMS SOBRE INICIAR EL TAR

“El inicio del TAR debe seguir los principios generales de la prestación de servicios centrada en las personas. Este tipo de atención debe enfocarse y organizarse en torno a las necesidades de salud, las preferencias y expectativas de las personas y las comunidades, manteniendo la dignidad y el respeto de cada individuo, especialmente de las

poblaciones vulnerables. También debe promover la participación y el apoyo a personas y familias para que tengan un papel activo en su cuidado mediante la toma de decisiones informada. Se debe alentar, pero no obligar a las personas a que inicien el TAR de inmediato y se las debe apoyar en la decisión informada sobre cuándo hacerlo y qué régimen de medicamentos usar.^{lvii}

Recomendaciones

Las asociaciones miembros de IPPF y otras organizaciones que prestan servicio de salud sexual y reproductiva pueden tomar las siguientes medidas para que se respeten los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH, y contribuir a prevenir la esterilización coercitiva o forzada.

Comunicación

- Concientizar más sobre los datos científicos que respaldan la prevención de la transmisión del VIH (indetectable = intransmisible).
- Promover la difusión de las directrices más recientes de atención y tratamiento del VIH a nivel internacional, regional y nacional.
- Conectar con otras redes de mujeres que viven con VIH y grupos de trabajo técnicos a nivel nacional para determinar si los gobiernos tienen que actualizar sus directrices de la prestación de servicios a nivel nacional —y en qué medida deben hacerlo— para apoyar los servicios integrales de salud sexual y reproductiva para mujeres que viven con VIH. Esto debe incluir una amplia variedad de opciones de anticonceptivos, el aborto seguro y voluntario, los servicios de concepción segura y la integración del TAR a servicios de atención materno-infantil (en contextos altamente afectados por el VIH) o

una derivación de un proveedor para facilitar el acceso al TAR y a tratamiento y atención del VIH (en contextos menos afectados por el VIH).

Incidencia

- Apoyar a las organizaciones y redes de mujeres que viven con VIH que estén promoviendo sus derechos sexuales y reproductivos y el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva.
- Abogar por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH, en colaboración con organizaciones y redes de personas que viven con VIHs.
- Llevar la cuestión persistente de la esterilización coercitiva o forzada de mujeres que viven con VIH a las mesas de toma de decisiones y hacer incidencia para mejorar la rendición de cuenta de los gobiernos, los sistemas de salud y profesionales de la salud para prevenir y garantizar el resarcimiento en casos de violaciones de derechos.
- Promover el derecho de las personas usuarias de servicios a tomar decisiones informadas como un principio de derechos humanos cuando reciban información o servicios de salud sexual y reproductiva.
- Promover enfoques transformadores del género en programas y políticas de salud sexual y reproductiva. Los programas y las políticas transformadores del género buscan cambiar las normas de género nocivas y las relaciones de poder desiguales, y aumentar la decisión autónoma de mujeres y niñas para acceder a los recursos.
- Abogar a nivel nacional y regional en organismos legislativos y ministerios de Salud para crear entornos favorables para servicios integrales e integrados de salud sexual y reproductiva. Esto incluye oponerse ante la penalización de la transmisión del VIH y otras leyes y políticas que estigmatizan y discriminan a poblaciones que viven con VIH o están afectadas por el virus.
- Promover la unión de los países a la Alianza Mundial para la Eliminación de Todas

las Formas de Estigma y Discriminación Relacionados con el VIH.^{lviii}

Prestación de servicios

Las personas que proveen servicios siempre deben:

- Priorizar un enfoque centrado en las personas, transformador del género y basado en derechos para prestar servicios integrales de salud sexual y reproductiva.
- Ayudar a personas sexualmente activas a tomar decisiones informadas mediante la provisión de información precisa y completa sobre salud sexual y reproductiva.
- Asegurarse de que el consentimiento sea informado. Para métodos anticonceptivos permanentes, se debe garantizar una atención particular. La decisión informada de las mujeres sobre la esterilización debe darse antes de entrar al centro de atención médica donde se prestan servicios de aborto o parto.
- Apoyar a personas que viven con VIH a lograr sus objetivos reproductivos mediante la prestación de consejería de salud sexual y reproductiva integral y sin estigma que dé respuestas a la anticoncepción, la concepción segura, el aborto y el parto seguros. Esto debería incluir información sobre qué significa indetectable = intransmisible y sobre cómo lograr un embarazo seguro (incluye la información para personas con subfertilidad o infertilidad) y prevenir la transmisión vertical o sexual del VIH.

Las acciones para asegurar servicios de calidad incluyen lo siguiente:

- Dictado de capacitaciones y talleres para tratar el tema del estigma y la discriminación por parte de los proveedores de salud hacia mujeres que viven con VIH y hacer hincapié en principios fundamentales que sirvan de guía para la promoción de derechos humanos y la igualdad de género.
- Evaluación del estado y de la disponibilidad de los servicios integrales de salud sexual y reproductiva en las instalaciones de las asociaciones miembros para garantizar

la provisión de un paquete integrado de atención de la salud sexual y reproductiva. Las evaluaciones pueden incluir cuestiones como capacitaciones necesarias sobre recursos humanos; la disponibilidad de productos anticonceptivos y de VIH (incluida la PrEP); la disponibilidad de la carga y gestión de datos integrados; y la disponibilidad y el uso de material de apoyo y otros tipos de materiales que ayuden a la prestación de servicios integrales.

- Provisión de información y servicios integrales y precisos de VIH/ITS y otros relativos a la salud sexual y reproductiva a todas las personas que buscan estos servicios. Esto incluye consejería sobre protección doble para prevenir tanto los embarazos no deseados como las ITS, la provisión de preservativos masculinos/externos o femeninos/internos y lubricantes, prevención antirretroviral (PrEP y PEP), intervenciones de reducción de daños (como un equipo de inyección estéril) y prevención y gestión de coinfecciones y otras comorbilidades.
- Provisión de información precisa e integral sobre qué significa indetectable = intransmisible. Hay que asegurarse de que todas las personas que viven con VIH tengan conocimiento de esta información.
- Provisión de información, capacitación y monitoreo específico de la prestación de servicios o de la derivación de mujeres que viven con VIH y sus parejas hacia servicios respetuosos de los derechos y libres de estigma para que alcancen sus metas reproductivas. Estos servicios deben incluir lo siguiente: 1) servicios anticonceptivos, 2) servicios de concepción segura 3) atención del aborto y 4) prevención de la transmisión vertical del VIH. Priorización de apoyo centrado en las personas usuarias y transformador del género y retención en atención y tratamiento posparto.
- Las mujeres que viven con VIH deben recibir apoyo para tomar decisiones informadas sobre lactancia mediante consejería imparcial y basada en la evidencia. En países de renta baja y media, la OMS recomienda que todas

las mujeres, incluidas las mujeres que viven con VIH, amamanten por al menos 12 meses; es aconsejable hacerlo, aunque sea por un período corto (menos de doce meses) antes que no probarlo nunca. La alimentación combinada no es motivo para que las mujeres que viven con VIH dejen de amamantar cuando tomen medicamentos antirretrovirales.

Conclusión

Es hora de redoblar los esfuerzos para asegurarnos de que las mujeres que viven con VIH y sus parejas puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Los estándares científicos y de derechos humanos son claros. Sin embargo, las mujeres que viven con VIH continúan enfrentándose a la ignorancia, el estigma y la discriminación cuando acuden a servicios de salud sexual y reproductiva y sufren violaciones a sus derechos. Entre las violaciones persistente a sus derechos sexuales y reproductivos que viven las mujeres con VIH se encuentra la esterilización coercitiva o forzada.

Las redes de mujeres que viven con VIH y las organizaciones que trabajan este tema en todo el mundo son defensoras activas de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Las asociaciones miembros y otras organizaciones que prestan servicios de salud sexual y reproductiva tienen un papel importante como entidades aliadas, socias y líderes en la promoción, protección y el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH. La comunicación, la incidencia y la prestación de servicios que se apoyan en principios tales como poner a las personas en el centro, ser transformadoras del género, basarse en derechos y fundamentarse en las últimas evidencias sobre tratamiento y directrices de atención del VIH son importantes para avanzar en el respeto por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH y prevenir la esterilización coercitiva o forzada.

Referencias

- ⁱ Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto, sept. 5-13 de 1994, párr. 7.2, U.N. Doc. A/CONF.171/13/Rev.1 (1995)
- ⁱⁱ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 2000. Observación general 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12).
- ⁱⁱⁱ Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201405_sterilization_en.pdf
- ^{iv} Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto, sept. 5-13 de 1994, párr. 7.2, U.N. Doc. A/CONF.171/13/Rev.1 (1995)
- ^v Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. *N Engl J Med* 2016;375:830–9; Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet* 2019;393:2428–38.
- ^{vi} Mandelbrot L, Tubiana R, Le Chenadec J, et al. No perinatal HIV-1 transmission from women with effective antiretroviral therapy starting before conception. *Clin Infect Dis* 2015;61(11):1715–25.
- ^{vii} ONUSIDA. 2018. Indetectable = intransmisible. Public health and viral load suppression. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/undetectable-untransmittable_en.pdf
- ^{viii} Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014: 1. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201405_sterilization_en.pdf
- ^{ix} *ibid*
- ^x Orza L, Welbourn A, Bewley S, Crone ET, Vazquez M; Salamander Trust. Building a safe house on firm ground: key findings from a global values and preferences survey regarding the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014; Presentación de la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con el VIH ante el Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WG/righthealth/WS/ICW_HIV.pdf. Acceso: 18 de noviembre de 2021; Rowlands S, Amy JJ. 2018. Non-consensual sterilization of women living with HIV. *International Journal of*

STD & AIDS 29 (2) 917-946. DOI: 10.1177/0956462418758116

^{xi} Strode A, Mthembu S, Essack Z. "She made up a choice for me": 22 HIV-positive women's experiences of involuntary sterilization in two South African provinces. *Reprod Health Matters*. 2012;20(Suppl 39):61–69. doi: 10.1016/S0968-8080(12)39643-2; Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con el VIH. 2016. The forced and coerced sterilisation of HIV positive women in Namibia. http://www.iamicw.org/literature_144354/Issue_Paper_03_A4; Wilton K. Double stigma: forced sterilization of women living with HIV in Kenya and Namibia. *DifferenTakes* 2013; 80: 1–4.

^{xii} WAPNp. 2012. Positive and pregnant—how dare you: a study on access to reproductive and maternal health care for women living with HIV in Asia. *Reproductive Health Matters* 20 (Suppl 39): 110-118.

^{xiii} Maura Elaripe: "I was forced to go through sterilisation and up to now I regret it." IRIN, www1.irinnews.org/printreport.aspx?reportid%79697 (2008, acceso: 25 de enero de 2018).

^{xiv} Kendall, T. 2009. Reproductive rights violations reported by Mexican women with HIV. *Health and Human Rights* 11 (2): 77-87.

^{xv} Dignity denied: violations of the rights of HIV-positive women in Chilean health facilities. Nueva York: Center for Reproductive Rights y Vivo Positivo, 2010.

^{xvi} La esterilización coercitiva o forzada en mujeres con VIH en el momento de la cesárea o de otra cirugía abdominal es un patrón constante que se ha identificado en la bibliografía. Ver por ejemplo Presentación de la Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con el VIH ante el Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica. (sin fecha), Kendall, 2009, Mthembu, Ezack 2012.

^{xvii} Kendall T and Albert C. 2015. Experiences of coercion to sterilize and forced sterilization among women living with HIV in Latin America. *Journal of the International AIDS Society* 18: 19462.

^{xviii} Bakare, K., Gentz S. 2020. Experiences of forced sterilisation and coercion to sterilize among women living with HIV (WLHIV) in Namibia: an analysis of the psychological and socio-cultural effects. *Sexual and Reproductive Health Matters* 28 (1): 335-348.

^{xix} Kendall T and Albert C. 2015. Experiences of coercion to sterilize and forced sterilization among women living with HIV in Latin America. *Journal of the International AIDS Society* 18: 19462.

^{xx} Centre for Reproductive Rights. Chile accepts responsibility before the IACHR for forced sterilization and will take measures to end the practice. 3 de agosto de 2021. [https://reproductiverights.org/chile-accepts-responsibility-before-the-iachr-for-forced-](https://reproductiverights.org/chile-accepts-responsibility-before-the-iachr-for-forced-sterilization-and-will-take-measures-to-end-the-practice/)

[sterilization-and-will-take-measures-to-end-the-practice/](https://reproductiverights.org/chile-accepts-responsibility-before-the-iachr-for-forced-sterilization-and-will-take-measures-to-end-the-practice/)

^{xxi} HumanRights@HarvardLaw. Namibia's Highest Court Finds Government Forcibly Sterilized HIV-Positive Women. 3 de noviembre de 2014. Blog. www.hrp.law.harvard.edu

^{xxii} Siikainen, L. & Alberto, M. (2020). *Investigación para la vinculación de la violencia contra las niñas y las mujeres, feminicidio, el VIH, y el COVID-19*. Fundación Llaves. https://es.slideshare.net/FundacionLlaves15/investigacin-para-la-vinculacin-de-laviolenciacontra-las-mujeres-y-niasfemicidio-el-vih-y-el-impactodel-covid19?from_action=save

^{xxiii} ONUSIDA. 2020. Declaración de ONUSIDA sobre esterilización forzada o coercitiva de mujeres que viven con VIH. www.unaids.org

^{xxiv} Kendall T y Albert C. Experiences of coercion to sterilize and forced sterilization among women living with HIV in Latin America. *J Int AIDS Soc* 2015; 18: 19462; Bakare, K., Gentz S. 2020. Experiences of forced sterilisation and coercion to sterilize among women living with HIV (WLHIV) in Namibia: an analysis of the psychological and socio-cultural effects. *Sexual and Reproductive Health Matters* 28 (1): 335-348; Mthembu SE, Essack Z., Strode A. 2011. A qualitative report of HIV-positive women's experiences of coerced and forced sterilizations in South Africa. *Reproductive Health Matters* 20 (39): 61-69.

^{xxv} Amin, A. 2015. Addressing gender inequalities to improve the sexual and reproductive health and well-being of women living with HIV. *Journal of the International AIDS Society* 18 (Suppl. 5) 20302. doi: 10.7448/IAS.18.6.20302; Paudel V, Baral KP. 2015. Women living with HIV/AIDS (WLHA), battling stigma, discrimination and denial and the role of support groups as a coping strategy: a review of literature. *Reproductive Health* (2015) 12:53 DOI 10.1186/s12978-015-0032-9

^{xxvi} Castro A, Khawja Y, González-Núñez I. 2007. Sexuality, reproduction, and HIV in women: the impact of antiretroviral therapy in elective pregnancies in Cuba. *AIDS* 21 (Suppl 5):S49-54. doi: 10.1097/01.aids.0000298103.02356.7d. PubMed PMID: 18090268.

^{xxvii} Zampas C., Lamackova A. 2011. Forced and coerced sterilization of women in Europe. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 114(2): 163-166. doi: 10.1016/j.ijgo.2011.05.002

^{xxviii} Harris LH, Wolfe T. 2014. Stratified reproduction, family planning care and double edge of history. *Current opinion in obstetrics & gynecology*. 26 (6): 539-544. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000121.

^{xxix} Black KA, Rich R, Felske-Durksen C. 2021. Forced and coerced sterilization of Indigenous Peoples: Considerations for Health Care Providers. *J Obstet Gynaecol Can* 43 (9): 1090-1093. doi: 10.1016/j.jogc.2021.04.006.

Resumen técnico : Cómo garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH mediante la prevención de la esterilización coercitiva y forzada

- xxx Hevia M., Constantin A. 2018. Gendered power relations and informed consent: The I.V. v. Bolivia Case. *Health and Human Rights Journal* 20 (2): 197-204.
- xxxii Patterson et al. 2022. Impact of Canadian human immunodeficiency virus non-disclosure on experiences of violence from sexual partners among women living with human immunodeficiency virus in Canada: implications for sexual rights. *Women's Health* 18 doi.org/10.1177/17455065221075914.
- xxxiii Bernard EJ et al. 2021. Ending unjust HIV criminalization: leave no-one behind. *Journal of the International AIDS Society* 24: e25681: 1. <https://doi.org/10.1002/jia2.25681>
- xxxiiii ONUSIDA. 2021. HIV Criminalization Human Rights Fact Sheet Series. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/01-hiv-human-rights-factsheet-criminalization_en.pdf
- xxxv OMS. 2017. Consolidated Guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Ginebra: OMS
- xxxvi ONUSIDA. 2021. HIV Criminalization Human Rights Fact Sheet Series. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/01-hiv-human-rights-factsheet-criminalization_en.pdf
- xxxvii UNFPA/OMS. 2004. *Glion Call to Action on Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children*. Nueva York: UNFPA. <https://www.unfpa.org/resources/glion-call-action-family-planning-and-hiv-aids-women-and-children>
- xxxviii OMS, UNFPA. 2018. Call to action to attain universal health coverage through linked sexual and reproductive health and rights and HIV interventions. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/273148>
- xxxix OMS. 2021. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring. Ginebra: OMS: 384-385.
- xl OMS. 2017. Consolidated Guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Ginebra: OMS.
- xli Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Estrategia global adoptada en la 57.a Asamblea General de Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68754/1/WHO_RHR_04.8.pdf).
- xlii OMS. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Quinta edición, 2015. <https://www.who.int/publications/item/9789241549158>; OMS. 2017. Consolidated Guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Ginebra: OMS: 60-61.
- xliiii OMS. 2018. Family Planning: A global handbook for providers. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/publications/item/9780999203705>
- xliiii OMS. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Quinta edición, 2015: 232-241.
- xliv OMS. 2018. Family Planning: A global handbook for providers. Ginebra: OMS: 220. <https://www.who.int/publications/item/9780999203705>
- xlv OMS. 2021. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring. Ginebra: OMS: 77.
- xlvi Panel on Treatment of HIV During Pregnancy and Prevention of Perinatal Transmission. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs During Pregnancy and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. Jueves, 30 de diciembre de 2021. Consulta: 6 de abril de 2022. Disponible en https://clinicalinfo.hiv.gov/sites/default/files/guidelines/documents/Perinatal_GL.pdf
- xlvii Ver por ejemplo Johnson M., Miralles C. 2012. The SHE programme: a European initiative to improve the care of women living with HIV, *Journal of the International AIDS Society* 15 (S4) <https://doi.org/10.7448/IAS.15.6.18369>; The Well Project. 2021. "Getting Pregnant and HIV" <https://www.thewellproject.org/hiv-information/getting-pregnant-and-hiv>. Acceso: 13 de junio de 2022.
- xlviii Heffron R, Ngure K, Vellozo J, et al. Implementation of a comprehensive safer conception intervention for HIV-serodiscordant couples in Kenya: uptake, use and effectiveness. *J Int AIDS Soc* 2019; 22: e25261.
- xlix Schwartz SR, Bassett J, Mutunga L., Yende Nompumelelo, Mudavanhu M, Phofa R., Sanne I, Van Rie A. 2019. HIV incidence, pregnancy, and implementation outcomes from the Sakh'umndeni safer conception project in South Africa: a prospective cohort study. *Lancet HIV* 2019; 6: e438-46. [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018\(19\)30144-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018(19)30144-4)
- ¹ Volmink, J., Siegfried N., van der Merwe L, Brocklehurst, P. 2007. Antiretrovirals for Reducing the Risk of Mother-to-Child Transmission of HIV Infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4. Art. No.: CD003510. doi:10.1002/14651858. CD003510.pub2; WHO. 2006. 2006. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: towards universal access: Recommendations for a public health approach – versión de 2006*. Ginebra: OMS: 28.
- li Mandelbrot L, Tubiana R, Le Chenadec J, et al. No perinatal HIV-1 transmission from women with effective antiretroviral therapy starting before conception. *Clin Infect Dis* 2015;61(11):1715–25.
- lii OMS. 2021. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring. Ginebra.
- liii OMS. 2018. WHO recommendation: Elective C-section should not be routinely recommended to women living with HIV. Ginebra: OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272454/WHO-RHR-18.08-eng.pdf?ua>

^{liv} OMS. 2017. Consolidated Guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Ginebra: OMS: 64-65.

^{lv} OMS. 2021. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring. Ginebra: 298-301. Las mujeres que viven con VIH deben amamantar por al menos 12 meses y pueden continuar por hasta 24 meses o más (al igual que lo hace la población en general). Las mujeres y los proveedores médicos deben saber que, aunque se recomienda la lactancia exclusiva, recurrir a la alimentación combinada no es motivo para interrumpir la lactancia cuando se tomen antirretrovirales. Es mejor probar la lactancia por un período corto (menos de 12 meses) antes que no hacerlo nunca.

^{lvi} En contextos de renta alta, algunas directrices médicas indican consejería equilibrada para la alimentación del infante. Consulte, por ejemplo, las directrices de la British HIV Association (BHIVA) sobre la gestión del VIH en el embarazo y el posparto del año 2018 (2020 tercera actualización provisional). <https://www.bhiva.org/file/5f1aab1ab9aba/BHIVA-Pregnancy-guidelines-2020-3rd-interim-update.pdf>. Acceso: 13 de junio de 2022. Las redes de mujeres que viven con VIH también están desarrollando orientación y materiales educativos para apoyar la toma de decisiones informada sobre la alimentación de los infantes en contextos de renta alta. Ver por ejemplo 4MNetwork. 2020. "Infant Feeding for Women Living with HIV", <https://4mmm.org/resources/infant-feeding-for-women-living-with-hiv/>; The Well Project. 2021. "Can I breastfeed while living with HIV? An overview of infant feeding options" <https://www.thewellproject.org/hiv-information/can-i-breastfeed-while-living-hiv-overview-infant-feeding-options>. Acceso: 13 de junio de 2022.

^{lvii} OMS. 2021. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring. Ginebra: xxii.

^{lviii} ONUSIDA. Global Partnership. <https://www.unaids.org/en/topic/global-partnership-discrimination>

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a Tamil Kendall por esbozar este resumen técnico con la orientación del Secretariado de IPPF, Nihal Said, Nathalie Kapp, Manuelle Hurwitz, Eugenia López Uribe y a los revisores del International Medical Advisory Panel (IMAP): Arachu Castro y Raffaella Schiavon Ermani. También valoramos el trabajo de Sophie Dilmitis, Rosa González y Alice Welbourn por su mirada y los comentarios expertos.

Quiénes somos

La Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) es una organización global proveedora de servicios y defensora líder de la salud y los derechos sexuales y reproductivos para todas las personas. Somos un movimiento mundial de organizaciones nacionales que trabajan con y para las comunidades y los individuos.

IPPF

4 Newhams Row
London SE1 3UZ
United Kingdom

tel: +44 20 7939 8200
fax: +44 20 7939 8300
email: info@ippf.org
www.ippf.org

Organización benéfica registrada en el Reino Unido
n.º 229476

Publicación: Julio de 2022