

Salud Sexual y Reproductiva en mujeres viviendo con VIH en América- Latina y el Caribe, una cuestión de acceso

Gómez Suárez, Marcela^{1*}
Britto de Mello, Maeve²
Pérez Freddy³

¹ Universidad Nacional de Colombia/Doctorado Interfacultades en Salud Pública.
Bogotá –Colombia , magomezsu@unal.edu.co <mailto:magomezsu@unal.edu.co>

² Pan American Health Organization/STI Prevention- Department of Communicable Diseases
and Health Analysis, Washington DC, USA, DemelloM@paho.org

³ Pan American Health Organization/ HIV, Hepatitis, Tuberculosis and Sexually Transmitted Infections Unit,
Washington DC, USA, PerezF@paho.org

Resumen: Antecedentes: Para el año 2016, en América Latina y el Caribe (ALC) casi un millón mujeres convivían con VIH (MVIH). En países con epidemias concentradas los estudios muestran necesidades insatisfechas en salud sexual y reproductiva (SSR) para las MVIH dadas por barreras de acceso, información y provisión de servicios. En ALC aunque existen estudios individuales, el resumen de evidencia sobre el tema es escaso. Objetivo: sintetizar la evidencia existente en ALC sobre uso y acceso a SSR en MVIH. Métodos: revisión sistemática de la literatura de estudios mixtos. Búsqueda en MEDLINE, EMBASE, LILACS, INASP, POPLINE, SCOPUS. Dos revisores independientes evaluaron la calidad de los estudios y realizaron la inclusión siguiendo el flujograma PRISMA. Síntesis narrativa explicativa con medidas de asociación individual y categorías temáticas emergentes de análisis cualitativo. No se consideró apropiado realizar análisis de grupos o meta-análisis. Resultados: 18 estudios en 13 países para una población de 5.672 MVIH. Se encontró mayor uso del condón masculino como único método anticonceptivo OR =1.46 [1.26-1.69], menor uso de métodos duales OR=0.26 [0.22-0.31], más embarazos no planeados OR= 1.30 [1.02-1.66] y abortos inducidos OR=1.96 [1.60-2.39], mayor riesgo de esterilizaciones post-cesárea y mayor violencia intrafamiliar-institucional en las MVIH comparadas con mujeres sin esta condición. Conclusiones: Se presenta evidencia de ALC sobre las necesidades en SSR de las MVIH, las cuales es esencial abordar disminuyendo barreras, facilitando servicios y reduciendo el estigma y discriminación, de manera que accedan a servicios de SSR para tomar sus propias decisiones reproductivas, libres de violencia y coerción.

Palabras clave: Salud sexual y reproductiva, mujeres viviendo con VIH, transmisión perinatal de VIH, acceso a servicios de salud

INTRODUCCIÓN

Se calcula que al 2016, en América latina y el Caribe (ALC), cerca de 2.1 millones de personas convivían con VIH, de las cuales casi un millón eran mujeres [1] constituyendo un reto para los sistemas de salud dado que al encontrarse en su mayoría en edad reproductiva, la infección trasciende su ámbito individual aumentando el riesgo de embarazos no planeados y transmisión perinatal del virus (TPVIH).

En estudios realizados en Canadá y África, se evidencia que las mujeres que conviven con VIH (MVIH) tienen elevadas necesidades insatisfechas en salud sexual y reproductiva (SSR), altas prevalencias de abortos no seguros y embarazos no planeados que llegan a triplicar las cifras de la población general [2-3] factores que inciden directamente en las cifras de mortalidad materna y TPVIH. .

En países con epidemias generalizadas, especialmente de África se han hecho revisiones sistemáticas de la literatura sobre MVIH y las condiciones de acceso a los servicios de SSR [4-7]; estas revisiones son utilizadas para definir acciones en salud pública en ALC donde la epidemia se encuentra concentrada, dado que la evidencia local, aunque existente, se encuentra dispersa en estudios individuales en países donde la prevalencia es mayor como Brasil, Argentina y México [8-14]. Una revisión sistemática de la literatura que recoja evidencia de ALC permitiría comprender mejor la situación de las MVIH, de manera que los investigadores y los tomadores de decisiones puedan tener una idea integral para crear nuevas estrategias o enfocar las existentes incidiendo sobre las necesidades prioritarias en SSR adaptadas a la realidad de ALC.

I. MÉTODO

Revisión sistemática de la literatura de diseños mixtos [15]. Estudios cuantitativos, cualitativos y mixtos en inglés, español, francés, portugués limitada a 2004-2017 en MVIH, cuyos desenlaces estuvieran relacionados con uso y acceso a servicios de SSR. Se excluyeron estudios en poblaciones claves, países con epidemia generalizada y que no reportaran metodología como editoriales, cartas y comentarios. Estrategia de búsqueda para MEDLINE, EMBASE, LILACS, POPLINE, SCOPUS y búsqueda manual en publicaciones latinoamericanas. Dos revisores independientes evaluaron los títulos y resúmenes utilizando el instrumento STROBE [16], en caso de desacuerdo un tercer revisor definió la inclusión. Se obtuvieron en texto completo los estudios seleccionados y dos revisores evaluaron la calidad metodológica con el *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT)[17]. Para acuerdo se calculó Kappa de Cohen (K) para dos evaluadores independientes en *ReCal 2* [18]. La inclusión de los estudios se hizo siguiendo el flujograma PRISMA [19]. La síntesis utilizada fue narrativa explicativa para reunir el conocimiento de las diferentes aproximaciones metodológicas. Para la síntesis cualitativa se hizo análisis temático agrupando categorías y subcategorías emergentes. Simultáneamente se hizo la síntesis cuantitativa describiendo medidas de frecuencia y asociación (medias, medianas, OR) para establecer diferencias en los desenlaces que soportaran los hallazgos cualitativos y revelaran brechas de conocimiento. No se consideró apropiado realizar un análisis de grupos ni meta-análisis dada la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos.

II. RESULTADOS

A. Características de los estudios identificados

Se identificaron 751 títulos. Después de exclusiones, 146 seleccionados, 42 cumplieron criterios de calidad STROBE y fueron recuperados en texto completo. 12 adicionales fueron recuperados por contacto con los autores para un total de 54 estudios evaluados para determinar su calidad ($K=0.7$ para cuantitativos, $K=0.8$ para cualitativos y $K=0.6$ para mixtos). La síntesis final incluyó 18 estudios: diez cuantitativos, cuatro cualitativos y cuatro de metodología mixta de acuerdo con el flujograma PRISMA (Fig. 1).

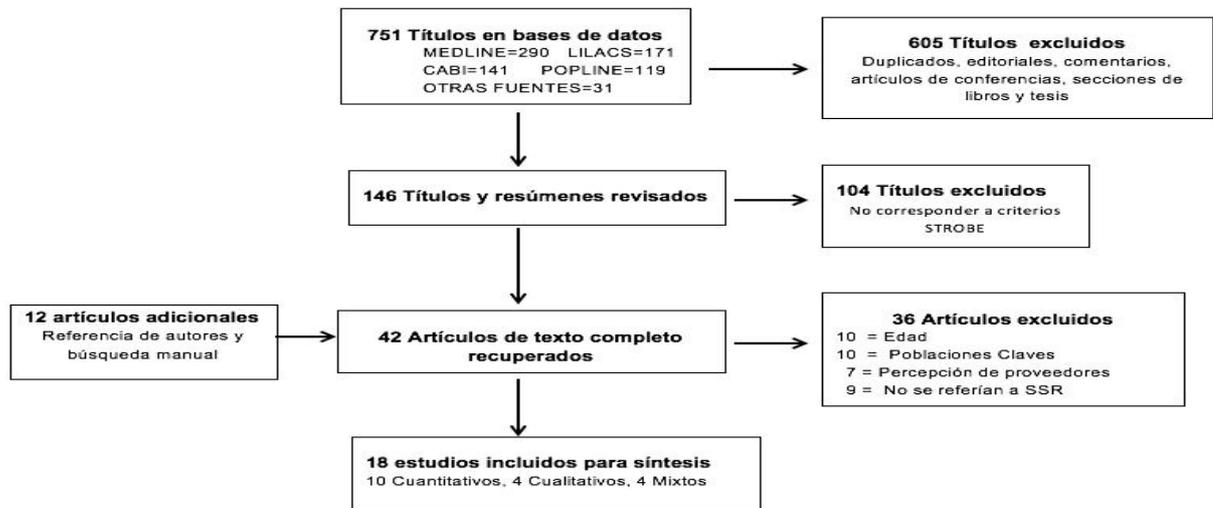


Figura 1. Flujograma PRISMA para identificación e inclusión de estudios

Los estudios incluidos representaron una población total de 5.672 MVIH en trece países, diez estudios en Sur América [8-13], [20,28,29,37], cinco en Centroamérica [14], [22-24], [27], dos en el Caribe [26,28] y un estudio multi-céntrico [32]. El diseño cuantitativo predominante fue corte transversal. Los diseños cualitativos usaron sustentación fenomenológica interpretativa y los mixtos exploración secuencial. En los estudios controlados, el grupo de comparación fueron mujeres sin la condición VIH (MNVIH). Todos los estudios fueron realizados en centros de tratamiento para VIH o servicios de medicina general.

Las características demográficas generales incluyeron un rango de edad de 25-35 años, escolaridad media-baja (5-7 años), paridad de por lo menos un hijo, trabajo informal, nivel de ingreso económico medio-bajo y escasas uniones maritales estables. Un estudio incluyó población indígena [9] pero en los demás las participantes fueron identificadas como blancas o mestizas.

B. Categorías temáticas y sub-temáticas

Se utilizó análisis temático para agrupar los desenlaces en tres categorías y cinco sub-categorías emergentes. Los resultados cuantitativos fueron resumidos en la forma de medidas de frecuencias y asociación. Los resultados cualitativos fueron sintetizados en forma narrativa. Un resumen de las categorías, subcategorías y las medidas cuantitativas se presenta en la Tabla 1.

Planificación familiar		%^a	LP^b	OR^c	IC 95%	p
Métodos anticonceptivos						
Barbosa [8]		-	60,00	1,50	[1,30-1,74]	<0.0001
Bulegon [11]		-	56,10	1,28	[1.11-1.40]	<0.001
Barbosa [9]		-	59,30	1,46	[1.26-1,69]	<0.001
Gogna [21]		73,70				
Barcello [9]		62,00				
Anticoncepción dual						
Bulegon [11]		8,90				
Barbosa [8]		-	23,00	0,3	[0.22-0.41]	
Kendall [14]		7,00				
Esterilización post-diagnóstico						
Barbosa [8]		-	66,80	2,02	[1.48-2.76]	
Bulegon [11]		-	60,30	1,52	[1.29-1.79]	
Hopkins [13]		-	82,40	4,7	[2.58-8.58]	
Olivera [20]		36,20				
Embarazo y aborto		%^a	LP^b	OR^c	IC 95%	p
Embarazo no planeado						
Aguilar [22]		-		8,78	[0.95-80.7]**	0,23
Bulegon [11]		-	56,00	1,3	[1.02-1.66]	
Barcello [10]		65,00				
Kendall [14]		67,00				
Gogna [21]		55,00				
Aborto inducido						
Bulegon [11]		-	79,70	3,93	[2.06-7.47]	
Barbosa [9]		-	66,20	1,96	[1.60-2.39]	
Friedman [12]		31,00				
Exposición a violencia		%^a	LP^b	OR^c	IC 95%	p
Violencia sexual e institucional						
Aguilar [22]		-	84,10	16,05	[4.35-59.8]	<0.0001
Barbosa [8]		-	59,50	1,47	[0.93-2.25]	

^a Porcentajes reportados en MVIH (estudios no controlados) ^b OR fueron convertidos en probabilidades implícitas para facilitar su comprensión $p=OR/1+OR$ ^c Estudios comparativos de MVIH y MNVIH

Tabla 1. Categorías/subcategorías temáticas con medidas de resultado cuantitativas

Planificación familiar

Métodos anticonceptivos - Nueve estudios exploraron este tema [9,11,14,21,23,25,26,27,30]. Tres en Brasil concluyeron que las MVIH usaban más el condón masculino como método único anticonceptivo que las MNVIH (60% vs 56%) [8,9,11]. Estos resultados se alinean con un estudio en Brasil (62%)[10] y otro en Argentina (74%) [21]. Para métodos diferentes del condón masculino se encontró bajo uso entre las MVIH entre 6.3% de utilización en Argentina [30] a 3.2% en México [24]. De la misma forma fue reportado un nivel muy bajo de conocimiento sobre anticoncepción de emergencia [30]. Los datos cualitativos mostraron como las MVIH no utilizaban opciones anticonceptivas por costo, poca información disponible y la pre-concepción que las mejores opciones anticonceptivas dentro de la condición VIH son los condones masculinos y/o la esterilización [13,25,27].

Anticoncepción dual - para métodos adicionales al condón masculino, los estudios mostraron cifras bajas de oferta y uso con 12%. en el Caribe [25] y menos del 7% en Argentina [21]. Además en Brasil [8] com-

parativamente entre MVIH y MNVIH el uso de estos métodos fue bajo (56% vs 60%). En el análisis cualitativo, la baja oferta y disponibilidad de métodos duales se daba por falta de coordinación y claridad en los servicios de salud sobre quién era el responsable de realizar el proceso de oferta [24]. Llamamos la atención los hallazgos de un estudio en el Caribe, donde, el 54% de los servicios para VIH ofrecían y tenían disponibilidad de métodos duales, pero el uso era menor al 7% relacionado con percepciones culturales sobre los anticonceptivos y la salud fuertemente arraigadas dentro de la población [27].

Esterilización quirúrgica - en Brasil, se realizaron dos estudios en condiciones similares con diez años de diferencia. En el 2005 encontraron mayor frecuencia de esterilizaciones entre las MVIH que en las MNVIH (82%) y que se realizaban tres veces más frecuentemente en el post parto inmediato [13]. Diez años después, los hallazgos fueron que tanto las MVIH como las MNVIH tenían altas necesidades insatisfechas de esterilización programada, pero que las MVIH continuaban siendo esterilizadas más frecuentemente durante la cesárea OR =2.02 IC 95%(1.48-2.76), fenómeno que relacionaron con las leyes de planificación familiar que hacían casi imposible conseguir el procedimiento fuera de la atención obstétrica [8]. En el 2017 el estudio de Oliveira y col. reportó 96% de esterilizaciones en MVIH realizadas en el post-parto inmediato, siendo la principal razón el temor a la TPVIH (39.6%) y la recomendación de los profesionales de la salud donde hacían ver erróneamente la esterilización como parte de las estrategias de prevención (31.3%).

Embarazo no planeado y aborto inducido- seis estudios sobre el tema fueron incluidos [9-13], [30]. En Brasil dos estudios encontraron mayor frecuencia de embarazos no planeados en MVIH que en MNVIH con rangos entre 56% a 70% [11]. Los resultados de Barcellos y col. mostraron como factores asociados a la ocurrencia de embarazos no planeados la menor edad OR=3.35 IC 95% (2.20-5.11), violencia OR= 2.24 IC 95% (1.75-3.33), menor escolaridad OR= 4.76 IC 95% (3.36-6.73) y pérdidas previas OR=3.4 IC 95% (1.4-8.4) [10]. También se evidenció que una mayor cantidad de embarazos no planeados terminaron en abortos inducidos en MVIH que en MNVIH OR=1.96 IC 95% (1.60-2.39) manteniéndose esta asociación después de ajustar por edad, paridad, escolaridad y número de compañeros sexuales [11]. Estos datos coinciden con los reportados por Barbosa y col, donde después de ajustar por edad las MVIH siguen teniendo un mayor riesgo de aborto inducido OR=1.96 IC 95% (1.60-2.39) [9] y Friedmann y col, donde 67.6% de embarazos no planeados terminaron con abortos por temor a TPVIH o como una sugerencia médica de terminar un embarazo por esta vía lo cual se considera un método inaceptable de anticoncepción [12].

Exposición a Violencia - en México se reportó un riesgo 74% mayor para sufrir violencia sexual e intrafamiliar en MVIH comparadas con MNVIH. Los principales factores de violencia fueron la revelación del estatus VIH a la pareja y la imposibilidad de negociación del uso del condón[22]. En seis estudios se discutió sobre violencia institucional con prácticas discriminatorias y coercitivas a las MVIH que producían presiones para condicionar su vida reproductiva [27]. Esta evidencia está soportada por estudios realizados en Honduras, Salvador, Nicaragua y Argentina donde las experiencias de violencia física, sexual y psicológica son narradas frecuentemente por las MVIH [20,21]. En Argentina y Brasil, los estudios indican que las MVIH que fueron diagnosticadas durante el control prenatal reportaron haber sufrido coerción por parte del personal de salud para tomar decisiones reproductivas [9,11,20], las cuales se relacionaron estrechamente con pre-concepciones tales como que el embarazo es una actitud “irresponsable” por parte de las mujeres así como el estigma y la discriminación que sufren por su condición VIH.

III. CONCLUSIONES

La vulnerabilidad diferencial que tienen las mujeres hacia el VIH ha sido estudiada en múltiples contextos encontrando que existen desventajas relacionadas con determinantes estructurales como la seguridad

económica y el nivel de educación entre otros [8, 32]. Las categorías temáticas que emergieron en esta revisión evidencian que en ALC estas mujeres, además de los factores estructurales ya anotados también enfrentan barreras para acceder a alternativas anticonceptivas y servicios de SSR basados en derechos limitando su capacidad para tomar decisiones sobre su vida reproductiva y su salud.

Una explicación para el bajo uso de anticoncepción dual en esta revisión puede ser que las MVIH no están recibiendo asesoría [10,23,28] y aunque los servicios de atención VIH generan una excelente oportunidad, existe una fragmentación de servicios [6,23] que diluye la responsabilidad, de manera, que para los servicios de VIH la asesoría debería darse en ginecología y para esta en las clínicas de planificación familiar, por lo que las MVIH terminan sin la posibilidad de acceso [14,26,32]. Esto, sumado a la poca información que reciben, genera una confusión de términos entre “sexo seguro” y “eficacia anticonceptiva” [11], por lo que siguen usando el condón como único método anticonceptivo con las dificultades e implicaciones culturales que tiene para su uso consistente y el riesgo de embarazos no planeados [12]. El condón es un elemento clave en la prevención de la transmisión del VIH así como de la reinfección, pero no está recomendado como método único para evitar los embarazos no planeados [8], por lo que se recomienda la anticoncepción dual, muy efectiva cuando es utilizada en forma consistente y soportada por estrategias de consejería, tal y como se viene haciendo en países con epidemia generalizada, experiencias que pueden ser adaptadas a la realidad de ALC y que implicarían una mejoría en la calidad de atención en los países de la región.

La anticoncepción definitiva es un tema controvertido dentro de las MVIH por los casos de esterilización forzada que han llegado a las cortes internacionales. El post-parto es un momento vulnerable para las MVIH, donde la toma de decisiones se ve afectada por el diagnóstico, haciendo que cambie la objetividad sobre los planes reproductivos aumentando la posibilidad a ceder a presiones para limitar la vida reproductiva sin que en ello haya mediado un deseo ni una decisión propia e informada y especialmente si la mujer conoció su diagnóstico VIH durante el embarazo [8]. Esta revisión evidenció que este procedimiento continúa siendo usado frecuentemente durante la cesarea como una recomendación errónea dentro de la cascada de prevención de TPVIH [9], fenómeno favorecido por vacíos de información especialmente en zonas rurales, donde este procedimiento se convierte en la única alternativa y envuelve prácticas inaceptables de discriminación y coerción en contra de las mujeres. Es evidente además la dificultad para obtener una esterilización programada por fuera de la atención obstétrica, por lo que las MVIH que desean el procedimiento y el personal de salud, al enfrentarse con barreras de acceso y remisión prefieren usar la infección durante el embarazo como argumento para flexibilizar las normas legales, mostrando nuevamente los prejuicios ocultos que envuelven los derechos de las MVIH para tomar decisiones reproductivas [13].

Esta revisión encontró cifras altas de embarazos post-diagnóstico, siendo la gran mayoría no planeados [9,14,38,32], y relacionados con factores de vulnerabilidad propios de la condición VIH y de disponibilidad de servicios de SSR, evidencia que debe servir como alerta sobre los procesos que se vienen desarrollando en la región sobre el tema para mejorar el acceso. La incidencia de abortos inducidos está relacionada directamente con los embarazos no planeados, especialmente donde el aborto es considerado un acto religioso y culturalmente inaceptable además de ser ilegal, como sucede en la mayoría de los países de ALC [44]. La revisión mostró que la decisión de los abortos inducidos estaba dada principalmente por el temor de TPVIH, lo cual genera un serio cuestionamiento sobre la información que se ofrece a las MVIH durante la consulta prenatal y la vulnerabilidad asociada [9, 11,26].

La violencia sexual e intrafamiliar en esta revisión se relacionó principalmente con la revelación del diagnóstico a la pareja y la familia, lo cual ha sido documentado en varios estudios [6] asociada con el estigma y la vergüenza que aun hoy en día permea las relaciones sociales y familiares en ALC [10,24]. Para

el caso de la violencia institucional, en esta revisión se pudo observar que aunque en los servicios VIH hay disponibilidad de medicamentos, entrega de condones gratuitos y una mejor atención que en el pasado [29], las MVIH no encuentran acceso a sesoría en SSR dada por la falta de integración de servicios, por lo que deben buscar atención para consejería anticonceptiva o atención prenatal en servicios diseñados para población general, donde todavía se enfrentan con asimetrías de poder establecidas por prestadores de salud que atentan contra sus derechos humanos y reproductivos y ponen en riesgo su salud [6, 10, 24,31].

La síntesis de los estudios incluidos representa una gran cantidad de evidencia, pero esta se ve limitada para hacer generalizaciones. Los estudios cuantitativos y mixtos con diseños observacionales de corte transversal tienen limitaciones en los procesos de selección y comparación de grupos aumentando el riesgo de sesgo. De la misma manera, dado que todos fueron realizados en servicios especializados de VIH no permiten aplicar los resultados a población que no asiste a estos servicios.

Aún a pesar de sus limitaciones, en nuestro conocimiento, esta es la primera revisión sistemática de este tema que incluye exclusivamente países de ALC, su valor radica en que permite una aproximación integral y una visión general sobre la situación en la región la cual puede servir para la toma de decisiones desde la realidad de ALC para diseñar nuevas estrategias o mejorar las existentes buscando disminuir las cifras de mortalidad materna y TPVIH, claves en el logro de los objetivos de desarrollo sostenible de los países de ALC, pero sobretodo para ayudar a mejorar la autonomía reproductiva y la calidad de vida de las MVIH.

REFERENCIAS

1. García P, Bayer A, Cárcamo C. The Changing Face of HIV in Latin America and the Caribbean. *Curr HiV/AIDS Rep.* 2014 Junio; 11(2): p. 146-157.
2. Kikuch K, Wakasugi N, Poudel K, Jimba M. High rate of unintended pregnancies after knowing of HIV infection among HIV positive women under antiretroviral treatment in Kigali, Rwanda. *Biosci Trends.* 2011 Dic; 5(6): p. 255-63.
3. Loutfy M, Raboud J, Wong J, Yudin M, Diong C, Blitz S, et al. High prevalence of unintended pregnancies in HIV-positive women of reproductive age in Ontario, Canada: a retrospective study. *HIV Med.* 2012 Feb; 13(2): p. 107-17.
4. Narasimhan M, Orza L, Welbourn A, Bewley S, Crone T, Vazquez M. Sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV: a global community survey. *Bull World Health Organ.* 2016 Abril; 94(4): p. 243-249.
5. Johnson M, Samaria A, Xi H, Valdez J, Hocqueloux L, Loutfy M, et al. Barriers to access to care reported by women living across 27 countries. *AIDS Care.* 2015; 27(10): p. 1220-30.
6. Anderson G, Caswell G, Edwards O, Hsieh A, Hull B, Mallouris C, et al. Community voices: barriers and opportunities for programmes to successfully prevent vertical transmission of HIV identified through consultation among people living with HIV. *J Int AIDS Soc.* 2012 Jul; 15(Suplemento 2).
7. Ramjee G, Daniels B. Women and HIV in sub-Saharan Africa. *AIDS research and Therapy.* 2013 Dic; 10(30).
8. Barbosa R, Giacomo T, Araujo A. Differences in the access to sterilization between women living and not living with HIV: results from the GENIH study, Brazil. *PLoS ONE.* 2016 Nov; 11(11).
9. Barbosa R, Araujo A, Seabra N, Filipe E, Villela W, Aidar T. Induced abortion in women of reproductive age living with and without HIV/Aids in Brazil. *Ciencia & Saude Coletiva.* 2009; 14(4): p. 1095-99.
10. Barcellos L, Bulegon F, Vigo A, Drachel L, Carvalho J, Riva D. Factor associated with post diagnosis pregnancies in women living with HIV in the south of Brazil. *PLoS ONE.* 2017; 12(2).
11. Bulegon F, Barcellos L, Vigo A, Dewey M, Riva D. Lifetime induced abortion: a comparison between women living and not living with HIV. *PLoS ONE.* 2014; 9(4).
12. Friedman R, Bastos F, Costa L, Veloso V, Moreira R, Vasconcelos A, et al. Pregnancy rates and predictors in women with HIV/AIDS in Rio de Janeiro, Southeastern Brazil. *Rev Saude Publica.* 2011; 45(2): p. 373-381.
13. Hopkins K, Barbosa R, Knauth D, Potter J. The impact of health care providers on female sterilization among HIV positive

- women in Brasil. *Social Science & Medicine*. 2005 Feb; 61: p. 541-554.
14. Kendall T. Falling short of universal access to reproductive health: unintended pregnancy and contraceptive use among Mexican women with HIV. *Culture, Health and Sexuality*. 2013; 15(Suplemento 2): p. 166-179.
 15. Pluye P. Combining the Power of Stories and the Power of Numbers: Mixed Methods Research and Mixed Studies Reviews. *Annu. Rev. Public Health*. 2014; 35: p. 29-45.
 16. von Elm E, Altman D, Egger M, Pocock S, Gotsche P, Vandenbroucke J. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *Epidemiology*. 2007 Nov; 18(6): p. 800-804.
 17. Pluye P, Robert E, Cargo M, Bartlett G, OCatain A, Griffiths F, et al. Proposal: a mixed methods appraisal tool for mixed studies reviews; 2011 [Accesado 2016 Nov 28. Disponible en :http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/84371689/MMAT_02011-06-29updated2014.08.21.pdf .
 18. Freelon D. dfreelon.org; 2014 [Accesado 2017 Sept 6. Disponible en: <http://dfreelon.org/utills/recalfront/> .
 19. The PRISMA group. <http://prisma-statement.org/Default.aspx>. [Online].; 2016 [cited 2017 May 15. Available from: <http://prisma-statement.org/documents/PRISMA%202009%20flow%20diagram.pdf> .
 20. Oliveira F, Kerr L, Fota A, Nobrega A, Bruno Z L, Kendall C, et al. HIV-positive women un northeast Brazil: tubal sterilization, medical recommendation and reproductive rights. *AIDS Care*. 2007 Nov; 19(10): p. 1258-1265.
 21. Gogna M, Pecheny M, Ibarlucía I, Manzelli H, Barron S. The reproductive needs and rights of people living with HIV in Argentina: health service users and providers perspectives. *Social science & Medicine*. 2009 Jul; 69: p. 813-820.
 22. Aguilar D, Pineirua A, Volkov P, Rodriguez P, Ramos U, Cabrera T, et al. Sociodemographic differences among HIV-positive and HIV-negative recently pregnant women in Mexico city. *Medicine*. 2017 May; 96(27).
 23. Chavez M. Cultural perception about unplanned pregnancy of pregnant women living with HIV. *Rev Chil Salud Pública*. 2016; 20(1): p. 29-35.
 24. van Dijk M, Wilson K, Silva M, Contreras X, Fukuda D, García S. Health care experiences of HIV-infected women with fertility desires in Mexico: a qualitative study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2014 May; 25(3): p. 224-232.
 25. Kendall T, Albert C. Experiences of coercion to sterilize and force sterilization among women living with HIV in Latin America. *J Int AIDS Soc*. 2015 Mar; 18.
 26. Allen C, Simon Y, Edwards J, Simeon D. Factors associated with condom use: economic security and positive prevention among people living with HIV/AIDS in the Caribbean. *AIDS care*. 2010 Nov; 22(11): p. 1386-94.
 27. McKinney, J.R., Halpern, M., Levison, J. Factors Influencing Use of Family Planning Services among HIV-positive Women in the PMTCT Program at Clínica de Familia La Romana in the Dominican Republic. *Sex Res Soc Policy*. 2013; 10 (3): 200-7.
 28. Kreitchmann R, Megazzini K, Melo V, Fernandes D, Watts H, Krauss M, et al. Repeat pregnancy in women with HIV infection in Latin America and the Caribbean. *AIDS care*. 2015; 27(10).
 29. Angarita I, Montoya P, Blanco A, R S, Chavarro C, Barreto E. Seguimiento a casos expuestos a la transmisión materno infantil del VIH y evaluación de la calidad del control prenatal. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, UNICEF, UNFPA; 2014.
 30. Gogna M. Pregnancy and Motherhood in the Narratives of Women with HIV Infection Living in the Metropolitan Area of Buenos Aires. In Liamputtong P, editor. *Women, Motherhood and Living with HIV/AIDS: A Cross Cultural Perspective*.: Springer Science + Media Dordecht; 2013. p. 47-60.
 31. O'Reilly K, Kennedy C, Fonner V, Sweat M. Family planning counseling for women living with HIV: a systematic review of the evidence of. *BMC Public Health*. 2013 Oct; 13(935).
 32. Coyne K, Desmond N. Sexual and Reproductive Health in HIV positive women: a dedicated Clinic improve services. *Int Journ of STD AIDS*. 2007 Jun; 18(6): p. 420-1.