



VOCES IGNORADAS

EXPERIENCIAS DE MUJERES CON EL VIRUS DEL ZIKA

COLOMBIA

CENTRO
DE
DERECHOS
| REPRODUCTIVOS



HARVARD
T.H. CHAN

SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

WOMEN AND HEALTH
INITIATIVE



Centro de Derechos Reproductivos

El Centro de Derechos Reproductivos (el Centro) es una organización legal internacional líder dedicada a la defensa de la salud reproductiva, la autodeterminación y la dignidad de las personas. Su misión es directa y ambiciosa: defender la salud y los derechos reproductivos como derechos humanos fundamentales, que todos los gobiernos alrededor del mundo están legalmente obligados a proteger, respetar y cumplir. El Centro, con sede principal en la ciudad de Nueva York, EE. UU., tiene oficinas regionales en África, Asia, Europa, América Latina y el Caribe.

La Escuela de Salud Pública T. H. Chan de Harvard | La iniciativa de Mujeres y Salud

La Iniciativa de Mujeres y Salud (W&HI, en inglés) en la Escuela de Salud Pública T. H. Chan de la Universidad de Harvard tiene como propósito apoyar los esfuerzos de las mujeres para lograr su potencial como proveedoras, tomadoras de decisión y lideresas en los sistemas de salud y, en consecuencia, prepararlas y comprometerlas con la defensa de la agenda de salud de las mujeres. La W&HI utiliza los recursos y la experticia de toda la Escuela de Salud Pública T. H. Chan y la comunidad general de la Universidad de Harvard, para desarrollar perspectivas interdisciplinarias y soluciones innovadoras a los desafíos que enfrentan las mujeres en la arena de la salud pública. La Iniciativa también junta a socios globales, entre ellos gobiernos, fundaciones, la industria privada, agencias multilaterales, organizaciones no gubernamentales e individuos comprometidos.

La Facultad de Derecho de Yale y la Escuela de Salud Pública de Yale | La Asociación para la Justicia Global en Salud

La Asociación para la Justicia Global en Salud (GHJP, en inglés) es un programa conjunto entre la Facultad de Derecho de Yale y la Escuela de Salud Pública de Yale que aborda problemas contemporáneos relacionados con salud global, derechos humanos y justicia social. La GHJP lidera un campo de estudio, enseñanza y práctica interdisciplinario e innovador que reúne a distintos líderes de opinión para colaborar en investigaciones, proyectos de política pública e intercambios académicos.

© 2018 Center for Reproductive Rights

Center for Reproductive Rights

199 Water Street, 22 Floor, New York, NY, 10038, USA

Las opiniones, denominaciones y recomendaciones presentadas en este informe no necesariamente reflejan la posición oficial del Centro de Derechos Reproductivos, la Universidad de Harvard o la Universidad de Yale. Las imágenes de este informe han sido alteradas digitalmente para evitar que los niños y las niñas sean identificados.

publications@reprights.org

reproductiverights.org

VOCES IGNORADAS

EXPERIENCIAS DE MUJERES CON EL VIRUS DEL ZIKA

COLOMBIA 

CENTRO
DE
DERECHOS
REPRODUCTIVOS

 **HARVARD**
T.H. CHAN
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

WOMEN AND HEALTH
INITIATIVE



CONTENIDO



Agradecimientos	4
Glosario	6
Prefacio	10
Resumen	11
Metodología	17
Antecedentes	18
Conclusión	34
Recomendaciones	36



Agradecimientos

Esta serie de reportes fue posible gracias al trabajo conjunto de los equipos de expertos/as en derechos humanos y salud pública liderados por el **Centro de Derechos Reproductivos (el Centro)** en asociación con la **Iniciativa de Mujeres y Salud (W&HI, en inglés)** en la **Escuela de Salud Pública T. H. Chan de Harvard** y la **Asociación por la Justicia Global en Salud (GHJP, en inglés)** de la **Facultad de Derecho de Yale** y la **Escuela de Salud Pública de Yale**.

Centro de Derechos Reproductivos (el Centro)

Sebastián Rodríguez Alarcón, Program Manager para América Latina y el Caribe, supervisó la conceptualización, investigación y publicación del informe; **Rachel Kohut**, pasante del Programa Legal Global, fue investigadora y editora; **Alejandra Cárdenas**, Directora Adjunta del Programa Legal Global, ayudó a guiar el contenido y la estructura, e hizo la revisión final del informe; **Emma Stoskopf-Ehrlich**, Asociada del Programa Legal Global, editó el informe en inglés. **Carmen Cecilia Martínez**, Gerente para América Latina y el Caribe, **Rodrigo Sandoval**, Coordinador de Comunicaciones para América Latina y el Caribe, y **Juan Felipe Riaño**, Coordinador de Programa para América Latina y el Caribe, editaron los reportes en español.

Se agradecen enormemente las contribuciones y reflexiones de **Catalina Martínez Coral**, Directora Regional para América Latina y el Caribe, y **Meera Shah**, Asesora de Incidencia Global. **Marie-Cassandre Wavre** y **Denise Babirye**, pasantes del Programa Legal Global, contribuyeron a la realización de este informe. **Sebastián Villamizar** tradujo al español los reportes de Respuesta Global y El Salvador. **Fabiano Tresbach Leal** tradujo al portugués el informe de Brasil.

Iniciativa de salud de las mujeres (WHI) en la Facultad de Salud Pública T. H. Chan de la Universidad de Harvard

Corey Prachniak-Rincón, científico visitante, fue el investigador principal y escritor; **Ana Langer**, directora de la W&HI y el Grupo de Trabajo de Salud Materna; y **Jacquelyn M. Caglia**, subdirectora de la W&HI y el Grupo de Trabajo de Salud Materna, brindaron experticia y asistencia técnica al informe. **Gabriel López**, estudiante de posgrado, llevó a cabo trabajo de campo y la investigación relacionada con el informe de Colombia.

Global Health Justice Partnership (GHJP), Yale Law School (YLS), and Yale School of Public Health (YSPH)

Christine Ricardo, becaria clínica y catedrática en derecho, desempeñó un papel crucial a lo largo del proceso de investigación, brindó experticia técnica y llevó a cabo trabajo de campo y la investigación en Brasil para el informe. **Alice Miller**, codirectora de la GHJP y profesora asociada de derecho, brindó experticia y supervisó el papel de la GHJP. Los estudiantes de la clínica de GHJP **Paige Baum** (ESPY, 2017), **Kelseanne Breder** (Divinity, 2018), **Andrea Espinoza** (ESPY, 2018), **Juliana Cesario Alvim Gomes** (FDY, 2017), **Hayden Rodarte** (FDY, 2019), y la Becaria Internacional Fox de la Universidad de Yale, **Shaadee Ahmadnia**, compilaron las revisiones, prepararon protocolos de estudio y llevaron a cabo y analizaron entrevistas con informantes y comunidades clave impactados por el virus del zika en Brasil y El Salvador.

Multimedia

Las fotografías fueron tomadas por **Victor Raison** en Colombia, **Alisson Louback** en Brasil, y **Juan Carlos** en El Salvador. **Erin Greenberg**, manager global de estrategias digitales, dirigió el video que acompaña este reporte. **Carveth Martin**, diseñadora y creativa en jefe, y **Gabriel Lee**, diseñador gráfico, diseñaron la portada y dieron dirección artística y asistencia de diseño.

Extendemos nuestro agradecimiento a las siguientes personas y organizaciones por facilitar y participar en la investigación en terreno: **Cristina Villarreal** de la Fundación Oriéntame y a la periodista **Alison Nikol Guerrero Rodríguez**.

Un agradecimiento especial a los informantes/as clave, quienes compartieron sus perspectivas y conocimientos, y a las mujeres que compartieron sus experiencias con la epidemia del Zika. Finalmente, agradecemos a lo/as legisladores, experto/as técnicos y profesionales que participaron en el trabajo de campo que se realizó para este reporte en Colombia.

Glosario

Adolescentes: personas entre las edades de 10 y 19 años según lo definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

***Aedes Aegypti*:** mosquito que puede propagar los virus del dengue, Chikunguña, Zika y Mayaro, así como la fiebre amarilla y otras enfermedades.

Asamblea General de las Naciones Unidas: la Asamblea General es uno de los seis órganos principales de la ONU y el único en el que todos los Estados Miembros tienen igual representación. Todos los 193 Estados Miembros están representados en este foro para discutir y trabajar en conjunto sobre una serie de asuntos internacionales cubiertos por la Carta de las Naciones Unidas, tales como desarrollo, paz y seguridad, derecho internacional, etc.

Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC/CCPEEU): principal instituto nacional de salud pública de los Estados Unidos.

Comentario general/Recomendación: una interpretación comprensiva de un artículo de un tratado publicado por el respectivo órgano de tratado de las Naciones Unidas (ver definición más adelante).

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH): órgano autónomo de la Organización de Estados Americanos (OEA, ver definición más adelante), que fue creado para promover el cumplimiento y la defensa de los derechos humanos en las Américas. Su mandato se encuentra en la carta de la OEA y la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas: órgano intergubernamental de las Naciones Unidas, compuesto por 47 Estados responsables de la promoción y protección de los derechos humanos alrededor del mundo.

Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH): convención regional que promueve y protege los derechos humanos en las Américas; fue adoptada en San José, Costa Rica el 22 de noviembre de 1969 (también conocida como Pacto de San José).

Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (CIETFDPCD): instrumento regional comprometido con la eliminación de la discriminación en todas sus formas y manifestaciones contra las personas con discapacidad, que fue aprobado el 7 de junio de 1999.

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (CIPSEVM): convención que fue aprobada en 1994, que reglamenta la obligación de un Estado de prevenir, sancionar y eliminar la violencia contra las mujeres en las Américas (también conocida como la Convención de Belém do Pará).

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW/CETFCM): tratado

internacional que defiende los derechos humanos de la mujer. Aprobado en 1979 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ver definición más adelante), que a menudo se describe como una declaración internacional de derechos para las mujeres.

Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD): convención y protocolo opcional destinado a proteger los derechos y la dignidad de las personas que viven con alguna discapacidad. Aprobado el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ver definición más arriba) y es ratificado por 174 países.

Convención sobre los Derechos del Niño (CDN): tratado internacional que defiende los derechos humanos de los niños. Aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ver definición más adelante) el 20 de noviembre de 1989. Es el tratado más ampliamente ratificado del mundo (195 países).

Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH): corte internacional que opera bajo los auspicios de la Organización de Estados Americanos, que deriva su mandato de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Entró en vigor en 1979 y tiene siete jueces independientes. Entre otras cosas, la Corte escucha las quejas contra los Estados y emite fallos en casos específicos de violaciones de los derechos humanos.

Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH): declaración adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ver definición más adelante) el 10 de diciembre de 1948, que consta de 30 artículos que definen el significado de los derechos humanos fundamentales que aparecen en la Carta de las Naciones Unidas, la cual es vinculante para todos los Estados miembros.

Derecho Internacional: cuerpo de normas jurídicas y normas definidas y aplicadas por los Estados nación a nivel internacional que se rigen por los tratados, el derecho consuetudinario y los principios generales del derecho.

Emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII): declaración formal del Comité de Emergencias de la Organización Mundial de la Salud (ver definición más adelante) bajo el amparo del Reglamento Sanitario Internacional, que señala una crisis de salud pública de alcance global potencial (conocido como una «emergencia sanitaria mundial» a lo largo de este informe).

Endémica: enfermedad que existe permanentemente en una región o población.

Epidemia: brote de una enfermedad que ataca a un gran número de personas dentro de una población al mismo tiempo y que tiene el potencial de propagarse a través de una o varias comunidades.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): agencia de la ONU que trabaja para proteger y defender los derechos de todos los niños y las niñas.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU): agencia de la ONU dedicada a financiar y apoyar programas de salud reproductiva y población en países de ingresos bajos y medianos.

Índice de Desarrollo Humano (IDH): estadística compuesta de indicadores de esperanza de vida, educación e ingreso per cápita que se utiliza para clasificar a los países en cuatro niveles de desarrollo humano.

Microcefalia: malformación congénita que da como resultado un tamaño de la cabeza más pequeña de lo normal al nacer o que se desarrolla dentro de los primeros años de vida. Esta condición también se ha asociado con otros defectos de nacimiento y afecciones neurológicas, como el Síndrome congénito por el virus del Zika.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH): agencia de las Naciones Unidas que promueve y protege los derechos humanos garantizados bajo el derecho internacional.

Organización de las Naciones Unidas (ONU): una organización intergubernamental establecida con el objetivo de promover la cooperación internacional, así como crear y mantener el orden internacional.

Organización de los Estados Americanos (OEA): cuerpo intergubernamental del hemisferio occidental compuesto de 35 países. Todos los miembros deben ratificar la Carta de la OEA, que tiene como objetivo fortalecer la cooperación y promover el avance de intereses comunes, incluida la democracia y los derechos humanos.

Organización Mundial de la Salud (OMS): agencia de la ONU dedicada a investigar y promover la salud pública en todo el mundo.

Organización no gubernamental (ONG): organización sin ánimo de lucro que es independiente de los gobiernos y las organizaciones gubernamentales internacionales.

Organización Panamericana de la Salud (OPS): agencia internacional de salud pública dedicada a trabajar en el mejoramiento de la salud y los estándares de vida de los pueblos de las Américas.

Órganos de Tratados de las Naciones Unidas: comités de las Naciones Unidas que supervisan el cumplimiento gubernamental de los principales tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas. Si bien estos órganos no son judiciales, influyen los gobiernos mediante la presentación de observaciones políticas específicas sobre el progreso y cumplimiento de las obligaciones de derechos humanos de un Estado. También presentan recomendaciones generales, que no son específicas a ningún país, sino que proporcionan

orientación específica sobre cómo los Estados pueden aplicar mejor una disposición o disposiciones de un tratado. En ciertas circunstancias, algunos de estos órganos también tienen el mandato de decidir la responsabilidad de un Estado por las denuncias individuales de violaciones.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR, en inglés): tratado multilateral adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ver definición arriba) el 16 de diciembre de 1966, que ha sido ratificado por 165 países.

Pandemia: epidemia que se propaga a nivel mundial.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD): agencia de la ONU que trabaja para erradicar la pobreza y reducir la desigualdad a través del desarrollo sostenible.

Reglamento Sanitario Internacional (RSI): instrumento legal internacional que es vinculante para 196 países en todo el mundo, incluidos todos los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (ver definición más adelante).

Relator/a Especial de la ONU: experto independiente designado por el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (ver definición arriba) para investigar, supervisar, y recomendar soluciones a problemas de derechos humanos. Esta persona no se compensa económicamente.

Síndrome Congénito por el virus del Zika (CSZ): patrón de complicaciones que se presentan únicamente en fetos e infantes infectados con el virus del Zika antes del nacimiento. Se define por cinco características: (1) microcefalia grave en la que el cráneo se colapsa parcialmente, (2) tejido cerebral disminuido con un patrón específico de daño cerebral, que incluye calcificaciones subcorticales, (3) daño en la parte posterior del ojo, incluidas cicatrices maculares y manchas pigmentarias de la retina pigmentaria, (4) contracturas congénitas, como el pie equinovaro, y (5) hipertonía que restringe el movimiento del cuerpo poco después del nacimiento.

Síndrome de Guillain-Barré (SGB): condición en la cual el sistema inmune ataca los nervios de una persona.

Vector: organismo, típicamente un mosquito o garrapata mordedora, que transmite una enfermedad o parásito de un animal o planta a otro.

Virus del Zika: arbovirus que típicamente se presenta con síntomas leves como fiebre, dolor de cabeza, erupción y dolor muscular o articular que dura típicamente de dos a siete días, pero que también puede ser asintomático. El Zika se transmite principalmente a través del *Aedes aegypti*, mosquito activo por un día, que se encuentra en las regiones tropicales. El virus también se puede transmitir a través de las relaciones sexuales y durante el embarazo de una mujer al feto. Hasta la fecha, hay no hay tratamiento específico o vacuna actualmente disponible.





Centrale



PUNTO DE
HIDRATACIÓN

PULS FOG

Prefacio

Esta serie de reportes tiene tres objetivos: en primer lugar, presentar y evaluar los diversos impactos que el virus Zika ha tenido en la vida reproductiva de las mujeres que viven en Brasil, Colombia y El Salvador. En segundo lugar, estos reportes pretenden analizar la respuesta mundial a la epidemia de Zika a través de la salud pública y los derechos humanos; en última instancia, se espera mostrar que se ha encontrado una desconexión entre las políticas mundiales, nacionales y locales a la crisis y a las realidades que enfrentan las mujeres, sus hijos e hijas, familiares y cuidadores. Por último, a través de las historias personales de mujeres afectadas por el Zika, estos reportes esperan poner de relieve la dimensión de género de la epidemia y el efecto desproporcionado que tuvo en niñas y mujeres en América Latina y el Caribe.

Casi un año después de que los y las expertas en salud pública dieran la alarma sobre el brote de Zika, un equipo multidisciplinario de expertas y expertos en derechos humanos y salud pública del Centro de Derechos Reproductivos (el Centro), la Iniciativa de Mujeres y Salud (W&HI, en inglés) de la Escuela de Salud Pública T. H. Chan de la Universidad de Harvard y la Asociación para la Justicia Global en Salud (GHJP, en inglés) de la Universidad de Yale, comenzaron a utilizar un enfoque interdisciplinario para investigar la epidemia.

Se entrevistó a un grupo diverso de grupos interesados, los cuales estaban todos familiarizados o involucrados con la respuesta nacional, regional y mundial a la epidemia de Zika. Nuestro/as entrevistado/as provienen de una amplia gama de contextos: investigación y academia, medios de comunicación, sector de la salud, gobiernos locales y nacionales, organizaciones internacionales y sociedad civil.¹ Más importante para nuestra investigación, sin embargo, fueron las entrevistas realizadas con mujeres directamente afectadas por el virus, las personas que viven con el Zika, en riesgo de contraerlo, o que decidieron continuar con un embarazo después de haber sido infectadas con el Zika. Esta serie de reportes busca llevar sus voces a la vanguardia de la discusión sobre la epidemia del Zika para que sus experiencias pueden informar futuros debates en torno a respuestas mundiales a las crisis de salud pública.

Esta investigación es única ya que integra un marco de salud pública y de derechos humanos en el análisis de la epidemia del Zika. Este doble enfoque proporciona una comprensión más holística de la crisis del Zika y destaca el papel que ha tenido la desigualdad estructural en exacerbar la epidemia y amplificar su impacto, particularmente con respecto al derecho de la mujer a ejercer su derecho de toma de decisiones de manera informada y autónoma.



Resumen

Colombia ocupa el segundo lugar después de Brasil en términos del número de casos notificados con más de 108.537 casos confirmados o sospechas de Zika a noviembre de 2017². El brote de Zika en Colombia comenzó oficialmente en octubre de 2015 cuando se confirmaron nueve casos mediante pruebas de laboratorio³. El número de casos nuevos notificados alcanzó su punto máximo en febrero de 2016, momento en el que el número de casos por semana llegó a más de 6.000⁴.

A enero de 2016, funcionarios en Colombia habían advertido a las mujeres retrasar el embarazo hasta dos años⁵. En respuesta a estas advertencias en Colombia y Brasil, en febrero de 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió una declaración pública expresando que la epidemia de Zika era una emergencia de salud pública de preocupación internacional⁶. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CCPE) de la OMS siguieron este anuncio aconsejando a las mujeres embarazadas que no viajaran a los más de 45 países donde el Zika estaba presente, hacerse exámenes si habían viajado a estas regiones y abstenerse de tener relaciones sexuales sin protección con parejas que hubieran visitado estas regiones⁷. A pesar de estas medidas preventivas generales iniciales, a partir de marzo de 2017, más de 70 países y territorios alrededor del mundo han reportado evidencias de transmisiones del Zika por medio de mosquitos⁸.

En noviembre de 2016, debido a que el número de casos de Zika disminuyó, la OMS declaró el fin del estado de emergencia internacional de la epidemia. Sin embargo, algunos experto/as en salud pública se mostraron preocupados porque la pérdida de este estado de emergencia podría reducir la prioridad de los esfuerzos del estado para responder con eficacia y eficiencia a la epidemia⁹. En respuesta a esta preocupación, el Dr. Peter Salama, director ejecutivo del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, dijo: “No estamos degradando la importancia del Zika”. Estamos enviando el mensaje de que el Zika llegó para quedarse y que la respuesta de la OMS también llegó para quedarse”¹⁰. Sin embargo, a pesar de la aclaración de la OMS, los gobiernos de los países afectados por el Zika no interpretaron así el mensaje. A pesar de la continua aparición de nuevos casos, más de 600¹¹ por semana, el gobierno colombiano declaró el fin de la epidemia en julio de 2016.

La evidencia sugiere que la retracción de la OMS y del gobierno colombiano de la epidemia se podrían haber emitido demasiado pronto. De hecho, el número de personas infectadas demuestra una epidemia creciente. El impacto a largo plazo del virus sigue siendo poco conocido, y los gobiernos y autoridades sanitarias siguen ignorando las experiencias de las mujeres y sus familias.

¿Cuáles son las consecuencias del Zika?

El Zika se transmite principalmente por un mosquito infectado de la especie *Aedes*, pero también por transmisión sexual o puede pasar de una mujer embarazada a su feto.¹² Un feto infectado con Zika puede desarrollar complicaciones prenatales, como microcefalia y/o síndrome congénito por el virus del Zika¹³. Hasta la fecha, no hay vacuna o medicina para prevenir o tratar el Zika, y las herramientas de diagnóstico siguen siendo implementadas sin consistencia en las regiones infectadas¹⁴.

La comunidad médica continúa explorando las repercusiones del Zika alrededor del mundo y ha encontrado que además de microcefalia, se han reportado otras complicaciones en los y las niñas afectados por el Zika. Por ejemplo, los y las niñas pueden experimentar convulsiones musculares o articulares, lo que les impide moverse



y mantener equilibrio, o pueden experimentar retrasos en el desarrollo, la visión y alteraciones en la audición o pies con deformidades.¹⁵ Estas complicaciones pueden variar de leves a severas, e incluso pueden ser potencialmente mortales.¹⁶ Debido a que es difícil predecir desde el nacimiento qué problemas puede desarrollar un bebé a partir de la microcefalia, es importante que un profesional de la salud entrenado supervise de cerca a estos niños y niñas durante los primeros años de sus vidas¹⁷. Desafortunadamente, hasta la fecha, no se conoce una cura o tratamiento estándar para las complicaciones relacionadas con el Zika¹⁸.

La respuesta del gobierno colombiano a la epidemia demostró una falta de consideración hacia las experiencias de las mujeres y de sus hijas e hijos nacidos con discapacidades como resultado del virus. Si bien el gobierno diseñó estrategias de control de mosquitos para mitigar la propagación del Zika y aconsejó a las mujeres a posponer el embarazo, este enfoque no integró adecuadamente una perspectiva de derechos humanos y por lo tanto hizo poco para mejorar las complicaciones resultantes de la epidemia.

Muchos experto/as en salud pública entrevistados para este informe criticaron la priorización que hizo Colombia del control de vectores como un medio para manejar la propagación del Zika por suprimir otras estrategias preventivas, como los servicios integrales de salud sexual y reproductiva, la protección social para niñas y niños con discapacidades y las mejoras en el agua y el saneamiento de la infraestructura.

Las recomendaciones de cómo tratar el Zika también variaron dependiendo de la audiencia. Mientras que a los/as turistas de los países del hemisferio norte se les recomendó no viajar a países de América Latina con casos reportados de Zika, a las mujeres en condiciones de pobreza que viven en áreas infectadas en Colombia simplemente se les dio la instrucción de evitar quedar embarazadas.¹⁹ Sin embargo, estas advertencias no fueron acompañadas por información sanitaria adecuada o servicios que permitan a las mujeres a tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva. En lugar de recibir las herramientas necesarias para pasar por la epidemia, con frecuencia las mujeres en Colombia se encontraron con violencia, estigmatización y criminalización cuando buscaron servicios de salud reproductiva, en caso de que estuvieran disponibles²⁰.

Resultados

La investigación reveló que las mujeres en Colombia encontraron muchas barreras para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos y que las normas e inequidades transversales de género ponían serias limitaciones en las opciones para las mujeres de bajos ingresos que viven en áreas remotas y rurales. A pesar de eso, poco después de que la OMS declarara la emergencia sanitaria mundial, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos ratificaron la importancia de los derechos sexuales y reproductivos como parte de la respuesta mundial al Zika²¹. No obstante, esta investigación indicó que las campañas de salud pública



relacionadas con el Zika o las respuestas del gobierno en Colombia carecían de lenguaje que afirmara los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, mostrando la desconexión entre las respuestas global y nacional.

Planificación familiar y acceso a la información

La capacidad de una mujer para controlar la planificación familiar era un desafío crítico para responder a las amenazas planteadas por el Zika. Por ejemplo, a menudo se señaló el costo como una barrera para acceder a la anticoncepción, así como las largas distancias de viaje a las clínicas, ya que dificultaban e incluso hacían imposible el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Muchas mujeres entrevistadas indicaron que había ambigüedad en los mensajes del gobierno y que a menudo no estaban seguras o incluso desconocían los riesgos asociados con el Zika²². Además, se encontró que los/as médicos/as también tenían dificultad para dar a las pacientes la información requerida y religiosamente imparcial que necesitaban según su comprensión del Zika, que sigue siendo relativamente limitada.

Se encontró que en Colombia también había marcadas diferencias en acceso a métodos anticonceptivos entre las zonas urbanas y las zonas rurales. En las zonas rurales, las mujeres enfrentan muchas barreras geográficas, tales como viajes largos a centros de salud de calidad o en las que pudieran acceder a anticoncepción de forma anónima y variaciones en la calidad de acceso, incluyendo información incompleta o inexacta o falta de acceso a formas de anticoncepción a largo plazo²³.

En las entrevistas, se les preguntó a cuatro mujeres en riesgo de contraer el Zika si se habían enfrentado a barreras en el acceso a métodos anticonceptivos: tres respondieron de forma afirmativa. Una entrevistada dijo que no había podido encontrar el anticonceptivo inyectable con un proveedor del sector público; otra dijo que el coste constituyó un desafío para acceder al anticonceptivo; y la tercera dijo que solo era asequible con seguro médico y que otros tipos de anticonceptivos están por fuera de su alcance debido a su costo. Varias de las mujeres entrevistadas también dijeron que habían usado la anticoncepción en el pasado para planificación familiar, practicar relaciones sexuales seguras o ambas, pero no la habían utilizado específicamente para evitar el embarazo durante la crisis del Zika.

Acceso al aborto

El aborto es legal en Colombia bajo tres circunstancias: (1) cuando la continuación del embarazo presenta un riesgo físico o mental para la vida y/o la salud de la mujer, (2) cuando el feto tiene una malformación fatal que hace la vida inviable fuera del útero, o (3) cuando el embarazo es el resultado de una violación, incesto o inseminación sin consentimiento²⁴. Sin embargo, no siempre es fácil para las mujeres acceder a servicios de aborto. Los y las profesionales de la salud, los planes de seguro y los entornos médicos con frecuencia se niegan a brindar atención a las mujeres debido a sus convicciones religiosas personales, lo que constituye



un uso indebido de las leyes de objeción de conciencia. Otra barrera que las mujeres enfrentan es la falta de información disponible sobre el alcance legal del aborto en Colombia. Por ejemplo, los dos médicos entrevistados que brindaban servicios de aborto en clínicas públicas y privadas, mencionaron la falta de información adecuada como una barrera importante para acceder al servicio.

Otra barrera importante para que las mujeres accedan al aborto en Colombia es encontrar proveedores que no solo estuvieran dispuestos a proporcionar información precisa, sino que pudieran realizar un aborto. Los proveedores de servicios de aborto que entrevistamos expresaron que hay muy pocos/as médicos/as que realizan el procedimiento, y que las mujeres a menudo terminaron en sus consultorios después de haber buscado de manera infructuosa en otros lugares²⁵. Muchos planes de seguro médico también retrasan la aprobación del procedimiento y tratan de dificultar que las mujeres usen su cobertura para pagarlo; como resultado, encontramos que el derecho de una mujer a tener un aborto cubierto por su seguro es más un derecho en la teoría que en la práctica²⁶.

Derechos de los niños y las niñas con discapacidades

La inclusión social y el acceso a mecanismos de apoyo fueron algunas de las preocupaciones principales de las familias de niños y niñas con discapacidad. Para empezar, típicamente estas familias se encuentran en situación de desventaja socioeconómica, lo que hace más difícil la responsabilidad adicional de cuidar a una niña o un niño con necesidades especiales. En países sin sistemas de cubrimiento universal de salud ni apoyo para el bienestar social integrado, las niñas y los niños con discapacidades y quienes cuidan de ellos son particularmente vulnerables. Hasta el momento, no se han anunciado programas a largo plazo en Colombia para apoyar específicamente a los menores que nacen con complicaciones de salud relacionadas con el Zika.

Derechos económicos y sociales de las mujeres, familias, niños y niñas

Como ocurre con muchas otras enfermedades infecciosas, la propagación y el impacto del Zika están vinculados a las desigualdades sociales y económicas en las Américas²⁷. La OMS ha señalado que “el peso de Zika recae sobre los pobres... en ciudades tropicales en países en desarrollo, los pobres carecen de aire acondicionado, mosquiteros para las ventanas o incluso repelente de insectos”²⁸. Además, el acceso a servicios de salud reproductiva, como la anticoncepción y el aborto son más difíciles para aquellas que enfrentan exclusión socioeconómica.

Durante las visitas in situ en el departamento costero del Magdalena, en la parte norte de Colombia, se observaron drenajes abiertos no tratados y alcantarillados pluviales que creaban charcos insalubres cerca de las comunidades de las mujeres directamente entrevistadas. Se decía que estas áreas tenían un acceso deficiente al agua y al saneamiento y estaban ubicadas en un pantano, lo que dificultaba el control de los mosquitos en la zona. Esta investigación encontró que la falta de inversión gubernamental en infraestructura para el agua y el saneamiento empeoró las condiciones que causaron la proliferación de mosquitos, lo que aceleró la propagación del Zika.

Se encontró que en casi todos los casos las mujeres eran las principales cuidadoras de los niños y las niñas nacidos con discapacidades relacionadas con el Zika, teniendo más responsabilidades asociadas en comparación con los hombres. Se documentaron las historias de mujeres que debieron abandonar su empleo o sus estudios debido a la cantidad de tiempo que debían dedicar a cuidar de sus hijos/as. Las mujeres también reportaron con frecuencia que necesitan viajar por horas para llevar a sus hijas e hijos a terapias y compartieron cómo lucharon por acceder a medicamentos, tratamientos y equipos médicos necesarios para cuidar de ellos/as.

Obligaciones del gobierno en materia de derechos humanos

Un enfoque basado en derechos humanos del virus Zika requiere como mínimo:



Acceso a información integral y de calidad sobre el virus, sus riesgos y las opciones disponibles en materia de salud reproductiva para garantizar la toma de decisiones informada y autónoma



Acceso a servicios integrales de salud reproductiva, incluyendo servicios de anticoncepción, salud materna de calidad y servicios de aborto



Provisión de acomodaciones razonables, incluyendo planes de bienestar, que garanticen la plena inclusión y desarrollo de los niños y niñas con discapacidad, que a su vez facilitará la labor de las familias y cuidadores



La protección del derecho a un nivel de vida adecuado mediante la provisión de acceso suficiente, seguro, aceptable, físicamente accesible y asequible al agua para uso personal y doméstico

La recomendación del gobierno colombiano a las mujeres de no quedar embarazadas como una forma de sobrellevar la epidemia del Zika era problemático y causó preocupación en materia de derechos humanos. Los gobiernos no pueden aconsejar a las mujeres evitar o retrasar un embarazo sin tener en cuenta la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud reproductivas que les permitan ejercer este control sobre sus vidas y sus cuerpos. Por otra parte, poner la carga de la anticoncepción en las mujeres solo perpetúa el estereotipo de que solo ellas son responsables de la planificación o prevención del embarazo.

Además de la anticoncepción, los gobiernos deben garantizar que las mujeres, las niñas y los niños con discapacidades y sus cuidadores tengan acceso razonable a educación, salud, recursos financieros y otros factores sociales. Sin embargo, la investigación encontró que los gobiernos rara vez consideraban la perspectiva de los derechos de las personas con discapacidad en las áreas afectadas a pesar del aumento de las niñas y los niños que nacen con complicaciones relacionadas con el Zika.

Colombia es un Estado signatario de diversos tratados internacionales de derechos humanos que protegen los derechos fundamentales de las mujeres, los derechos de las personas con discapacidad, el derecho al agua y el saneamiento y el derecho al nivel más alto posible de salud, entre otros derechos económicos y sociales. Bajo el derecho internacional de los derechos humanos, los países deben dar prioridad a la autonomía y autodeterminación de las mujeres garantizando su derecho a información completa y a servicios de salud reproductiva²⁹. Colombia también tiene la obligación legal de proporcionar apoyo, formación y servicios necesarios para la crianza de niñas o niños con discapacidad³⁰. Según lo establecido en la Constitución colombiana, los derechos otorgados por tratados internacionales en los que Colombia participe forman parte del derecho constitucional del país³¹. Por lo tanto, como signatario de estos instrumentos internacionales y regionales, Colombia debe trabajar para respetar, proteger y cumplir estos derechos humanos³².

Conclusión

La epidemia del Zika en América Latina expuso la estigmatización de los derechos reproductivos en Colombia y resaltó la necesidad de asegurar el acceso a anticoncepción y a servicios de aborto legal y seguro como medio de planificación familiar. El Zika no solo exacerbó la necesidad de estos derechos en los países afectados, sino que también puso en evidencia las insuficiencias y las desigualdades existentes en las leyes, tanto en su redacción, como en su ejecución.

Desafortunadamente, la investigación encontró pocas señales de que en Colombia se esté trabajando en implementar cambios duraderos para abordar las deficiencias del sistema de salud para proteger adecuadamente la salud reproductiva de la mujer y los derechos de las personas con discapacidad. Aunque las necesidades insatisfechas de las niñas y los niños con discapacidades será sin duda el impacto más duradero de las muchas consecuencias del Zika, lamentablemente esto no ha sido tenido en cuenta en la respuesta del gobierno a la epidemia.

A pesar de que sigue existiendo la posibilidad de que surjan cambios positivos en la legislación y las políticas a medida que el gobierno y la ciudadanía reflexionan sobre la epidemia de Zika y su impacto, esto parece cada vez más improbable debido a que las historias detalladas en este reporte resaltan el alcance limitado de la consideración de las perspectivas de las mujeres durante el brote. A través de sus testimonios, se ha hecho evidente que el gobierno colombiano no aseguró adecuadamente que las mujeres tuvieran las herramientas necesarias para tomar decisiones informadas sobre sus vidas reproductivas ni se aportaron los recursos para cuidar de las niñas y niños nacidos con complicaciones relacionadas con el Zika, lo que exacerbó aún más las desigualdades existentes.



Metodología

En enero de 2017, se entrevistaron nueve mujeres que habitan en la Costa Atlántica colombiana, región con una alta prevalencia del Zika. Cinco de las entrevistadas estaban embarazadas y en riesgo de contraer el Zika dada la región en la que viven. De estas mujeres, tres provenían de Maracaibo, una zona de bajos ingresos en el municipio de Ciénaga en el departamento del Magdalena, y dos eran de Tasajera, un área remota de Ciénaga. Las posibles entrevistadas fueron identificadas a través de consultas informales entre residentes locales, buscando específicamente mujeres en edad reproductiva que estuvieran embarazadas o no y que estuvieran dispuestas a hablar sin la presencia de investigadores. La elegibilidad de cada entrevistada fue confirmada posteriormente con base en conversaciones con mujeres identificadas inicialmente en sus lugares de residencia.

Además de las cinco mujeres embarazadas que se entrevistaron, también hubo conversaciones con dos madres que habían sido diagnosticadas con Zika, una pareja de casados que vivía en la ciudad de Ciénaga cuyo hijo había nacido con microcefalia, y una mujer en edad reproductiva que vivía en la ciudad de Barranquilla cuyo hijo no había sido diagnosticado con ninguna complicación relacionada con el Zika hasta el momento.

Los investigadores también entrevistaron a 10 personas pertenecientes a grupos interesados de los siguientes sectores: salud (3), gobierno (2), medios de comunicación (1), academia (2), organizaciones internacionales (1) y grupos de la sociedad civil (2). Los/as entrevistados/as incluían representantes de, entre otros, el Instituto Nacional de Salud en Bogotá, la Secretaría de Salud de la ciudad de Barranquilla, la Universidad del Norte de Barranquilla, la clínica de salud reproductiva Oriéntame, la organización sin fines de lucro Women's Link Worldwide, y la oficina del Fondo de Población de las Naciones Unidas para Colombia.

Los investigadores dieron cumplimiento a las Directrices de Lund-Londres en reportes de investigación por organizaciones no gubernamentales y completaron el programa de formación de Protección de Participantes Humanos en Investigación ofrecido por la Oficina de Investigaciones Exteriores del Instituto Nacional de Salud de los EE. UU. Se obtuvo el consentimiento informado de cada entrevistado y entrevistada y todos los datos y la información se registró y guardó de forma segura.

Tran

ERIA 1^ªA

DROGUERIA 1^ªA

• DROGAS
• COSMÉTICOS
• FOTOCOPIAS
• RECARGAS
• TODO OPERADOR



Antecedentes

Colombia ocupa actualmente una posición alta en el Índice de Desarrollo Humano (IDH) después de un aumento de 29% en las últimas tres décadas³³. A pesar de esta clasificación, las ganancias en la sociedad colombiana no han sido equitativas. De hecho, el ranking de desarrollo humano en Colombia está marcado por una mayor desigualdad que el promedio de los países de América Latina y el Caribe; así mismo, presenta más desigualdad que el promedio de países con posiciones altas en el ranking del IDH, particularmente en materia de desigualdad de ingresos³⁴.

La desigualdad de género también es prevalente en la sociedad colombiana. Existe baja representación política femenina y solo el 56% de las mujeres se encuentra en la fuerza laboral, en comparación con el 80% de los hombres³⁵. En el contexto del Zika, esto significa que las mujeres de bajos ingresos se enfrentan a diferentes formas de exclusión que se intersectan entre sí, a pesar de los beneficios del creciente desarrollo nacional.

Con más de 108.537 casos confirmados o sospechas de Zika a noviembre de 2017, Colombia ocupa el segundo lugar después de Brasil en términos de número de casos notificados³⁶. Además, la tasa de incidencia del Zika—el número de casos nuevos registrados durante un período determinado de tiempo—en Colombia es la más alta en toda Suramérica. Con 221,55 casos por cada 100.000 personas, esta tasa de incidencia también es más alta que en la mayoría de los países de Centroamérica, pero es más baja que en gran parte del Caribe³⁷.

En octubre de 2016, había reportes que sugerían que el número de bebés nacidos/as con microcefalia era sorprendentemente bajo en Colombia dada la similitud de su tasa de incidencia del Zika con Brasil: 47 en Colombia a comparación de más de 2.000 en Brasil³⁸. Menos de dos meses después, reportes adicionales sugirieron que el número en Colombia se acercaba a los 500, y en su punto máximo en julio, la tasa de nacimientos con microcefalia representó un aumento de nueve veces sobre la tasa anterior al Zika en 2015³⁹. Teniendo en cuenta que Brasil ha notificado tres veces más casos de Zika que Colombia, el país también ha notificado casi 18 veces más casos confirmados de Síndrome Congénito asociado con el Zika. Según algunos estudios, una pequeña mutación en la configuración genética del Zika ha hecho el virus mucho más peligroso en Brasil que en los otros países vecinos⁴⁰.

El brote de Zika en Colombia comenzó oficialmente en octubre de 2015, cuando se confirmaron nueve casos mediante pruebas de laboratorio⁴¹. El número de casos nuevos reportados alcanzó su punto máximo en febrero de 2016, momento en el que el número de casos por semana llegó a más de 6.000⁴². A pesar de la continua aparición de nuevos casos, el gobierno colombiano declaró que la epidemia había terminado en julio de 2016, momento en el que todavía había más de 600 casos nuevos por semana⁴³.

Al declarar el fin de la epidemia, el viceministro de Salud dijo: “Colombia es el primer país del mundo en declarar el fin de la epidemia de Zika”, y determinó que el virus había alcanzado una fase endémica y ya no se estaba propagando⁴⁴. Si bien el virus siguió disminuyendo, produjo más de 1.200 nuevas infecciones entre el 1° de enero y el 20 de mayo de 2017⁴⁵. Aunque se sospecha de transmisión local en cada departamento de Colombia, excepto en los alrededores de la capital, Bogotá; las tasas más altas de incidencia se registraron en varios de los departamentos del interior del país. La costa Caribe, que está densamente poblada, se vio

particularmente afectada; esto fue especialmente cierto en los departamentos de Córdoba, Sucre, Atlántico y Magdalena, los dos últimos constituyeron las ubicaciones del trabajo de campo para este reporte⁴⁶.

A principios de 2016, Colombia adoptó la práctica regional de recomendar a las mujeres que evitaran quedar embarazadas como medio para superar el brote de Zika. Específicamente, el Ministerio de Salud recomendó una abstención de ocho meses para quedar en estado de embarazo⁴⁷. El consejo oficial del gobierno para los proveedores de servicios de salud a la luz del brote de Zika fue que las mujeres embarazadas infectadas por el Zika “deberían estar informadas de la existencia de una asociación entre la infección y las anomalías congénitas (...) pero que el diagnóstico de la infección en la madre no implica necesariamente alteraciones en su bebé”⁴⁸. También afirmaron que “todas las mujeres deberían conocer los motivos de la interrupción voluntaria de un embarazo en Colombia, incluida la cláusula de salud en sus dimensiones física, mental y social”⁴⁹. Por lo tanto, la guía del gobierno dejó en claro que las posibles consecuencias para la salud mental causadas por el riesgo de contraer el Zika eran suficientes para permitir el aborto.

El aborto es legal en Colombia cuando la continuación de un embarazo representa un riesgo físico o mental para la vida y/o la salud de una mujer⁵⁰. Sin embargo, a pesar de la recomendación del gobierno y la legalidad del aborto en el país, informes de prensa indicaron que los/as prestadores de servicios de salud estaban divididos en cuanto a si una infección por el Zika (o el miedo a ella) era causa suficiente por sí misma para realizar un aborto⁵¹.

Al igual que el aborto, la anticoncepción es legal en Colombia y varios métodos están cubiertos por el plan nacional de salud del país desde su ampliación y actualización en 2008 (aunque hay gastos que asumen las dos partes dependiendo de la póliza de seguro)⁵². La anticoncepción de emergencia, también conocida como la ‘píldora del día después’ es también legal y está cubierta por el plan nacional de salud⁵³. Las mujeres que decidieron tomar medidas activas para evitar el embarazo a la luz del virus del Zika y que tenían los medios para acceder al sistema de atención médica teóricamente disfrutaron del derecho a acceder a diversas formas de anticoncepción. En cambio, otras mujeres en desventaja socioeconómicas y habitantes de zonas rurales enfrentaron muchas barreras.

Pruebas y vigilancia

Las y los expertos que participaron del estudio expresaron que en la costa colombiana el Zika fue diagnosticado casi exclusivamente de forma clínica, es decir, en vez de realizar un análisis de sangre, el/a médico/a examinaba al paciente, discutía sus síntomas y decidía si la infección era probable. Un experto de la Universidad del Norte, quien había estado trabajando con el gobierno para implementar los programas de vigilancia del Zika, dijo que no había un centro de pruebas en la costa, y que las muestras debían enviarse a Bogotá, la capital⁵⁴. Daniela y Teresa, las dos mujeres embarazadas entrevistadas para este informe, dijeron que sus médicos las diagnosticaron clínicamente.

La confirmación de diagnósticos de Zika en Colombia ha sido difícil debido a la infraestructura médica y científica en las zonas más afectadas del país. El Instituto Nacional de Salud solo ha confirmado tres casos de Zika en todo el país de las 1.211 sospechas de infecciones entre el 1 de enero y el 20 de mayo de 2017, el equivalente a solo el 0,2% de todos los casos⁵⁵. En comparación, a fines de 2016, el 9,19% de los casos habían sido confirmados en todo el país, lo que indica que aun cuando la epidemia disminuyó y la vigilancia se volvió más manejable, el gobierno siguió atrasándose en su monitoreo en vez de mejorar su vigilancia para identificar de forma temprana un potencial resurgimiento⁵⁶.

Varios expertos/as han expresado que una parte importante de la respuesta del gobierno a la epidemia del Zika ha sido proporcionar acceso a información y educar a las personas sobre los síntomas del virus para que puedan identificar una posible infección y buscar atención médica. En la ciudad de Barranquilla, se realizó una campaña de concientización sobre el Zika, el chikunguña y el dengue en centros comerciales, lugares populares para escapar del calor, especialmente los fines de semana⁵⁷. En Barranquilla, los investigadores también reportaron haber visto información divulgada públicamente y patrocinada por el gobierno sobre el Zika en la sala de espera de una clínica importante. Sin embargo, las mujeres en riesgo entrevistadas en Tasajera y Maracaibo, ciudades ubicadas a una hora de Barranquilla en una jurisdicción diferente, informaron que nunca habían visto una campaña pública sobre el Zika o recibido material impreso sobre los riesgos ni en sus barrios ni en las clínicas que visitaron. La información sobre el virus a la que accedieron provino de la cobertura de noticias en el momento álgido de la epidemia. Dado que el gobierno utilizó la televisión y la radio para enviar mensajes sobre el virus, es posible que los entrevistados/as escucharon información oficial del gobierno, pero no pudieron distinguirla de las noticias.

En Barranquilla, según el jefe de la oficina de salud pública, el Departamento de Salud buscó y reportó casos poco después de que el virus surgiera en la región⁵⁸. La ciudad también desarrolló un programa errante (brigadas), que asignaba trabajadores de la salud a barrios donde caminaban puerta a puerta entregando información y refiriendo a quienes lo necesitaran⁵⁹. Estos/as profesionales compartieron información general acerca de los arbovirus, así como información sobre salud reproductiva y estaban bien equipados para informar a las personas sobre cuestiones relacionadas con las complicaciones de la salud reproductiva asociadas con el Zika⁶⁰. La ciudad también recogió algunas muestras de sangre para futuras investigaciones⁶¹.

Barranquilla fue el sitio del programa piloto Proyecto VEZ, un programa de vigilancia médica para mujeres embarazadas con virus del Zika⁶². Los entrevistados que ayudaron en la implementación del programa explicaron que si bien este no cambiaba la atención que recibían las mujeres con Zika, garantizaba que se llevaran historias médicas detalladas tanto para las mujeres como para sus recién nacidos y que se vigilara a sus bebés durante el primer año de su vida⁶³. Las organizaciones que participaron en el programa incluyeron los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y el Instituto Nacional de Salud de Colombia (INS). Un especialista en Zika del INS confirmó que se realiza monitoreo en varias de las ciudades principales de Colombia⁶⁴. También describió otra iniciativa de investigación, que rastreó a mujeres con infecciones en riesgo para aprender más sobre la propagación del virus más allá de las herramientas actuales de diagnóstico y monitoreo empleadas por el gobierno nacional. Este estudio también realizó un seguimiento a la transmisión sexual del virus, y a partir de los inicios del 2017, los investigadores se prepararon para repartir condones como método de intervención preventiva con la intención de hacer seguimiento a su eficacia en la prevención de la propagación del Zika.



El derecho al acceso a información completa y precisa

Los Órganos de Tratado de las Naciones Unidas han reconocido que el derecho a la información completa y precisa incluye buscar, recibir e impartir información y educación sobre salud reproductiva⁶⁵. Con el objetivo de que las mujeres puedan tomar las decisiones más apropiadas y más informadas sobre sus vidas reproductivas, los Estados deben garantizar su acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva y de información médica adecuada⁶⁶. La información difundida debe ser precisa, imparcial y basada en evidencia para que las mujeres pueden tomar decisiones sobre aspectos como el embarazo y la maternidad⁶⁷.

La información también debe ser diseminada de manera oportuna e inclusiva⁶⁸. Esto significa que los Estados deben garantizar que la información llegue a las poblaciones más pobres y marginadas para desmentir cualquier rumor o idea errada que pueda existir sobre el zika y sus complicaciones prenatales⁶⁹. Los Estados también deben trabajar para garantizar que las mujeres y sus comunidades conozcan cómo se transmite Zika y las medidas preventivas disponibles para mitigar la propagación del virus.



Prevención del Zika

Las pautas clínicas oficiales emitidas por el gobierno colombiano en respuesta al brote de Zika se alinearon con las emitidas por la Organización Mundial de la Salud⁷⁰. Las pautas aconsejaban usar ropa larga, usar repelente de insectos que contuviera un ingrediente activo efectivo y dormir con mosquiteros durante la noche⁷¹. También instruyeron a los proveedores de servicios de salud para que asesoraran a las personas sobre la transmisión sexual del Zika y para que le explicaran a las mujeres embarazadas la importancia de usar condones por la duración de sus embarazos para evitar contraer el Zika de una pareja sexual⁷². A pesar de vivir en una zona costera de alto riesgo, ninguna de las mujeres embarazadas entrevistadas había sido asesorada de esta manera; adicionalmente, ninguna estaba siguiendo las pautas recomendadas por el gobierno con respecto al uso de repelente de insectos.

El costo del repelente de insectos era una barrera que enfrentaban muchas mujeres colombianas. En una ciudad costera, una botella de repelente de insectos cuesta entre USD2,70 (8.000 COP) y USD4,75 (14.000 COP)⁷³, lo cual lo hace un artículo costoso para alguien que gana un salario mínimo de Colombia de USD61,47 (184.000 COP) por semana.⁷⁴ De hecho, varias de las mujeres embarazadas entrevistadas informaron que el repelente de insectos era demasiado costoso para comprarlo. A pesar de la restricción financiera, el jefe de la Oficina de Salud Pública de Barranquilla dijo que no se había hecho ningún esfuerzo para distribuir repelente gratuito o de costo reducido a personas de bajos ingresos. En cambio, el programa de distribución gratuita del gobierno se había centrado en los/as turistas que visitaban el famoso carnaval de la ciudad en febrero de 2016 durante el pico de la epidemia⁷⁵. Las investigadoras de la organización sin fines de lucro Women's Link Worldwide (WLW) también informaron que no hubo ningún esfuerzo a nivel nacional para distribuir repelentes gratuitos a mujeres de bajos ingresos⁷⁶, como se había planeado (aunque con mucho retraso) en Brasil. Sin embargo, WLW sí dijo que algunas ciudades han ofrecido programas para repeler insectos, incluida la ciudad de Cali, en el suroriente del país, un lugar donde se han llevado a cabo trabajos de campo relacionados con el Zika⁷⁷. Una vez más, la integración del repelente de insectos como parte de la respuesta del país al virus resultó ser desigual y descoordinada.



Obligaciones de prevención y tratamiento de los Estados

Según el Artículo 12(c) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Estados partes tienen la obligación de tomar todas las medidas necesarias para la prevención, tratamiento y control de epidemias⁷⁸. Además, el Comentario General No. 1 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas obliga a que el gobierno de Colombia establezca “programas de prevención y educación para problemas de salud relacionados con el comportamiento”, particularmente aquellos que afectan negativamente la salud sexual y reproductiva de una persona⁷⁹. La mitigación de la propagación de infecciones de transmisión sexual como el Zika, que afecta negativamente la vida sexual y reproductiva de mujeres y hombres, requiere una programación de prevención de la salud relacionada con el comportamiento.

Los Estados también están obligados a establecer sistemas para la atención médica urgente en casos de epidemias o riesgos para la salud⁸⁰. Esto podría lograrse a través de esfuerzos gubernamentales nacionales o colaboración entre los gobiernos y entidades privadas. En última instancia, el objetivo es garantizar que se utilicen datos y se mejore la vigilancia epidemiológica, que todas las tecnologías pertinentes estén disponibles y que se implementen o mejoren otras estrategias de control de enfermedades⁸¹. Este reporte ha ilustrado que existe necesidad de una mayor vigilancia epidemiológica del Zika, particularmente en comunidades marginadas y remotas. Además, dado que actualmente no hay vacuna disponible para prevenir la transmisión del Zika, depender de otras estrategias preventivas, como la mejora de la gestión de control de vectores, el uso de repelente de insectos y mejoras en agua e infraestructura de saneamiento se ha vuelto aún más importante.

En el contexto del Zika, esto principalmente se materializa en un mejor acceso a las pruebas de virus, aborto con medicamentos y ultrasonidos. Para garantizar que estos elementos estén disponibles, los gobiernos pueden eliminar las barreras cambiando los protocolos médicos o facilitando la aprobación de nuevas tecnologías de prueba.



Planificación familiar y anticoncepción

El acceso a la anticoncepción es un componente clave en las experiencias de mujeres con Zika, y si bien legalmente está cubierto bajo el plan de salud nacional de Colombia, siguen existiendo muchas barreras para acceder a ella. Según un experto en la Oficina de Bogotá del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), “no es fácil educar al público sobre el uso de anticonceptivos a la luz del Zika”⁸². La necesidad de anticoncepción ante el Zika es un desafío importante, ya que tiene dos funciones: prevenir la transmisión sexual de la enfermedad, lo cual solo puede hacerse con condones, y prevenir el embarazo para quienes desean evitar los riesgos relacionados con el Zika, lo cual se puede hacer más eficazmente con otras formas de control de natalidad, como las píldoras orales o dispositivos intrauterinos (DIU). Por lo tanto, quienes desean evitar tanto la infección con el Zika, como un embarazo deben usar preservativos y una forma adicional y más eficaz de control de natalidad. Esto, sin embargo, ha complicado los esfuerzos al emitir mensajes y duplicó la carga para personas que necesitan adquirir, pagar y utilizar múltiples formas de anticoncepción. Entre los y las jóvenes, un representante de UNFPA dijo: “La primera preocupación, o la única, es el embarazo”. Por esta razón, UNFPA ha recomendado utilizar un método anticonceptivo más eficaz que los condones⁸³. Al mismo tiempo, se recomienda complementar estos esfuerzos de prevención con condones para evitar infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la transmisión del Zika.

A pesar del éxito de la anticoncepción para prevenir el embarazo, el acceso a las formas más efectivas de control de natalidad, como el DIU, es complicado por dos razones⁸⁴. En primer lugar, mientras que teóricamente están cubiertas bajo el Plan Nacional de Salud, el DIU es costoso y por lo tanto es escaso; muchas clínicas solo tienen algunos disponibles por mes y los ofrecen en orden de llegada. Esto significa que lo que debería ser un derecho en virtud del Plan Nacional de Salud es, en cambio, realmente un privilegio para los/as pacientes que visitan centros de alta calidad. Segundo, el conocimiento del proveedor sobre métodos anticonceptivos a largo plazo es bajo, y muchos proveedores no ofrecen a las mujeres información completa y precisa sobre la gama completa de métodos anticonceptivos disponibles⁸⁵.

Desafortunadamente, la campaña de concientización sobre el Zika del Ministerio de Salud hizo poco para proporcionar un panorama general más claro y completo de los métodos anticonceptivos disponibles y efectivos. Acerca de la campaña, el experto del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) entrevistado dijo: “El problema se expuso, pero no se presentó una solución” y agregó que el Ministerio de Salud no reconoció que las mujeres que querían quedar embarazadas tenían derecho a hacerlo y deberían tener acceso a información sobre cómo minimizar sus riesgos⁸⁶. Emitir una declaración general

que instruye a todas las mujeres a evitar el embarazo no era “un consejo práctico para la población”⁸⁷. Un investigador de la Universidad del Norte que trabaja en la vigilancia del Zika estuvo de acuerdo en que la información precisa sobre anticoncepción era vital para mejorar el acceso al control de la natalidad en Colombia; igualmente, pensaba que muchas mujeres carecían incluso del conocimiento básico de a quién recurrir para obtener más información⁸⁸.

Aparentemente, al igual que con todos los aspectos del impacto del Zika, también se observaron marcadas diferencias en el acceso a la anticoncepción en las ciudades en comparación con las áreas rurales. “Hay dos dimensiones diferentes”, expresó una experta en políticas de la Oficina del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Colombia.⁸⁹ “Una dimensión está en las grandes ciudades y capitales, y la otra en el resto del país”. La experta manifestó que en las zonas rurales las mujeres enfrentan muchas barreras geográficas, por ejemplo, viajes largos a clínicas de calidad o en las que puedan acceder a anticoncepción de forma anónima) y variaciones en la calidad de acceso (por ejemplo, a información incompleta o inexacta o falta de acceso a métodos de anticoncepción a largo plazo). Un médico señaló que, en su experiencia, en Bogotá había poco estigma en relación con el uso de anticonceptivos, pero que las cosas eran diferentes para las mujeres que vivían en zonas menos urbanas.

Otro desafío fue el hecho de que el éxito de un método de anticoncepción aumenta su costo. Esto significaba que algunas mujeres no podían pagar el método que mejor las ayudaría a prevenir el embarazo. Una periodista que se encontraba cubriendo la crisis del Zika para el periódico más grande de la costa Caribe, El Heraldo, dijo que el costo era, de hecho, el principal obstáculo que enfrentan las mujeres de bajos ingresos en regiones de alto riesgo cuando intentan acceder a la anticoncepción⁹⁰.

En las entrevistas, se les preguntó a cuatro mujeres en riesgo de contraer el Zika si se habían enfrentado a barreras en el acceso a métodos anticonceptivos, tres respondieron de forma afirmativa: una entrevistada dijo que ella no había podido encontrar el anticonceptivo inyectable por medio de un proveedor del sector público; otra dijo que el costo constituyó un desafío para acceder al anticonceptivo; y la tercera dijo que solo algunos métodos eran asequibles con seguro médico y que otros tipos están por fuera de su alcance debido a su costo. Varias de las mujeres entrevistadas también dijeron que habían usado la anticoncepción en el pasado para planificación familiar, sexo seguro o ambos, pero no la habían utilizado específicamente para evitar el embarazo durante la crisis del Zika.

Solo Personal Autorizado

QUIROFANO



Recolección de muestras de participantes del proyecto Vigilancia de Embarazadas con Zika (VEZ)

Es posible que reciba en su sala de parto a una participante de VEZ.

Se deben tomar a todo producto de la gestación de las participantes de VEZ, muestras de tejido con las siguientes especificaciones.

PASO 1

Identificar a una mujer embarazada como participante de VEZ.



¿QUÉ RECOLECTAR?

Placenta: Tomar 1cm cúbico de la cara fetal y 1cm cúbico de la cara materna almacenar en un frasco estéril con SSN mantener refrigerado (4°C), tomar 1cm cúbico de la cara fetal y 1cm cúbico de la cara materna almacenar en un frasco estéril con formol tamponado neutro que cubra el tejido.



¿A DÓNDE ENVIARLAS?

Al laboratorio de su hospital.

¿QUÉ RECOLECTAR?

Recoger muestra de sangre del cordón del lado placentario conservar a 2-8°C.



¿A DÓNDE ENVIARLAS?

Al laboratorio de su hospital.

PASO 2

¿QUÉ RECOLECTAR?

Cordón: tomar 1cm cúbico del eje proximal y 1cm cúbico del eje distal almacenar en un frasco estéril con SSN mantener refrigerado (4°C), tomar 1cm cúbico del eje proximal y 1cm cúbico del eje distal almacenar en un frasco estéril con formol tamponado neutro que cubra el tejido.



¿A DÓNDE ENVIARLAS?

Al laboratorio de su hospital.

Pérdidas fetales, muerte fetal

¿QUÉ RECOLECTAR?

Enviar el producto de la gestación en su totalidad a laboratorio de patología. Tomar todo lo anteriormente mencionado, mas muestra de membranas, almacenar en un frasco estéril con SSN mantener refrigerado (4°C), y otro con formol tamponado neutro.



¿A DÓNDE ENVIARLAS?

Al laboratorio de patología

Si tiene alguna duda acerca de VEZ, escriba a vez@ins.gov.co
También puede llamar a los siguientes números de teléfono:

En Barranquilla: 301-406-6778 | En Neiva: 302-266-2928 | En Cúcuta: 304-662-1669

Comuníquese con el personal de VEZ e infórmele acerca de cualquier muestra que haya tomado de una participante de VEZ.



CS200433-01 May 2, 2018



LA HISTORIA DE DANIELA

EMBARAZADA Y EN LA OSCURIDAD

Daniela, una mujer de 27 años, que vive en la ciudad de Barranquilla, contrajo el virus del Zika por transmisión sexual de su esposo, quien recientemente visitó una región costera con una alta prevalencia del virus. Cuando presentó síntomas, él eligió no buscar atención médica porque había oído que los/as médicos/as solo daban a los pacientes medicamentos de venta libre como acetaminofén, que podía comprar él mismo en una farmacia. Poco tiempo después de su enfermedad, Daniela también se enfermó con lo que parecía ser Zika y ella tampoco buscó atención médica.

La foto es representativa, no es de Daniela.

Un mes después de comenzar a sentirse enferma, Daniela se enteró de que estaba embarazada. Tenía seguro privado, así que agendó una cita para ver a un médico dentro de su red para su primera visita de cuidado prenatal. En este punto, estaba preocupada por la salud y el bienestar de su bebé dado que sospechaba que había contraído el virus del Zika recientemente. En la cita, su proveedor le preguntó si tenía el virus del Zika y ella dijo que creía haberlo contraído de su esposo por medio de transmisión sexual. Desafortunadamente, su proveedor nunca la examinó para confirmar su autodiagnóstico, una omisión que su médico luego admitió como “un error” ya que a Daniela se le debería haber realizado una prueba durante su primera visita. “Cuando comencé mi cuidado prenatal”⁹¹, dijo ella, “podrían haberme hecho pruebas para ver si tenía el Zika. Pero no confirmaron si tenía Zika o no”, dijo Daniela⁹².

Basándose en la descripción de los síntomas de ella y de su esposo, el médico de Daniela creía que ella, de hecho, había sido infectada con el Zika y consideraba que por lo tanto su embarazo era de alto riesgo. En las semanas siguientes, Daniela recibió pruebas mejoradas y la remitieron para obtener imágenes más detalladas del desarrollo de su feto. Sin embargo, en incumplimiento de las prácticas recomendadas por el gobierno colombiano⁹³, nadie le habló sobre los posibles riesgos que el Zika podría representar para su embarazo. Daniela señaló que los médicos nunca le hablaron sobre la interrupción del embarazo: “Los doctores que estaba viendo en ese momento ni siquiera me dieron opciones⁹⁴ ni realizaron exámenes de sangre”, expresó⁹⁵. En su casa, ella reportó sentirse desorientada después de escuchar en las noticias las consecuencias potencialmente graves para las mujeres embarazadas infectadas con el Zika. Ella le comentó a su obstetra que estaba sufriendo mucho por la situación, pero su médico nunca le ofreció información sobre los riesgos ni la remitió a servicios psicológicos. En cambio, todos sus proveedores simplemente dijeron: “Tu bebé está bien”, dejando a Daniela sola con su ansiedad e incertidumbre.

“Más que nada, mi atención [médica] era física”⁹⁶, explicó Daniela, y nunca “emocional, psicológica ni educativa”. Esto dejó una brecha significativa en la atención que deseaba durante su embarazo y lo que recibió. Un diagnóstico de Zika, dijo, “te afecta psicológica y emocionalmente. Te debilita mentalmente porque te preocupa algo que no puedes ver ni observar”⁹⁷. Al no proporcionarle suficiente información y apoyo durante su embarazo, su médico exacerbó estos problemas en lugar de abordarlos directamente. Al final, el hecho de que su médico conociera su diagnóstico del Zika solo significó que Daniela recibiera algunas pruebas adicionales limitadas y un poco más de monitoreo y reportes para el gobierno, acciones que han ayudado a la recolección de datos, pero que en última instancia no ayudaron a Daniela.

Aunque su angustia y la ansiedad persistieron a lo largo de su embarazo, Daniela dijo que debido a que nunca le presentaron pruebas de una malformación en el feto, no consideró la opción de interrumpir su embarazo. No obstante, dijo que la opción “siempre estaba en mis pensamientos”, tenía muy poca información al respecto. Todos sus proveedores omitieron cualquier discusión sobre los riesgos involucrados en su embarazo, sus opciones médicas y legales dados los riesgos, o qué pasos adicionales podría seguir para tomar una decisión.

Al final, Daniela dio a luz a su bebé sin aparentes complicaciones de su supuesta infección por Zika ni ninguna otra. No obstante, un especialista nunca examinó a su bebé y no se están realizando pruebas a pesar de la posibilidad de que se desarrollen complicaciones relacionadas con el Zika a medida que su bebé crece. Algunas investigaciones han encontrado que los/as bebés nacidos de madres con Zika pueden desarrollar problemas de visión mucho después de haber sido considerados libres de complicaciones relacionadas con el Zika, y muchos/as expertos/as creen que los niños y las niñas pueden experimentar otras complicaciones desconocidas a medida que crecen.⁹⁸

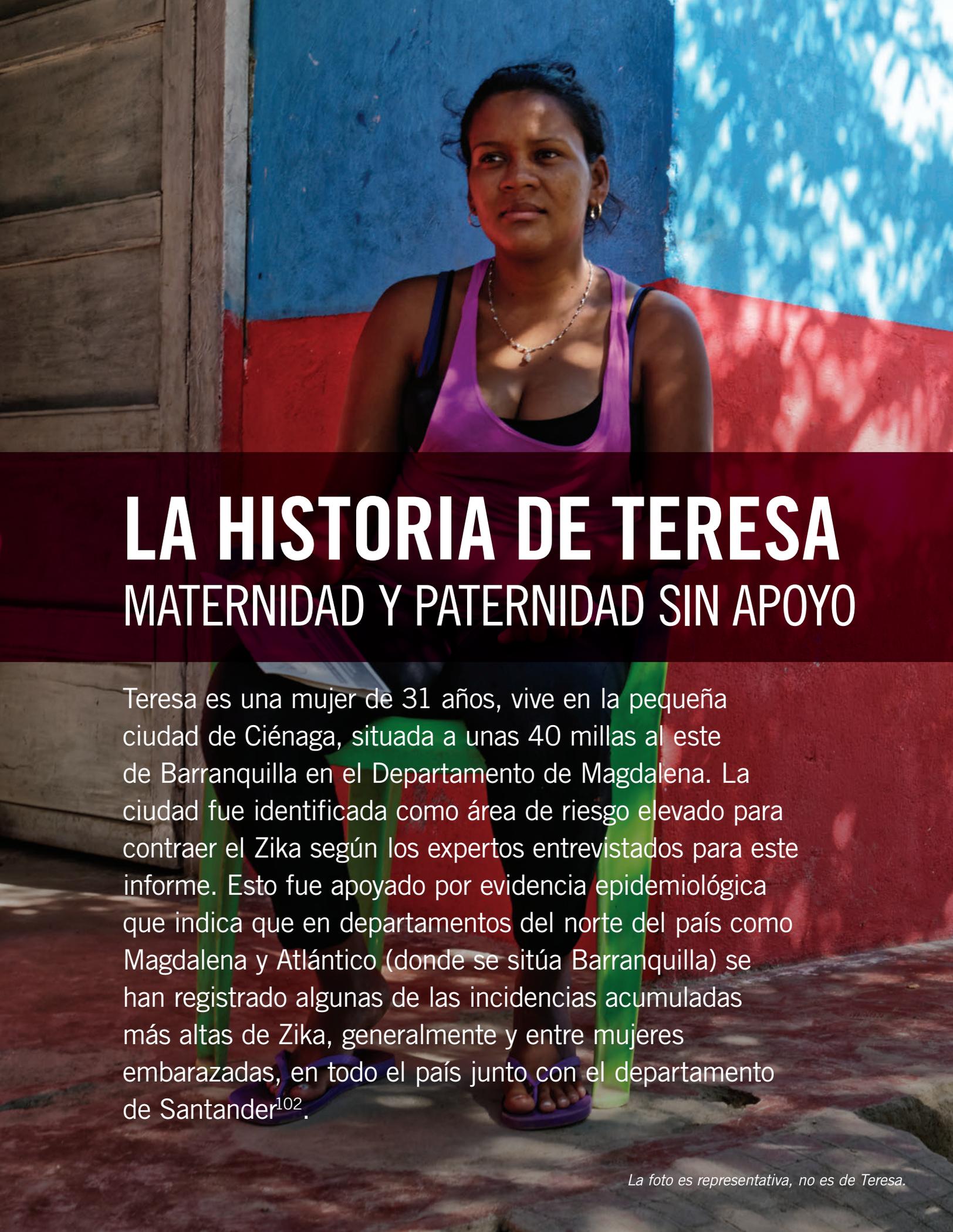
Después de dar a luz, Daniela no recibió información sobre planificación familiar, un servicio crítico para todas las madres posparto, y algo especialmente deseado por Daniela debido a sus persistentes preocupaciones sobre lo que podría significar una infección por Zika para un futuro embarazo. Sus proveedores nunca le ofrecieron ningún consejo después del nacimiento de su bebé sobre cómo posponer un embarazo adicional si todavía estaba preocupada por el Zika. No obstante, Daniela decidió centrarse en su primer hijo y evitar quedar embarazada de nuevo en un tiempo cercano. “Fue una decisión que tomé con mi esposo, esperar un tiempo antes de tener otro bebé”. 🌸



Derecho al nivel más alto posible de salud

El derecho a la salud es un derecho fundamental que es indispensable para el disfrute de otros derechos y está consagrado en muchos instrumentos internacionales de derechos humanos⁹⁹. Todo/a ser humano/a tiene derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud que le permita vivir dignamente. El derecho humano a la salud está reconocido en numerosos tratados. El Artículo 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales proporciona el artículo más completo sobre el derecho a la salud en el derecho internacional de los Derechos Humanos. De conformidad con el Artículo 12.1 del Pacto, los Estados partes reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental”.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU desarrolló el contenido del derecho al nivel más alto posible de salud en su Observación General No. 14¹⁰⁰, declarando explícitamente que incluye el derecho a la salud reproductiva, definida como “la libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección”¹⁰¹.

A woman with dark hair pulled back, wearing a purple tank top, a necklace, and purple sandals, is sitting on a green plastic chair. She is looking off to the side with a thoughtful expression. The background consists of a red wall and a blue wall, with a wooden door visible on the left. The scene is outdoors, with shadows cast on the wall behind her.

LA HISTORIA DE TERESA

MATERNIDAD Y PATERNIDAD SIN APOYO

Teresa es una mujer de 31 años, vive en la pequeña ciudad de Ciénaga, situada a unas 40 millas al este de Barranquilla en el Departamento de Magdalena. La ciudad fue identificada como área de riesgo elevado para contraer el Zika según los expertos entrevistados para este informe. Esto fue apoyado por evidencia epidemiológica que indica que en departamentos del norte del país como Magdalena y Atlántico (donde se sitúa Barranquilla) se han registrado algunas de las incidencias acumuladas más altas de Zika, generalmente y entre mujeres embarazadas, en todo el país junto con el departamento de Santander¹⁰².

La foto es representativa, no es de Teresa.

Teresa fue infectada con el Zika cuando tenía casi tres meses de embarazo. Poco después de contraer el virus, Teresa buscó el consejo de sus proveedores de atención médica, quienes le dijeron que no había evidencia de ninguna complicación en su embarazo; sin embargo, detectar el Síndrome Congénito de Zika (SCZ) no sería posible en una etapa tan temprana en un embarazo. Dos meses después, cuando Teresa tenía cinco meses de embarazo, sus médicos descubrieron que su feto había desarrollado microcefalia. Como en la historia de Daniela, Teresa no sintió que se le hubiera dado la información adecuada sobre sus opciones cuando se encontró la anomalía. “Lo único que me dijeron fue que lo interrumpiera [el embarazo]”¹⁰³, dijo ella. Más allá de la interrupción, no se le proporcionó información adecuada sobre qué esperar si continuaba con su embarazo y cuál sería la calidad de vida para ella y su bebé. Teresa se sintió desconsolada por la noticia, y por un tiempo deseó que su vida terminara. A pesar de su clara angustia ante las noticias y las preocupaciones por la salud de su feto, en ningún momento se le ofreció apoyo psicológico o emocional.

A pesar de los riesgos potenciales, Teresa decidió ignorar las instrucciones de su médico de que no tenía otra opción además de interrumpir el embarazo. Para Teresa, continuar el embarazo era importante dado que ella creía anteriormente que no podía quedar embarazada a pesar de su deseo de hacerlo. Esto, combinado con sus valores religiosos, la llevó a creer que su embarazo fue un “milagro”. Basta con decir que estaba firmemente en contra de la recomendación inequívoca de su médico de que su única opción era interrumpir su embarazo.

Unos meses más tarde, Teresa dio a luz a un hijo con microcefalia. En el momento de esta entrevista, el hijo de Teresa tenía siete meses, y era demasiado pronto para decir

exactamente qué tan amplio sería el impacto de la microcefalia en su vida. Teresa y su esposo informaron que su hijo no puede moverse bien o soportar su propio peso, pero que se han consolado con los signos positivos que ven en su desarrollo y esperan lo mejor para su futuro. Sus puntos de vista han sido ampliamente informados por sus propias observaciones, ya que han recibido poca o ninguna información de médicos profesionales. Si bien varias personas han acudido a su casa para recopilar información para registros de salud pública, nadie del gobierno ni del sistema de atención de salud ha asegurado que su hijo reciba atención especializada de seguimiento o monitoree su microcefalia ni salud y desarrollo generales.

Teresa también informó que está preocupada sobre cómo su hijo superará las barreras que ella sabe que enfrentará debido a su SCZ. Teresa y su esposo sienten que la responsabilidad del bienestar de su hijo recae sobre sus hombros únicamente, y que cualquier apoyo que reciban del gobierno o del sistema de salud será limitado. Ni Teresa ni su esposo tienen confianza en que los gobiernos locales, regionales o nacionales tengan la capacidad o la voluntad política para garantizar que su hijo goce de protecciones o derechos especiales por ser una persona que vive con una discapacidad.

Teresa cree que se debe hacer más para alertar a las mujeres sobre los riesgos asociados con el Zika. Siente que el gobierno debería hacer más para prevenir la transmisión fumigando áreas de alto riesgo como su pueblo y cree que el repelente de insectos es demasiado costoso para que las mujeres de bajos ingresos lo usen regularmente y debería estar disponible de forma gratuita o a un costo menor. Para las familias como la suya que ya se han visto permanentemente afectadas por el virus y que tienen niñas y niños con necesidades especiales, el gobierno debe hacer más para garantizar la disponibilidad de la protección social adecuada. 🇵🇷



Respeto por la toma de decisiones y la privacidad de las mujeres

La Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) de las Naciones Unidas reconoce explícitamente el derecho de la mujer a la toma de decisiones, que incluye el derecho a determinar el número, espaciamiento y momento de tener hijos y el acceso a la información sobre métodos anticonceptivos y servicios necesarios para ejercer este derecho¹⁰⁴. El derecho a la privacidad protege el derecho de todas las personas a tomar decisiones sobre sus vidas privadas, y las decisiones sobre si y cuándo empezar una familia deben formar parte de esta definición protegida de privacidad¹⁰⁵.

La protección de la autonomía y la toma de decisiones de las mujeres con respecto a su vida sexual y reproductiva debería ser fundamental para las respuestas nacionales, mundiales y regionales al Zika¹⁰⁶. Para lograr esto de forma efectiva, los Estados deben tener presente las realidades sociales, económicas y políticas que enfrentan las mujeres diariamente cuando intentan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

Acceso a la anticoncepción

Tanto el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU como la CEDAW reconocen explícitamente que el derecho a la salud reproductiva debe incluir la disponibilidad de información y servicios anticonceptivos¹⁰⁷. Para las mujeres que buscan retrasar o evitar el embarazo, los Estados deben garantizar que tengan acceso asequible a una gama completa de opciones anticonceptivas. El acceso a métodos de planificación familiar seguros, efectivos, asequibles y aceptables de su elección es esencial para la libertad de decidir, si y cuando, reproducirse¹⁰⁸. Los requisitos del consentimiento de terceros para el acceso a la anticoncepción deben eliminarse ya que los organismos internacionales de derechos humanos han considerado que tales requisitos son contrarios a los derechos de la mujer¹⁰⁹.



Acceso al aborto

Las experiencias ampliamente divergentes de Daniela y Teresa—a una nunca se le dijeron los riesgos de continuar su embarazo a pesar de una infección por Zika y a la otra se le dijo que interrumpir su embarazo era la única opción—muestran cómo el sistema de salud no pudo brindarles la información necesaria para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva. Además de este fracaso, varios/as expertos/as explicaron que el gobierno no recopiló datos a nivel nacional sobre la cantidad de abortos ocurridos durante la epidemia, y que no había datos que reflejaran los muchos abortos clandestinos que se realizaron. Además, nunca se requirió que las pacientes indicaran la razón por la cual solicitaban un aborto, por lo que ha sido difícil determinar el número de interrupciones relacionadas con el Zika. Dados estos factores, también ha sido difícil determinar si hubo o no un aumento en la demanda de abortos a nivel nacional o incluso en clínicas individuales. Sin esta información, también ha sido difícil determinar el impacto que el Zika ha tenido en la toma de decisiones sobre la atención médica de las mujeres.

Un médico entrevistado para este estudio, que estaba realizando abortos en un hospital público y tuvo varias pacientes con Zika, señaló que había muchas barreras y estigma en torno a las mujeres que optaban por los abortos terapéuticos¹¹⁰. Las barreras encontradas incluían acceso a información precisa, proveedores dispuestos a realizar el procedimiento, costos asociados a la interrupción y sesgos religiosos y culturales, que se complicaron aún más por la dificultad de detectar el Síndrome Congénito del Zika hasta etapas avanzadas del embarazo, cuando el aborto generalmente se vuelve un procedimiento mucho más difícil de obtener.

Varios/as entrevistados/as mencionaron que las mujeres tenían información limitada sobre su derecho al aborto, incluso menos que la información que tenían con respecto al acceso y uso de anticonceptivos. El director ejecutivo de la clínica de salud reproductiva Oriéntame señaló que las mujeres recibieron mucha información errónea sobre la legalidad del aborto y los supuestos riesgos médicos asociados con el procedimiento¹¹¹.

Los dos médicos entrevistados, quienes realizaron abortos en clínicas públicas y privadas, mencionaron la falta de información adecuada sobre el aborto como una de las principales, si no la principal, barrera de acceso al aborto. Señalaron que muchos proveedores de servicios de salud no lo mencionaron como una opción y en algunos casos desinformaron porque muchos creían que su postura personal contra el aborto había justificaba compartir información limitada con los pacientes¹¹². “Hay muchas mujeres, o personas, hombres incluidos, que no conocen la ley, que no saben qué derechos tienen después de diez años con esta ley”, dijo un médico¹¹³.

Encontrar proveedores dispuestos a proporcionar información precisa y capaces de proporcionar el servicio fue señalado como otra barrera importante a la que se enfrentan las mujeres. El aborto se legalizó solo parcialmente en Colombia en 2006, lo que significa que la gran mayoría de los/as médicos/as en el país fueron educados antes de que ocurriera este cambio legal. Como resultado, muchos/as médicos/as nunca fueron capacitados sobre cómo proporcionar el procedimiento o aconsejar con precisión a los/as pacientes, dijo la directora ejecutiva de Oriéntame¹¹⁴. Tanto ella como el experto del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) señalaron negativas de la atención bajo el pretexto de la objeción de conciencia de los/as médicos/as que no querían realizar el procedimiento como un problema para acceder al aborto¹¹⁵. En teoría, se requiere que estos/as médicos/as envíen a las mujeres a alguien que realice el procedimiento, pero esto es más difícil en áreas remotas. “Esto es muy fácil de decir cuando estamos en Bogotá (la capital)”, dijo el experto del UNFPA. “En zonas remotas del país, donde hay tres ginecólogos y cinco médicos en el pueblo... es una barrera crítica”.



Los proveedores de servicios de aborto entrevistados informaron que otra barrera crítica para la atención era la falta de médicos/as en el país que realizaran abortos. Como resultado, descubrieron que las mujeres a menudo terminaban en sus instalaciones después de haber buscado infructuosamente en otro lugar¹¹⁶. Ambos médicos creen que el problema no era meramente una cuestión de doctores que carecían del conocimiento para realizar el procedimiento; uno señaló que los médicos han tenido diez años desde que el aborto se legalizó para recibir entrenamiento en cómo realizar un aborto, pero sus actitudes les impidieron realizar abortos terapéuticos¹¹⁷.

Si las mujeres pudieron encontrar a alguien para realizar un aborto legal, muchas no pudieron pagar el costo. Un estudio encontró que las barreras financieras eran el problema más recurrente para las mujeres que buscaban interrumpir un embarazo, lo cual ayuda a explicar por qué las personas de bajos ingresos tenían más del doble de posibilidades de tener dificultades para acceder a los servicios.¹¹⁸ Muchos planes de salud también retrasaron la aprobación del procedimiento como una forma de dificultar que las mujeres usen su cobertura para pagar el procedimiento. Como resultado, se descubrió que el derecho de una mujer a tener un aborto cubierto por su plan de salud era más un derecho teórico que práctico¹¹⁹.

Además de las barreras financieras, muchas mujeres no entendían los pasos necesarios para interrumpir legalmente un embarazo. Sin esta información, muchas mujeres se vieron obligadas a obtener un aborto clandestino en lugar de ser rechazadas por su proveedor. Si bien estos procedimientos pueden ser menos costosos, también son increíblemente peligrosos.

Eliminar las barreras del acceso al aborto No solo ayudaría a cumplir con la jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre proporcionar acceso real y significativo al aborto, sino que también reduciría los costos para el sistema de atención médica. Por ejemplo, un estudio encontró que el costo de un aborto en un centro especializado siguiendo las mejores prácticas era una fracción del precio de proporcionar atención de seguimiento en un hospital a una mujer que comenzó el proceso en otro lugar, como en el hogar con un aborto médico o con un proveedor clandestino¹²⁰. Esta investigación también indicó que minimizar el tiempo que las personas pasan buscando un aborto y maximizar la eficiencia con la que pueden ejercer su derecho a hacerlo, disminuiría la carga en el sistema de atención médica de Colombia¹²¹.



Derecho al aborto

Según el derecho internacional de los derechos humanos, las mujeres tienen derecho a “el nivel más alto posible de salud física y mental”¹²². El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU reconoce que el derecho a la salud incluye “el derecho a controlar la salud y el cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias”¹²³. Restringir el acceso de las mujeres al aborto legal y seguro, especialmente para aquellas personas cuya salud física y/o mental está en riesgo, pone en peligro muchos de sus derechos humanos internacionalmente protegidos. De hecho, los organismos de derechos humanos de la ONU han reconocido las consecuencias negativas de las leyes restrictivas del aborto en la salud de la mujer¹²⁴ y han expresado constantemente su preocupación por la inaccesibilidad de los servicios de aborto seguro¹²⁵. Como lo reconoce la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: “Asegurar el acceso a estos servicios de acuerdo con los estándares de derechos humanos es parte de las obligaciones del Estado de eliminar la discriminación contra las mujeres y de asegurar el derecho de las mujeres a la salud y a otros derechos humanos fundamentales”¹²⁶.



Cuidado y Niños y Niñas con Discapacidades

Mientras que algunas mujeres con Zika o aquellas en riesgo de contraer el virus han optado por evitar quedar embarazadas o han interrumpido voluntariamente un embarazo, otras han elegido (o se vieron obligadas por la falta de otras opciones) a quedar embarazadas y dar a luz. En las regiones con una alta prevalencia de Zika, incluso los/as bebés que no nacieron con ninguna complicación, como el caso del bebé de Daniela descrito anteriormente, deberán ser monitoreados y evaluados. Idealmente, el monitoreo debería continuar durante el primer año de vida, ya que se sabe con evidencia de laboratorio que los niños y las niñas pueden desarrollar anomalías consistentes con el Síndrome Congénito del Zika¹²⁷. Un miembro del equipo de investigadores de la Universidad del Norte, dijo que se sabe poco sobre el impacto a largo plazo del virus y que los niños nacidos de madres con Zika deben ser monitoreados indefinidamente¹²⁸.

“El Estado necesita ofrecer servicios de salud reproductiva”, dijo una abogada de Women’s Link Worldwide¹²⁹, que cree que esta obligación se ha visto incrementada por el hecho de que los/as bebés afectados por el Zika tendrán necesidades importantes a largo plazo que requieren un fuerte sistema de apoyo del gobierno para con las familias y cuidadores. “La realidad es que no es así como funciona el sistema [al menos no todavía]”, dijo. La periodista del diario en Barranquilla, El Herald, dijo que las familias de los niños y las niñas que nacen con microcefalia no deberían asumir los costos sustanciales asociados con la crianza de una niña o un niño con altas necesidades médicas, y que estas mujeres necesitan más apoyo económico del gobierno¹³⁰.

Hasta el momento, no se han anunciado programas a largo plazo en Colombia para apoyar específicamente a niñas y niños nacidos con complicaciones de salud relacionadas con el Zika. Sin ayuda significativa del Estado, la salud de un/a menor nacido/a con complicaciones relacionadas con el Zika puede representar una gran carga para los/as cuidadores/as, principalmente para las mujeres, quienes generalmente asumen el rol de cuidadoras en la sociedad colombiana. “Tenemos mujeres que no trabajan por el resto de sus vidas porque tienen que cuidar de sus bebés [con microcefalia y otras complicaciones]” dijo una experta en Zika del Instituto Nacional de Salud de Colombia. Cuando se mira de esta manera, el Zika tiene el potencial para crear un impacto a largo plazo sobre la igualdad de las mujeres y las amenazas para excluirlas aún más y limitar sus oportunidades económicas y capacidad de tomar libremente decisiones con respecto a la planificación y el cuidado de sus familias.



Derechos de los niños y las niñas con discapacidades

La protección de los derechos de las niñas y los niños con discapacidad debe ser una prioridad en la respuesta de cada Estado al virus del Zika. Los derechos de las personas con discapacidad están protegidos bajo la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)¹³¹. La CDPD establece que las personas con discapacidad tienen derecho al disfrute pleno e igual de los derechos humanos y las libertades fundamentales¹³². Los Estados deben garantizar que todos los mecanismos de apoyo necesarios y las modificaciones apropiadas estén disponibles y en funcionamiento para que los niños con discapacidades y sus cuidadores puedan disfrutar y ejercer todos los derechos humanos garantizados en igualdad de condiciones con los demás¹³³.

El Comité de los Derechos del Niño (CDN) de las Naciones Unidas reconoce la necesidad de proporcionar “apoyo material en forma de prestaciones especiales, así como de artículos de consumo y el equipo necesario, tales como muebles especiales y dispositivos de movilidad que se consideran necesarios para el niño con discapacidad para que tenga un tipo de vida digno e independiente, y sea incluido plenamente en la familia y en la comunidad”¹³⁴. En conformidad con la Convención, “los servicios de apoyo también deben incluir diversas formas de cuidado temporales, tales como asistencia en el hogar o servicios de atención diurna directamente accesibles en la comunidad. Esos servicios permiten que los padres trabajen, así como aligeran la presión y mantienen entornos familiares saludables”¹³⁵.

Además, el Comentario General No. 5 del Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales recomienda que los Estados aseguren la prestación de seguridad social e ingresos adecuados para apoyar a las personas con discapacidad y sus cuidadores¹³⁶. Este comité ha reconocido que “en la medida de lo posible, el apoyo prestado debe abarcar también a las personas (que en su inmensa mayoría son mujeres) que se ocupan de cuidar personas con discapacidad”¹³⁷.

Desigualdad socioeconómica y Zika

Los investigadores visitaron el municipio de Tasajera y el barrio de Maracaibo en la ciudad de Ciénaga, para entrevistar a las mujeres consideradas en alto riesgo de contraer el virus del Zika. Ambas áreas están en el departamento costero del Magdalena, una parte del país con una alta prevalencia del Zika¹³⁸. Estas áreas tienen un acceso deficiente al agua y al saneamiento y están ubicadas en un pantano, lo que dificulta el control de los mosquitos en la zona.

El municipio de Tasajera está situado en la carretera entre las ciudades de Barranquilla y Santa Marta, pero sus caminos de tierra y casas abiertas guardan poca semejanza al centro urbano a una hora de distancia. Por otra parte, las mujeres que fueron entrevistadas allí habían visto pocas señales de intervención del gobierno o del sistema de salud para hacer frente a la epidemia de Zika y sus consecuencias; ningún/ninguna entrevistado/a había visto trabajadores de la salud pública o privada en el área durante la epidemia de Zika ni habían visto ninguna información sobre el virus. El área visitada también tenía muchos cuerpos de agua estancada, a menudo debajo de casas construidas sobre pilotes de madera, un ambiente perfecto para la aparición de mosquitos. Flor, una de las dos mujeres entrevistadas, dijo que había visto a alguien esparcir un aerosol para mosquitos en el momento más crítico de la epidemia. “Solo vinieron esa vez. Desde entonces, no han regresado por asuntos relacionados con el Zika”, dijo Flor, “parece que ya se olvidaron de esa enfermedad”.

Maracaibo es un barrio de bajos ingresos en la ciudad de Ciénaga, donde las carreteras están sin pavimentar y las casas son estructuras simples de cemento. No hay pantallas para mantener a los mosquitos afuera y las puertas se mantienen abiertas todo el día para que entre aire en el calor intenso. Ninguna de las mujeres con quienes hablamos en esta zona había visto evidencia alguna de intervención del gobierno relacionada con la crisis del Zika en su comunidad. Ningún representante del gobierno había facilitado información, pruebas o repelentes de insectos, aunque una de las mujeres había oído hablar de fumigación en el área. Ninguna de las mujeres pensaba que hubieran recibido suficiente información del gobierno sobre el virus, cómo protegerse o los riesgos potenciales asociados con el Zika.

“Si me hubieran informado más, hubiera sido mejor,” dijo Ana, una mujer en Maracaibo. “Porque al saber aún más, uno puede cuidarse mejor... para las mujeres embarazadas, hay poca ayuda o información”¹³⁹. Ana compartió que en algún momento, cuando las historias sobre el Zika aparecían regularmente en las noticias, las mujeres estaban preocupadas por quedar embarazadas y estar infectadas, “pero ya no”. Ahora no escucha que sus vecinas tomen precauciones para evitar contagiarse o posponer el embarazo. “Hasta aquí, no. Nadie menciona nada”, dijo. “Las personas permanecen mal informadas”¹⁴⁰.

Aunque más de cinco mujeres con las que hablamos consultó con proveedor de salud del sector público con frecuencia para monitorear el estado de su embarazo, a ninguna se le había hablado acerca del Zika. La mayoría reportó de obtener la información de la televisión o la radio, lo cual planteó preguntas acerca de cómo los individuos sin acceso regular a estos dispositivos estuvieron informados.

Ninguna de las mujeres entrevistadas estaba usando repelente de insectos para prevenir la transmisión. Ana, por ejemplo, sabía que el repelente de insectos podría ayudar a prevenir la infección, pero dijo que era demasiado costoso para que pudiera comprarlo. Los investigadores realizaron una visita a la farmacia local en Maracaibo a pocas cuadras de la casa de Ana y encontraron que los precios oscilan entre aproximadamente USD2,70 (8.000 COP) para una botella diseñada para niños, hasta 4,75 dólares estadounidenses (14.000 COP) de la botella más costosa para adultos. Dado que el salario mínimo en Colombia en el momento de las entrevistas era aproximadamente USD 61,47 (CP 184.000) por semana¹⁴¹, una botella de repelente de

insectos por semana equivaldría a aproximadamente el 8% del ingreso mensual de un individuo y sería aún menos asequible para alguien que trabaja informalmente y no está cubierto por las leyes del salario mínimo.

En el pueblo de Tasajera, una mujer mencionó que el repelente de insectos ni siquiera estaba disponible para su compra en la tienda local. Aunque una entrevistada, la jefe de la Oficina de Salud Pública de Barranquilla mencionó un programa gubernamental para distribuir repelente de insectos en su ciudad, el programa tenía como objetivo llegar a los turistas que llegaban a la celebración anual del carnaval, no a ayudar a las mujeres locales en riesgo. Esa misma funcionaria señaló que creía que incluso si el gobierno proporcionara el repelente a la población de forma gratuita, no se resolvería el problema, ya que no existe una cultura del uso de repelente de insectos para protegerse de los mosquitos.

Derecho a un nivel de vida adecuado

De conformidad con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Estado tiene el mandato de reconocer el derecho a un nivel de vida adecuado para todos y todas¹⁴². Esto incluye el derecho a alimentación, vestimenta y vivienda adecuadas y a la mejora continua de las condiciones de vida¹⁴³. El derecho a la vivienda adecuada es para todos e incluye el derecho a la seguridad legal de propiedad de tierras, disponibilidad de servicios e instalaciones, capacidad para asumir los costos, habitabilidad, accesibilidad de vivienda, idoneidad de la ubicación y adecuación cultural¹⁴⁴. En el contexto del Zika, los Estados están obligados a “dar la debida prioridad a aquellos grupos sociales que viven en condiciones desfavorables, dándoles una consideración particular”¹⁴⁵.

Derecho al agua y el saneamiento

Se han encontrado problemas de infraestructura de larga data que han exacerbado el brote de Zika en Latino América y el Caribe¹⁴⁶. Esto fue particularmente cierto en las áreas más pobres de los países que fueron más afectados por el Zika. En 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución 70/169, que reconoce el derecho humano al agua potable y al saneamiento. Las Naciones Unidas hicieron un llamamiento a todos los Estados miembros para que garanticen la realización progresiva del derecho al agua potable y al saneamiento para todos de manera no discriminatoria y eliminen las desigualdades en el acceso, incluidas las personas pertenecientes a grupos en situación de riesgo y grupos marginados por motivos de raza, sexo, edad, discapacidad, etnia, cultura, religión y origen nacional o social o por cualquier otro motivo, con el fin de eliminar progresivamente las desigualdades basadas en factores como las disparidades entre el campo y la ciudad, la residencia en un barrio pobre, niveles de ingresos y otras consideraciones relevantes¹⁴⁷. Los Estados deben garantizar que su población disfrute del derecho al agua y al saneamiento, una garantía que podría mitigar eficazmente el Zika y los futuros brotes del virus¹⁴⁸.

Conclusión

Esta investigación estableció que las mujeres expuestas al Zika encontraron muchas barreras para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, particularmente aquellas de bajos ingresos que viven en áreas remotas y rurales. Por ejemplo, las campañas de salud pública relacionados con el Zika o las respuestas del gobierno en Colombia no incluyeron lenguaje que afirmara los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El costo se señaló con frecuencia como una barrera para acceder a la anticoncepción, así como las largas distancias de viaje a las clínicas, ya que dificultaban el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Se encontró que en Colombia también había marcadas diferencias en acceso a métodos anticonceptivos entre las zonas urbanas y las zonas rurales.

Aunque el aborto es legal en Colombia en tres circunstancias, siendo una de ellas la protección de la salud física y mental de la mujer, se encontró que no fue fácil para las mujeres acceder a estos servicios. Los/as profesionales de la salud, los planes de seguro y los entornos médicos con frecuencia se niegan a brindar atención a las mujeres debido a sus propias convicciones religiosas personales, lo que constituye un uso indebido de las leyes de objeción de conciencia. La falta de información adecuada también fue identificada como una barrera importante para el acceso al aborto. Los proveedores de servicios de aborto entrevistados expresaron que había muy pocos médicos que realizaran el procedimiento, y que las mujeres a menudo terminaron en sus consultorios después de haber buscado de manera infructuosa en otros lugares¹⁴⁹. Muchos planes de salud también retrasaron la aprobación del procedimiento como una forma de dificultar que las mujeres usen su cobertura para pagar el procedimiento¹⁵⁰.

Si bien se reportaron muchos casos de bebés con microcefalia, se encontró que las políticas relacionadas con la inclusión social y el acceso a los mecanismos de apoyo fueron algunas de las mayores preocupaciones de las familias con niños y niñas con discapacidades. Para empezar, típicamente estas familias se encuentran en situación de desventaja socioeconómica, lo que hace más difícil la responsabilidad adicional de cuidar a un niño o una niña con necesidades especiales. Sin embargo, lo que fue aún más preocupante fue que el gobierno no ha anunciado ningún programa a largo plazo para apoyar específicamente a los niños y niñas que nacen con complicaciones de salud relacionadas con el Zika.

Durante las visitas en terreno en el departamento costero del Magdalena en la parte norte del país, se encontró un gran número de alcantarillas y desagües pluviales abiertos sin tratamiento cerca de las ciudades donde se realizaron las entrevistas, creando condiciones insalubres de agua estancada cerca las casas de las personas entrevistadas directamente. Las condiciones de pobreza y falta de desarrollo continuarán impactando a las personas más vulnerables de ciudades tropicales que no pueden costear pantallas de ventana o repelente de insectos, los gobiernos deberían priorizar e invertir en aumentar el acceso al agua y al saneamiento mediante la mejora de la infraestructura de ciudades con condiciones de agua insalubre.



El Departamento de Salud de Barranquilla dijo que una de sus prioridades iniciales era evitar el pánico generalizado con respecto a la epidemia de Zika, razón por la cual no declararon una emergencia de salud pública¹⁵¹. Sin embargo, a partir de los primeros meses de 2017, cuando la peor parte de la epidemia había pasado, la jefe de esa oficina dijo que estaba preocupada porque el público podría bajar la guardia, causando un resurgimiento del virus.

El gobierno colombiano cometió el error de declarar como finalizada la epidemia en julio de 2016, ya que eso le sugería al público que ya no era necesario tomar precauciones para evitar la transmisión ni considerar opciones de planificación familiar. El gobierno parece haber confundido a la población al declarar el fin de la epidemia sin explicar las implicaciones para las mujeres que ya habían estado expuestas o que podrían infectarse en el futuro. Todos/as los/as expertos/as entrevistados/as sobre el tema estuvieron de acuerdo en que la crisis no había terminado, y que las repercusiones del virus llegaron para quedarse y podrían empeorar, tal vez incluso en la forma de otra enfermedad infecciosa. Lamentablemente, ese no fue el mensaje que el público recibió del gobierno.

Un investigador del Zika de la Universidad del Norte dijo, “el miedo es la primera palabra” que viene a la mente al pensar en los primeros días de la epidemia, pero ahora el problema se ha revertido. En lugar de que el gobierno continúe respondiendo para informar al público y aliviar sus temores, es necesario hacer aún más esfuerzos para mantener a las personas vigilantes con el fin de prevenir el Zika y considerar su impacto en la planificación familiar¹⁵². Un proveedor de servicios de aborto estuvo de acuerdo en que al principio el brote era realmente una oportunidad para educar a las mujeres y poner en debate público cuestiones de salud reproductiva¹⁵³. “En este momento”, dijo, “el estado de alerta y el miedo han disminuido”, a pesar de que el riesgo de contraer el Zika persiste. Las necesidades subyacentes de la población de tener acceso a servicios de salud reproductiva, así como tienen protección contra enfermedades transmitidas por mosquitos, permanece aún después de que la crisis del Zika ha terminado.

Recomendaciones



Recomendaciones al gobierno

- Garantizar que todas las mujeres embarazadas tengan amplia información y acceso a servicios de salud reproductiva, incluido el aborto, que reflejen las opciones disponibles y no los prejuicios personales o preferencias de los proveedores.
- Promulgar una legislación que respalde la legalización del aborto en todos los casos y que regule la objeción de conciencia por parte de los proveedores e instituciones de salud.
- Asegurar que las campañas de educación pública divulguen información precisa, completa y de fácil comprensión acerca de la transmisión del virus del Zika, incluyendo la transmisión sexual y sus consecuencias.
- Garantizar que las personas tengan información sobre sus derechos fundamentales y sobre cualquier política relacionada con la protección contra el Zika y sus consecuencias, incluido el derecho a métodos anticonceptivos gratuitos y diversos programas de asistencia social.
- Ofrecer acceso gratuito o asequible a repelente de insectos para todas las mujeres en edad reproductiva, particularmente durante las temporadas de mosquitos y en zonas con un alto riesgo de Zika y otras enfermedades por arbovirus.
- Garantizar a todas las familias, niñas y niños afectados/as por el Síndrome Congénito del Zika (SCZ), particularmente las familias de bajos ingresos, el acceso a los programas de asistencia social necesarios para el desarrollo de sus hijas e hijos y los medios de vida de las familias.
- Asegurar la implementación de políticas para contrarrestar proactivamente la discriminación por discapacidad o la estigmatización y garantizar la inclusión de los niños afectados por el SCZ en el sistema escolar y otros espacios sociales.
- Intensificar los esfuerzos para eliminar los criaderos de mosquitos y garantizar un control duradero del *Aedes aegypti*, incluida la inversión en infraestructura de agua y saneamiento para las comunidades que han sido más susceptibles a la propagación del Zika y otros arbovirus.



Recomendaciones al sistema de salud

- Aumentar la disponibilidad de una gama completa de opciones e información de métodos anticonceptivos para las mujeres que desean evitar el embarazo, incluida la anticoncepción a largo plazo y permanente en los sistemas públicos y privados de atención de la salud.
- Aumentar la capacidad de los/as profesionales de la salud para detectar y diagnosticar el Zika y proporcionar consistentemente datos demográficos, incluida la raza/etnicidad, para casos reportados como un medio para documentar mejor las inequidades sociales de la epidemia.
- Asegurar que los sistemas de vigilancia para monitorear el Zika en las áreas rurales y periurbanas estén a la par con los de las áreas urbanas.
- Garantizar que todas las personas, especialmente las adolescentes y las jóvenes, tengan acceso a información precisa sobre la prevención del embarazo y las infecciones de transmisión sexual, incluida la transmisión sexual del Zika.
- Asegurarse de que todas las mujeres embarazadas puedan acceder a atención prenatal desde el inicio de su embarazo y reciban asesoramiento sobre la prevención del Zika.
- Proporcionar acceso a atención psicológica para todas las mujeres embarazadas que vivan en zonas afectadas por el Zika, particularmente aquellas que han sido diagnosticadas con una infección durante el embarazo.
- Garantizar la disponibilidad de una segunda ecografía a todas las mujeres embarazadas que vivan en áreas afectadas por el virus para facilitar el diagnóstico temprano de la microcefalia.
- Capacitar a profesionales de la salud para que diagnostiquen y proporcionen o remitan a los y las bebés con SCZ a cuidados específicos.
- Llevar a cabo re-evaluaciones médicas de todos los casos reportados de SCZ que fueron descartados por microcefalia durante los primeros meses de la epidemia para identificar casos que ahora pueden ajustarse a criterios más amplios.
- Asegurar que todos/as los/as profesionales de salud tengan conocimiento sobre el acceso del aborto, incluyendo cómo las mujeres acceden legalmente al procedimiento y qué opciones tienen para recibir atención.
- Asegurar que las mujeres que desean interrumpir un embarazo reciban información precisa sobre sus opciones legales, incluida la reducción de daños cuando el procedimiento no esté disponible legalmente.



Recomendaciones al sector privado

- Colaborar con el gobierno para reducir el precio y extender la distribución de pruebas de diagnóstico de calidad, repelente de insectos seguro, medicamentos necesarios y dispositivos médicos para el tratamiento de SCZ y, cuando estén disponible, las vacunas.



Recomendaciones a la sociedad civil

- Apoyar el avance de los derechos humanos reconociendo el impacto que el Zika y otras enfermedades infecciosas tienen sobre el estatus socioeconómico, el género y la raza de una persona.
- Apoyar campañas de información pública permanente sobre el Zika con énfasis en la movilización de la comunidad y en la educación de los individuos sobre sus derechos relacionados con la salud y programas de asistencia social o políticas a su disposición.
- Vigilar la creación e implementación de políticas a largo plazo y programas relacionados con la salud sexual y reproductiva y la asistencia social para las familias y cuidadores de niñas y niños con discapacidad, particularmente en el contexto de las enfermedades infecciosas.
- Comprometerse con esfuerzos de investigación interdisciplinaria, cualitativa y cuantitativa sobre el impacto de Zika y otras enfermedades infecciosas para el desarrollo de recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas para las leyes y las autoridades.
- Fomentar la investigación sobre el impacto a largo plazo del Zika en los derechos de las mujeres, las niñas y los niños, facilitar el diálogo y las redes dirigidas por la comunidad entre las mujeres afectadas por el virus y promover el intercambio de conocimientos, especialmente en áreas con sistemas de salud pública de baja vigilancia, detección y prevención.

Citas

- 1 Estos reportes incluyen entrevistas formales con cinco expertos, así como discusiones informales con otros tres expertos con el propósito de contextualizar la información y realizar un muestreo de bola de nieve. Los entrevistados incluyeron expertos actualmente o anteriormente en la OMS, el PNUD, el ACNUDH y la CIDH. Además, al completar el análisis, las transcripciones se revisaron a partir de entrevistas con expertos que trabajan para agencias y entidades de las Naciones Unidas en los países estudiados para este informe, incluidos UNFPA y UNICEF en Brasil, UNFPA y PNUD en Colombia, y UNFPA y UNICEF en Brasil.
- 2 OPS/OMS, *Casos de zika y síndrome congénito asociado con el virus del Zika reportados por países y territorios en las Américas, 2015 - 2017: Casos acumulativos*, 20 de noviembre de 2017.
- 3 Oscar Pacheco et al. *Enfermedad del Virus Zika en Colombia - Informe preliminar*, N. Engl. J. Med. al 2, 15 de junio 2016.
- 4 Instituto Nacional de Salud (Colombia), *Semana Epidemiológica No. 1*, enero 2017, a los 88.
- 5 "Colombia le recomienda a las mujeres posponer el embarazo durante brote de Zika," Reuters, Enero. 21, 2016; Shasta Darlington; "Retrasar el embarazo en áreas con Zika, sugiere OMS," New York Times, 9 de junio de 2016.
- 6 "El Director General de la OMS resume los resultados del Comité de Emergencia sobre los conglomerados de microcefalia y el síndrome de Guillain-Barre", Centro de prensa de la OMS, 1 de febrero de 2016; Donald G. McNeil Jr., "Cómo la respuesta al Zika falló en millones," New York Times, Ene. 16, 2017; entrevista de los autores con Joana (marzo de 2017).
- 7 Donald G. McNeil Jr., "Para proteger contra el virus Zika, se le advierte a las mujeres embarazadas sobre viajes Latino América," New York Times, Enero. 15, 2016
- 8 OMS *Reporte de la Situación del Zika*, agosto 18, 2016, disponible en <http://www.who.int/emergencias/zika-virus/situation-report/18-august-2016/en/>.
- 9 Stephanie Nebehay y Julie Steenhuisen, «OMS declara fin de la emergencia de Zika pero dice que el virus sigue siendo una amenaza,» Reuters, nov. 18, 2016; Donald G. McNeil Jr., "Zika ya no es una emergencia mundial, dice OMS," New York Times, nov. 18, 2016
- 10 McNeil Jr., *supra* nota 9.
- 11 Nick Miroff, "Colombia declara su fin de su epidemia de Zika" Washington Post, 25 de julio de 2016.
- 12 CDC, Zika: Síntomas, pruebas y tratamiento, disponible en <https://www.cdc.gov/zika/symptoms/index.html>.
- 13 *Id.*
- 14 *Id.*
- 15 Pam Belluck y Tania Franco, "Familias de Brasil afectadas por el Zika, una vida de lucha y sustos," New York Times, Mar. 11, 2017; *ver también* CDC, defectos de nacimiento: Datos sobre la microcefalia, dic. 2016.
- 16 CDC, *supra* nota 15.
- 17 *Id.*
- 18 *Id.*
- 19 Ver, p. Ej., OMS, Información para viajeros que visitan países afectados por el Zika, Folleto informativo, abril 17 de 2017; Amy S. Patterson, "He aquí por qué la OMS respondió de manera diferente al Zika y al Ébola", *The Washington Post*, 4 de abril de 2016; Gobierno del Reino Unido, Virus del Zika: Consejos de viaje, 25 de julio de 2016, disponible en <https://www.gov.uk/guidance/zika-virus-travel-advice>; Judy Koutsky y Meredith Carey, "12 destinos libres de Zika para viajar este año," *Conde Nast Traveller*, 5 de abril de 2017.
- 20 McNeil Jr., *supra* nota 6.
- 21 CFR Comunicado de prensa, UNFPA, *El UNFPA monitorea de cerca el brote de Zika, insta al acceso a la atención y la información sobre salud sexual y reproductiva*, (4 de febrero de 2016); Comunicado de Prensa del UNFPA, *Planificación familiar voluntaria, incluyendo condones, esenciales para prevenir la propagación del virus del Zika*, mar. 10, 2016; Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Respeto de los derechos humanos esenciales para la respuesta de Zika - Zeid*, feb. 5, 2016; David H. O'Connoer et al., *Forjando relaciones colaborativas en Brasil: De SIDA a ZIKA*, 166 *CÉLULAS* 2 (2016) sobre cómo podemos construir mejores relaciones para combatir la epidemia de Zika aprendiendo de cómo Brasil estimuló la colaboración durante la epidemia de VIH. Estas colaboraciones podrían crear una respuesta más eficaz para la investigación internacional de enfermedades infecciosas; *ver también* CIDH *da la bienvenida al progreso e insta a los Estados a garantizar condiciones favorables para el ejercicio de los derechos de la mujer*, CIDH, mar. 8, 2016
- 22 Entrevista de autores a investigadores de la facultad de vigilancia del Zika en una universidad de Barranquilla, ene, 2017.
- 23 Entrevista de autores con Carolina Melo, oficial de género en el PNUD, ene. 2017.
- 24 Corte Constitucional [CC], 10 de mayo de 2006, Sentencia C-355/06, (Colombia).
- 25 Entrevistas de los autores con dos médicos que realizan abortos en hospitales públicos y privados en Bogotá, enero 2017.
- 26 [Entrevista de autores con Cristina Villarreal, directora, Fundación Oriéntame, enero, 2017.
- 27 *Ver, por ejemplo*, Paul Farmer, *Infecciones y desigualdades: Plagas modernas* (2001); Michael J. Selgelid, *Justicia, enfermedades infecciosas y globalización*, en 7 *Salud mundial y ética en salud mundial* 89, 89 (Solomon Benatar y Gillian Brock eds., 2011); Lara Stemple et al., *Derechos humanos, género y enfermedades infecciosas: Del VIH/SIDA al Ébola*, 38 *Human Rights Quarterly* 993 (2016).
- 28 OMS, *Un año después del brote de Zika: Como una oscura enfermedad llegó a ser una emergencia de salud mundial* (consultado el 30 de junio de 2017).
- 29 *Ver* la definición de salud reproductiva proporcionada por la oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos en *Artículo 12.2(a): Derecho materno, infantil y de salud reproductiva* en nota al pie 12 de los DESC *Gen. Comentario No. 14*.
- 30 *Ver* Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, *adoptado* dic. 13, 2006, art. 1, G.A. Res. A/RES/61/106 ONU GAOR, 61^{ra} sesión, ONU Doc. A / 61/611 (1980) (*entró en vigor* el 3 de mayo de 2008) [en lo sucesivo CDPD]; *Ver también* Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, *adoptado* 7 de junio de 1999, art. II, GA sesión 29.
- 31 Constitución Política de Colombia ART. 93 (COL.).
- 32 *Ver* Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos, *supra* nota 21.
- 33 Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas, *Colombia Reporte de valores de IDH y cambios en el ranking de desarrollo humano*, en 1-2 (2013).
- 34 *Id.*, en 4.
- 35 *Id.*, en 5.
- 36 OPS/OMS, *Casos de zika y síndrome congénito asociado con el virus del Zika reportados por países y territorios en las Américas, 2015 - 2017: Casos acumulados*, 8 de junio de 2017.
- 37 *Id.*
- 38 Donald G. McNeil Jr. y Julia Symmes Cobb, "Colombia es duramente golpeada por el Zika, pero no por la microcefalia," *New York Times*, oct. 31, 2016
- 39 «La microcefalia se cuadruplicó en Colombia este año debido a Zika-Reporte," *Reuters*, Dic. 9, 2016
- 40 William Wan, "El Zika era un insecto inofensivo Un nuevo descubrimiento muestra cómo se volvió monstruoso" *The Washington Post*, sept. 28, 2017; OPS / OMS, *supra* nota 36; *ver también* Declan Butler, *Brasil pregunta si el Zika actúa solo para causar defectos de nacimiento*, *Nature*, 25 de julio de 2016 y Jing-Wen Ai et al, *Brote de virus del Zika: 'Una tormenta perfecta'*, 5 microbios emergentes infectan e21 (2016) explica el porqué de la incidencia de microcefalia en Brasil y otras complicaciones relacionadas con el Zika que podrían darse únicamente en la zona.
- 41 Pacheco et al., *supra* nota 3.
- 42 Instituto Nacional de Salud (Colombia), *supra* nota 4.
- 43 Miroff, *supra* nota 11.
- 44 *Id.*
- 45 Instituto Nacional de Salud (Colombia), *supra* nota 4.
- 46 Pacheco et al., *supra* nota 3.
- 47 Associated Press, "El virus del Zika desencadena llamadas de retraso en el embarazo", *BBC News*, ene. 23, 2016
- 48 Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia), *Lineamientos Provisionales Para el Abordaje Clínico de Gestantes Expuestas al Virus Zika en Colombia*, Feb. 2016, a los 22.
- 49 *Id.*
- 50 Corte Constitucional, *supra* nota 24.
- 51 Nicholas Casey, "El virus del Zika en Colombia presenta una decisión complicada sobre el aborto", *New York Times*, feb. 15, 2016
- 52 Salud, editor, *Cinco anticonceptivos entrarán al POS*, *El Tiempo*, Dic. 15, 2007
- 53 *Id.*
- 54 Entrevista con miembros de la facultad que investigan la vigilancia del Zika, *supra* nota 22.
- 55 Instituto Nacional de Salud (Colombia), *Semana Epidemiológica No. 20* de mayo 2017, 95.
- 56 Instituto Nacional de Salud (Colombia), *Semana Epidemiológica No. 52*, dic. 2017, 114.
- 57 Entrevista con miembros de la facultad que investigan la vigilancia del Zika, *supra* nota 22.
- 58 Entrevista de autores con Eloena Guenago, Jefa de la Oficina de Salud Pública, Ciudad de Barranquilla, Colombia, enero. 2017.
- 59 *Id.*
- 60 *Ver* Comunicado de prensa, Ministerio de Salud de Barranquilla, *Suroccidente se prepara para enfrentar el Aedes Aegypti en invierno*, abr. 11. 2017.
- 61 Entrevista con Eloena Guenago, *supra* nota 58.
- 62 Comunicado de prensa del CDC, CDC y el Instituto Nacional de Salud de Colombia colaboran para comprender los efectos a largo plazo del virus del Zika durante el embarazo, sep. 2, 2016; Comunicado de prensa, Ministerio de Salud de Colombia, Colombia y EE. UU investigarán efectos a largo plazo del Zika, feb. 3, 2017
- 63 Entrevista con miembros de la facultad que investigan la vigilancia del Zika, *supra* nota 22.

- 64 Entrevista de autores con Marcela Mercado, investigadora del Instituto Nacional de Salud, Colombia, ene. 2017.
- 65 CRC, *Gen. Sin comentario 4*, párr. 28; Comité ESCR, *Gen. Comentario No 14*, para. 34; Comité de la CEDAW, *Gen. Recomendación 21*, párr. 22.
- 66 CRR, CENTRANDO LOS DERECHOS HUMANOS EN LA RESPUESTA AL ZIKA, 2.
- 67 *Id.*
- 68 *Id.*, En 1-4.
- 69 *Id.*
- 70 OMS, Preparación para emergencias, respuesta: Publicaciones, Orientación técnica sobre el virus del Zika, 2017.
- 71 Ministerio de Salud, Lineamientos Clínicos de Zika, en 11-12.
- 72 *Id.*
- 73 Estos precios se establecieron con base en la información de una farmacia en Maracaibo, Magdalena visitada por investigadores en enero de 2017.
- 74 Salario Mínimo en Colombia 2017, Portafolio, agosto. 17, 2017
- 75 Entrevista con Eloena Guenago, *supranota 58*.
- 76 Entrevistas de autores con María Alejandra Cárdenas Cerón, ex Directora Legal Regional, y Carmen Martínez López, Abogada Senior, en Women's Link Worldwide, ene. 2017.
- 77 *Id.*
- 78 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *adoptado* dic. 16, 1966, art. 12 (c), GA Res. 2200A (XXI), ONU GAOR, 21^a Sesión., Sup. No. No. 16, Doc. ONU A/6316 (1966) (*entró en vigor* 3 de enero de 1976).
- 79 Comité de DESC, *supra* nota 65, en el párr. 16.
- 80 *Id.*
- 81 *Id.*
- 82 Entrevista por autores con Martha Lucía Rubio Mendoza, asesora de salud sexual y reproductiva y de la juventud, UNFPA Colombia, ene. 2017.
- 83 *Id.*
- 84 *Id.*
- 85 *Id.*
- 86 *Id.*
- 87 *Id.*
- 88 Entrevista con miembros de la facultad que investigan la vigilancia del Zika, *supra* nota 22.
- 89 Entrevista con Carolina Melo, *supra* nota 23.
- 90 Entrevista de los autores con Alison Nikol Guerrero Rodríguez, periodista del periódico *El Heraldo*, enero 2017.
- 91 Entrevista de autores con Daniela, un seudónimo que se utilizó para proteger la identidad de la entrevistada, ene. 2017.
- 92 *Id.*
- 93 Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia), *supra* nota 48, en 18 y 22.
- 94 Entrevista con Daniela, *supra* nota 91.
- 95 *Id.*
- 96 *Id.*
- 97 *Id.*
- 98 Ver, Vanessa van der Linden et al., *Descripción de 13 bebés nacidos durante octubre de 2015 - enero de 2016 con infección congénita por el virus del Zika sin microcefalia al nacer - Brasil*, 65 (47) *Morb. Mortal Wkly Rep.* 1343, 1344, dic. 2, 2016
- 99 Este derecho se reconoce en numerosos instrumentos internacionales, entre ellos la *Declaración Universal de Derechos Humanos* y el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Este derecho también está reconocido en la *Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial*, la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres*, la *Convención sobre los Derechos de los Niños* y la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. En el contexto regional, el derecho a la salud también está protegido por el *protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en el Área de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.
- 100 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general No. 14; Derecho al más alto nivel posible de salud (Art. 12)*, (Sesión²² de 2000), Doc ONU HRI/GEN/1/ Rev.9 (vol. I) (2008).
- 101 Véase la definición de salud reproductiva, *supra* nota 29.
- 102 Pacheco et al., *supra* nota 3, en 5-6. Los departamentos de Magdalena y Atlántico tuvieron una incidencia acumulada de Zika de 81,4 y 333,4 por cada 100.000 entre mujeres embarazadas, mientras que Santander tuvo un rango de 333,5 y 621,4 por cada 100.000. La incidencia acumulada de Zika entre la población general en Magdalena y Atlántico fue de 283,3-655,7 por cada 100,000, mientras que fue de 655,8-1342,2 por cada 100,000 en Santander, Casanare y Tolima.
- 103 Entrevista de autores con Teresa, un seudónimo que se utilizó para proteger la identidad de la entrevistada, ene. 2017.
- 104 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, *aprobada* dic. 18, 1979, art. 16 (1) (e), GA res. 34/180, ONU GAOR, Sesión³⁴, Sup. No. 46, en 193, Doc. ONU A / 34/46 (1980), UNTS 13 (*entró en vigor* 3 de septiembre de 1981); ver también CRPD, *supra* nota 30, en el art. 23 (1)(b).
- 105 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, *aprobado* dic. 16, 1966, art. 17, párrafos 1-2, G.A. Res. 2200A (XXI), ONU GAOR, Sesión 21, Sup. No. No. 16, Doc. ONU A / 6316 (1966), 999 UNTS 171 (*entró en vigor* mar. 23, 1976); ver también Convención sobre los Derechos del Niño, *aprobado* nov. 20 de 1989, arts. 16 (1-2), 22 (1), G.A. Res. 44/25, anexo, ONU GAOR, Sesión 44, Sup. No. No. 49, Doc. ONU A / 44/49 (1989) (*entró en vigor* 2 de septiembre de 1990) [en lo sucesivo CRC]; Convención Americana sobre Derechos Humanos, *aprobado* nov. 22, 1969, art. 11, párrafo. 2, OASTS No. 36, OAS Oficina. Rec. OEA / Ser.L / V / II.23, doc. 21 rev. 6 (*entró en vigor* 18 de julio de 1978), disponible en <http://www.cidh.oas.org/Basicos/English/Basic3.American%20Convention.htm>.
- 106 Comité CEDAW, *Recomendación General número 25*, párr. 9.
- 107 Comité de DESC, *supranota 65*, en el párr. 34; Comité de la CEDAW, *Rec. General número 24*, párr. 17; Comité CEDAW, *supra* nota 65.
- 108 Véase la definición de salud reproductiva, *supra* nota 29.
- 109 CEDAW, *Rec. General 24*, párr. 14; CEDAW, Observaciones finales sobre Indonesia, CEDAW/C/IDN/CO/5 (2007), párr. 16; Comité de los Derechos del Niño, Observación general 15, párr. 31.
- 110 Entrevistas de los autores con dos médicos que realizan abortos en hospitales públicos y privados en Bogotá, enero 2017.
- 111 Entrevista con Cristina Villarreal, *supra* Nota 26.
- 112 Entrevistas con dos médicos, *supra* nota 25.
- 113 *Id.*
- 114 Entrevista con Cristina Villarreal, *supranota 26*.
- 115 Entrevista con Martha Lucía Rubio Mendoza, *supra* nota 82.
- 116 Entrevistas con dos médicos, *supra* nota 25.
- 117 *Id.*
- 118 Sarah Baum et al., *Demoras y barreras para el cuidado en Colombia entre mujeres que obtienen un aborto legal en el primer y segundo trimestre*, 131 *Int J Gynaecol Obstet* 285, 287, 2015.
- 119 Entrevista con Cristina Villarreal, *supranota 26*.
- 120 Elena Prada, Isaac Maddow-Zimet y Fátima Juárez, "El costo de la atención post aborto y el aborto legal en Colombia", *Perspectivas internacionales sobre salud sexual y reproductiva*, 39: 3, 114-23, en 119 (2013).
- 121 *Id.*
- 122 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *aprobado* Dic. 16, 1966, art. 1, G.A. Res. 2200A (XXI), ONU GAOR, Sesión 21, Sup. No. No. 16, Doc. ONU A / 6316 (1966) (*entró en vigor* 3 de enero de 1976), [en lo sucesivo, PIDESC].
- 123 Comité de DESC, *supra* nota 65, en el párr. 80.
- 124 Véase, p. Ej., Comité de Derechos Humanos, Observaciones Finales: Argentina, párr. No. 14, Doc. ONU CCPR/CO/70/ARG (2000); CEDAW 1999 pt. 2, cap. IV, Chile, párr. 228; CEDAW 1999, pt. 1, cap. IV, Colombia, párr. 393.
- 125 Véase, p. Ej., Comité de Derechos Humanos, Observaciones Finales: Malí, párrafo 14., Doc. ONU CCPR/CO/77/MLI (2003); Comité de Derechos Humanos, Observaciones Finales: Polonia, párr. No. 11, Doc. ONU CCPR/C/79/ Ad.110 (1999); Comité CAT, Observaciones Finales: Chile, párr. 7(m), Doc. ONU CAT/CR/32/5 (2004).
- 126 OHCHR, Serie *informativa sobre derechos en salud y derechos sexuales y reproductivos: Aborto* en 1, http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Abortion_WEB.pdf
- 127 CDC, Atención de seguimiento: Atención de seguimiento a largo plazo para recién nacidos con infección congénita por el virus del Zika, 2017). El pronóstico para niños con SCZ es actualmente desconocido. La CDC publicó directrices específicas para los bebés, que incluyen recomendaciones para las pruebas de SCZ, así como recomendaciones de gestión clínica para niños con evidencia de infección por el virus del Zika, con y sin complicaciones aparentes. Esto es para asegurar la detección y seguimiento del desarrollo fetal. Atención de rutina para los recién nacidos con evidencia de laboratorio de infección por el virus Zika sin anomalías constantes con SCZ debe incluir perímetro cefálico (occipitofrontal), longitud y peso. El seguimiento del desarrollo debe ocurrir también en cada visita, y cada 9 meses debe hacerse validación de proyección estandarizada del desarrollo apropiado para la edad. Según el CDC, "proyección de la visión, incluyendo el sentido visual, [también] debe realizarse en cada consulta, y debe hacerse remisión a un oftalmólogo ante cualquier preocupación del cuidador o del proveedor de servicios de salud. Los bebés que pasaron por un examen inicial de respuesta auditiva cerebral (ABR) deben ser referidos para pruebas de diagnóstico conductuales audiológicos pruebas de diagnóstico de comportamiento audiológico q la edad 9 meses, o antes si hay preocupación al respecto. En general, las familias y cuidadores de niños con infección congénita por el virus del Zika requerirán apoyo y continua evaluación psicosocial. Un componente crítico del cuidado del paciente y para facilitar la identificación temprana de retrasos en el desarrollo, las familias deberían estar facultadas para ser participantes activos en el monitoreo y cuidado de sus hijos".
- 128 Entrevista con miembros de la facultad que investigan la vigilancia del Zika, *supra* nota 22.
- 129 Entrevistas de autores con María Alejandra Cárdenas Cerón, ex Directora Legal Regional, y Carmen Martínez López, Abogada Senior, en Women's Link Worldwide, ene. 2017.

- 130 Entrevista de los autores con Alison Nikol Guerrero Rodríguez, *supra* nota 90.
- 131 Véase CDPD, *supra* nota 30.
- 132 *Id.*, en art. 1; Ver también Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, *supra* nota 30.
- 133 CDPD, *supra* nota 30, en art. 2, párr. 5.
- 134 CDN, *Comentario General No. 9*, párr. 41.
- 135 *Id.*
- 136 Comité de DESC, *Com. General No. 5*, párr. 28.
- 137 *Id.*
- 138 Entrevista con miembros de la facultad que investigan la vigilancia del Zika, *supra* nota 22.
- 139 Entrevista de autores con Ana, un seudónimo que se utilizó para proteger la identidad de la entrevistada, ene. 2017.
- 140 *Id.*
- 141 Salario Mínimo en Colombia 2017, *supra* nota 74.
- 142 ICESCR, *supra* nota 120, en el art. 11, párrafo. 1.
- 143 *Id.*
- 144 Comité de DESC, *Comentario general No. 4. El derecho a una vivienda adecuada (Art.11 (1) del Pacto)*, (sesión S6, 1991), en el párr. 8, Documento de las Naciones Unidas E/1992/23.
- 145 *Id.*, en el párr. 11.
- 146 Margaret Wurth, *La amenaza del Zika en Brasil sigue en pie: Agua, problemas de saneamiento que intensificaron la persistencia del brote de Zika* Human Rights Watch, 12 de mayo de 2017.
- 147 G.A. Res. 70/169, Los derechos humanos al agua potable y al saneamiento, en 4 (22 de febrero de 2016).
- 148 Wurth, *supra* nota 146.
- 149 Entrevistas con dos médicos, *supra* nota 25.
- 150 Entrevista con Cristina Villarreal, *supra* nota 26.
- 151 Entrevista con Eloena Guenago, *supra* nota 58.
- 152 Entrevista con miembros de la facultad que investigan la vigilancia del Zika, *supra* nota 22.
- 153 Entrevistas con dos médicos, *supra* nota 25.



[ReproductiveRights.org](https://www.ReproductiveRights.org)