



**Orientaciones  
para la atención  
integral del Zika  
para servicios de  
salud de la mujer**





**Orientaciones  
para la atención  
integral del Zika  
para servicios de  
salud de la **mujer****



## AGRADECIMIENTOS

Este material fue preparado por el staff de Banco Mundial y Consultores. El equipo estuvo liderado por Amparo Gordillo-Tobar y fue preparado por Raul Mercer, Coordinador del Programa de Ciencias Sociales y Salud de FLACSO (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales), Argentina en colaboración con Sergio Meresman, especialista en desarrollo inclusivo y asesor para diferentes agencias internacionales y gobiernos en la implementación de programas de promoción de salud con participación de la comunidad; Dra. Evelina Chapman, Consultora en el área de sistemas de salud basados en atención primaria de la OPS Washington y en OPS Brasil, coordinó la red de Políticas Informadas por Evidencias para las Américas (EVIPNet) y experta en traducción de conocimiento para la formulación de políticas, programas y leyes; Karina Cimmino coordina el Curso Internacional de Educación Sexual Integral (FLACSO/UNFPA/UNESCO). Consultora en educación sexual integral y promoción de la salud para distintos organismos internacionales y nacionales, Carlota Ramírez, investigadora senior asociada a Institute y en el Área de Género y Políticas Públicas de FLACSO Argentina; y la Lic. María Teresa Ruiz Cantero, catedrática de Medicina Preventiva y Salud Pública en la Universidad de Alicante (UA), consultora en género en los Estudios Universitarios de Ciencias de la Salud, para la Agencia de Calidad del Sistema Universitario de Cataluña y para la Red Vives de Universidades.

Un agradecimiento muy especial a equipos profesionales y organizaciones de mujeres de El Salvador. Por el Ministerio de Salud: Marcela Hernández (Coordinadora programa de salud de la mujer, adolescentes y niños), Douglas Giménez (Responsable de salud perinatal (atención postaborto), Juan Morales (Responsable de salud perinatal), Mario Soriano (Responsable de Salud adolescente), Carlos Sosa (Director Hospital Puerto La Libertad). Sara García y Arturo Castellanos (Integrantes de Agrupación Ciudadana por la despenalización del Aborto en El Salvador). Dalia Contreras (Integrante de la Unión médica por la salud de las mujeres). Miguel Antonio Guidos Serrano (Presidente de la Sociedad de ginecología del salvador). Maritza Melara (Experta en Desarrollo Inclusivo y Discapacidad). Marcela Gutiérrez (Comunicadora social y periodista). Grupo focal y encuesta intersectorial:

Save the Children, PASMO, PROFAMILIA, Glasswing International, EDUCO, Fundación un mundo libre, Universidad de El Salvador. Grupos de mujeres y adolescentes.

Adicionalmente nos gustaría agradecer a Suzanne Serruya Directora/Jefa de Unidad del Centro Latinoamericano de Perinatología/Unidad de Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR-OPS/OMS) Montevideo, Uruguay y Pablo Durán Asesor Regional en Salud Perinatal, Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP/SMR-OPS/OMS, por sus valiosos comentarios; a Meaghen Bridget Anne Quinlan-Davidson y Evelyn Rodríguez, consultoras del Banco Mundial, por su apoyo en la coordinación para la implementación y coordinación de la la producción de la publicación de este reporte respectivamente.

Finalmente, agradecemos al Fondo Nórdico que hizo posible la realización de este trabajo con ellos a Eva Kloeve y Michael Mahrt por su guía y apoyo en la preparación e implementación del proyecto.

Diseño gráfico: Lucrecia Feller. Ilustraciones: Paula Martínez

# ÍNDICE

1. Introducción y encuadre del problema .....	7
2. Zika y Derechos humanos .....	13
3. Zika y Salud sexual y reproductiva .....	55
4. Zika y Género.....	93
5. Abordaje del Zika en las Políticas Públicas .....	139

1



# **Introducción y encuadre del problema**

1

El presente material es el producto del trabajo conjunto de diferentes instituciones gubernamentales, organizaciones de la comunidad, agencias cooperantes e instituciones académicas que han desarrollado estos recursos destinados a servicios de salud que asisten a mujeres durante el proceso reproductivo y niños y niñas con discapacidad secundaria a la infección por el virus del Zika.

La epidemia de Zika mostró un antes y un después en la Región de las Américas. Por un lado el mecanismo de difusión acelerada a través de los países y la aparición de fenómenos secundarios a la enfermedad, condicionaron respuestas disímiles en cada territorio producto del desconocimiento, la incertidumbre y las consecuencias, hasta ese entonces, impredecibles de la enfermedad.

Este fenómeno motivó las respuestas de diferentes sectores y actores de los países atendiendo a la necesidad de contar con insumos orientados a mejorar los aspectos diagnósticos, del comportamiento clínico y epidemiológico de la enfermedad producida por el virus del Zika a fin de diseñar estrategias de control.

No puede dejar de reconocerse que la emergencia del Zika condicionó situaciones de turbulencias que fueron disipándose a medida que aumentó el conocimiento de la enfermedad, su mecanismo de propagación y se identificaron las poblaciones más vulnerables para padecerla.

El Zika se comportó entonces como un verdadero mecanismo disparador de alarmas y respuestas en salvaguarda de la población más sensible a los desenlaces negativos.

Al reconocimiento de ser una enfermedad transmitida por mosquitos infectados pertenecientes al género *Aedes* (*A. aegypti*, *A. albopictus*) y producida por el virus del Zika (*flavivirus*) se identificaron los mecanismos de transmisión y el comportamiento selectivo y diferencial de las personas afectadas, concretamente, las mujeres durante el período de gestación.

La epidemia de síndrome de Zika congénito (SZC) estremeció a la comunidad, los sistemas de salud y particularmente a las familias afectadas por las consecuencias severas que esta afección generó en las personas que padecían la infección.

Las respuestas no tardaron en llegar en materia de alertas a la población, campañas de sensibilización, activación de los sistemas de vigilancia epidemiológica, monitoreo de casos con SZC y de sus consecuencias sobre las familias, los servicios de salud y la comunidad.

A partir de esta situación, los países de América Latina y el Caribe comenzaron a ganar conocimiento y experiencia. Los ministerios y los servicios de salud comenzaron a generar respuestas traducidas recursos formativos y educativos para el personal de salud y la comunidad, además de las campañas a través de los medios de comunicación social.

Pasada esta etapa de turbulencia epidemiológica, algunos países han asumido una actitud latente frente al Zika sin reconocer que el fenómeno, de

carácter endémico, puede re-emergir en la medida que las condiciones ambientales, climáticas, sociales y sanitarias favorezcan una nueva propagación de la enfermedad.

Atendiendo a esta situación, surgen múltiples interrogantes que van más allá del análisis existente entre la relación vector-virus-huésped, los mecanismos de transmisión y la fisiopatología de la infección por virus Zika. Estos interrogantes tienen relación con aquellas dimensiones menos consideradas con relación al Zika y que atiende a destacar los aspectos psico-sociales, los determinantes contextuales, los aspectos vinculados con el ejercicio de los derechos humanos, particularmente aquellos derechos de la mujer en cuanto a su salud sexual y reproductiva, como así también los derechos de la niñez, particularmente de aquellos niños y niñas con discapacidad.

Es un hecho conocido, que el Zika, pese a tratarse de una enfermedad infecciosa, pero también es un hecho a reconocer que detrás del Zika se esconden un sinnúmero de realidades que expresan situaciones de injusticia social, de vulneración de derechos, de falta de respeto a la condición humana en materia de satisfacer elementos esenciales como son el principio de autonomía, de no discriminación, del derecho a la vida, la libertad, al desarrollo inclusivo y el goce de una vida plena sin ningún tipo de condicionamientos, restricciones u opresiones.

Es así que los presentes recursos están destinados a ampliar la mirada del Zika con un sentido más integral e inclusivo atendiendo a la necesidad de indagar de qué manera las dimensiones políticas, de derechos humanos, de derechos sexuales y reproductivos, de género y desarrollo inclusivo atraviesan los diferentes componentes evolutivos del proceso de salud-enfermedad.

El conjunto de materiales cuenta con dos componentes destinados a diferentes profesionales:

### **1) Orientaciones para la atención integral del Zika para servicios de salud de la mujer**

### **2) Orientaciones para la atención inclusiva del Zika en servicios de pediatría**

Ambos recursos, de carácter complementario tomaron en consideración la evidencia disponible sobre las características del Zika a lo largo del proceso reproductivo y la afectación neonatal. Todo ello, para dar un breve encuadre de la problemática de salud que afecta a ambos subgrupos poblacionales.

Además, en las orientaciones se hace un desarrollo particular de aquellas dimensiones que excepcionalmente son tenidas en cuenta durante la provisión de servicios y que trata de generar puentes entre la enfermedad producida por el Zika y aquellos aspectos asociados a los contextos, los derechos y la salud.

## 1. Introducción y encuadre del problema

Para el desarrollo de los recursos se contemplaron una serie de actividades consistentes en la búsqueda y revisión bibliográfica, el aporte de expertos/as en los respectivos temas abordados y la investigación en terreno a partir de un estudio de caso realizado en El Salvador.

Este material no pretende reemplazar o sustituir a los recursos desarrollados por los propios países y las agencias de cooperación. Por el contrario, es un material de carácter complementario que sin lugar a dudas contribuirá a mejorar la calidad de atención reconociendo a las personas (en nuestro caso las mujeres y los niños y niñas) en el centro de la escena.



2



# **Zika y Derechos Humanos**

2

# 1. Objetivos:

- Conocer las características del enfoque de derechos humanos y su importancia para abordar el Zika.
- Analizar las barreras para el cumplimiento de los derechos de las mujeres en edad fértil y sus implicancias para la atención integral del Zika.
- Brindar estrategias para orientar a los profesionales de salud la implementación del enfoque de derechos en la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento del Zika.

# 2. Introducción

Para abordar integralmente el Zika es necesario considerar el enfoque de derechos. Esto nos remite a comprender que son los derechos humanos y por qué el Zika se vincula con el derecho a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos.

Por otra parte, a lo largo de esta sección, intentaremos desandar un imaginario colectivo muy frecuente. Generalmente cuando uno piensa en los derechos, los imagina como algo abstracto, retórico y alejado de las prácticas. Por estos motivos, se intentará mostrar como los derechos son en realidad principios operativos que pueden orientar y enriquecer nuestro trabajo vinculado al abordaje del Zika en los servicios de salud.

Actualmente en las políticas y discursos se habla habitualmente del “enfoque de derechos”, sin embargo, en las prácticas concretas se continúan identificando grandes brechas entre lo que se enuncia y lo que realmente se hace. Esto se debe entre otras cosas, no solo a la ausencia de políticas públicas con este enfoque, sino también a la falta de formación de los profesionales para implementarlo y de la ciudadanía en su conjunto para exigirlo.

En esta sección analizaremos como los “contextos” donde se desarrolla el Zika son en realidad los “textos” para entender por qué acontece esta problemática, y a la vez, se constituyen en las pistas orientadoras desde las cuales podemos abordarla desde un enfoque de derechos. El Zika no se desarrolla ni afecta de igual manera a las mujeres de los distintos países, ni

al interior de cada país o región. El mosquito, en definitiva, profundiza con sus huellas las marcas de la pobreza y a la desigualdad social.

En este capítulo se promoverá la reflexión sobre las implicancias de esta temática para los profesionales de salud y se presentarán ejemplos de estrategias que los profesionales podrán desarrollar y recrear desde distintos ámbitos de trabajo para promover el derecho a la salud en sus prácticas cotidianas.



**Para pensar:**

**Imaginen por un momento los rostros, los lugares donde viven y la cotidianidad de las mujeres que se ven más afectadas por el Zika. ¿Quiénes son? ¿Por qué tienen más riesgo de contraer la enfermedad? ¿Es inevitable que sean ellas quienes más se afectan?**

## **3. El contexto de los derechos en América Latina y el Caribe**

Es un hecho reconocido por la Comisión Económica para América Latina de las Naciones Unidas (CEPAL), que América es el región más desigual en el mundo y que dichas desigualdades refuerzan otras brechas existentes (en término de desigualdades sociales, de derechos, género, y culturales, entre otras).

Existen todavía altos niveles de embarazos adolescentes no intencionales e intencionales que se concentran en los sectores socialmente desfavorecidos. Esta situación, en medio de otros problemas, generan enormes "costos de omisión", es decir, políticas públicas que omiten a la salud y los derechos reproductivos que afectan negativamente la autonomía de muchas mujeres. Si bien existe un ingreso progresivo de la mujer al mercado productivo, su situación es aún precaria y también lo es su capacidad de generar ingresos y ganar autonomía financiera.

Una consecuencia de esta realidad se traduce en la transmisión intergeneracional de la pobreza, que afecta a las sociedades y los Estados en su conjunto. Esta situación es particularmente negativa en aquellos entornos donde hay ausencia de políticas y programas para proteger los derechos de las mujeres y de la niñez, tales como licencia por maternidad, la posibilidad de contar con espacios de cuidado para niños pequeños, o de centros educativos para la población preescolar.

Por su parte, las brechas de género asociadas con brechas territoriales constituyen factores que impiden el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La mortalidad materna y el embarazo adolescente pueden ser comparados con otros indicadores como el acceso al uso de anticonceptivos y al aborto seguro en términos de desigualdades sanitarias. Todos estos indicadores demuestran que las mujeres, las adolescentes, las más pobres, indígenas y afrodescendientes son las más afectadas y vulneradas.

Reflejando la situación de varios países latinoamericanos un estudio nacional sobre las brechas de género realizado por agencias de la ONU en Colombia, revela cómo la desigualdad se expresa en la intersección de pobreza, raza, nivel educativo y ubicación geográfica, promoviendo la exacerbación de resultados negativos. Las tasas elevadas de mortalidad materna son persistentes, relacionadas con las inequidades de género y otras desigualdades que amplían la brecha entre ciertos subgrupos de mujeres. Al mismo tiempo, las tasas de mortalidad materna son aún más altas en el quintil más pobre, siendo 70% mayores en los departamentos con las mayores tasas de necesidades básicas insatisfechas, como las áreas rurales remotas, las comunidades indígenas o los grupos afro descendientes.

La mortalidad materna también está vinculada a la violencia de género y al embarazo no deseado/no planificado. Los indicadores relacionados con la violencia contra las mujeres son un reflejo sensible de la desigualdad de género y la limitada autonomía de las mujeres. Las estadísticas nacionales indican que ciertas características de la violencia de género (como la violencia física o el control de un compañero) son factores determinantes a la hora de explicar las muertes maternas a nivel local. El embarazo en la adolescencia refleja una dinámica de poder que reduce a las mujeres a un rol reproductivo a lo largo de sus vidas a expensas de vulnerar sus derechos. Esto sucede cuando un embarazo es el producto de una relación sexual profundamente asimétrica entre niñas o mujeres y sus parejas. Este fenómeno es más significativo por debajo de los 14 años, cuando, en promedio, la diferencia de edad entre la adolescente y su pareja varía de 7 a 11 años, por lo que la mayoría de estos embarazos podrían considerarse como resultado de una violación (una expresión de vulneración de derechos), de acuerdo con la legislación vigente en la mayoría de los países de América Latina.

## 4. Bases conceptuales sobre los Derechos humanos

Para comprender las vinculaciones entre el Zika y los derechos humanos es importante comprender primero en qué consisten, que características tienen y cuales son los derechos vinculados con el Zika.

### 4.a. ¿Qué son los derechos?

Los derechos hacen **referencia a un conjunto de principios y normas convenidos internacionalmente**. Son **inherentes a la naturaleza de la persona**, por el solo hecho de su condición humana, y su realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral del individuo. Los derechos dan poder efectivo a las personas y a las comunidades confiriendo obligaciones legales para su satisfacción y cumplimiento.

Los derechos están garantizados por normas y tratados internacionales. Se centran en la dignidad del ser humano y protegen los derechos de las personas como individuos y de los grupos de personas. Dado su carácter vinculante, generan obligaciones para los Estados que los ratifican.

Los derechos persiguen la igualdad jurídica: incluyen las diferencias individuales, y excluyen las diferencias sociales. En este sentido promueven la equidad porque reconocen que no todas las personas tienen las mismas posibilidades de acceder al ejercicio de sus derechos, y que para lograrlo deben contemplarse estas diferencias y emplear estrategias diferenciadas a los fines de lograr la igualdad de condiciones.

#### Hay dos principios básicos de los derechos humanos:

- 1. Progresividad:** Esto implica que los gobiernos deben adoptar medidas progresivas para asegurar el respeto de los derechos sociales, económicos y culturales, civiles y políticos en forma creciente.
- 2. No regresividad:** Son incompatibles aquellas disposiciones o políticas que signifiquen un retroceso en el nivel de goce o ejercicio de un derecho protegido.

Los derechos no surgen espontáneamente, sino que son producto de largas luchas sociales por reconocer como derechos distintas necesidades esenciales de las personas en cada momento social e histórico. En este

sentido, las necesidades se transforman en derechos, cuando se establecen como obligación para los Estados, y es esta condición de derechos la que legitima que las personas puedan peticionar y exigir por su cumplimiento a las instancias gubernamentales correspondientes

- Las necesidades se transforman en derechos cuando se establecen como una obligación para quien tiene el deber de proveerlas.
- La incorporación de los instrumentos de derechos humanos al derecho interno de los países implican obligaciones para los Estados que deben cumplirlas de manera progresiva<sup>1</sup>.
- Los derechos implican la posibilidad de peticionar y exigir por su cumplimiento,
- Los derechos implican la posibilidad de exigibilidad a los gobiernos y a sus instituciones.

A continuación se detallan los principales tratados y declaraciones internacionales de Derechos humanos en los que se contempla el derecho a la salud integral y a la salud sexual y reproductiva:

- **La Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948**
- **El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su protocolo facultativo, Naciones Unidas (1966)**
- **La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (1965)**
- **La Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio.1946)**
- **La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979)**
- **La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989)**

1. PIDESC 1966 artículo 2.1; Convención Americana de DDHH artículo 26 1969 OEA 2005 y Protocolo de San Salvador (DESC)

## 4.b. Características de los derechos:

- **Universales:** significa que los derechos deben ser aplicados a todas las personas por igual, sin ningún tipo de discriminación o diferencia. La universalidad no implica homogeneizar a los grupos sociales y negar la inequidad social. Muy por el contrario, implica considerar las diferencias entre los grupos sociales y la necesidad de crear acciones específicas que les permitan tener las mismas oportunidades para ejercer sus derechos.
- **Indivisibles:** Los derechos no pueden jerarquizarse, pues todos tienen la misma importancia para garantizar el desarrollo y bienestar de las personas y por lo tanto debe asegurarse el cumplimiento de todos por igual sin discriminación o distinción. Como todos los derechos tienen la misma importancia, ninguno de ellos debe cumplirse en desmedro del otro. Por ejemplo, si queremos garantizar el derecho a la salud y para hacerlo debemos mantener hospitalizada a una mujer durante un período extendido de tiempo, tendremos que considerar el modo en que podamos garantizarle paralelamente sus derechos: a ver a su familia, a estar protegida contra abusos y malos tratos, a expresar sus opiniones y decidir libremente, a estar e informada.
- **Interdependientes:** Significa que todos los derechos están interrelacionados entre sí y por lo tanto para garantizar el bienestar de las personas todos los derechos deben cumplirse simultáneamente. La falta de cumplimiento de un derecho inevitablemente afecta el cumplimiento de otros. Por ejemplo, la falta de cumplimiento del derecho a la educación afecta al ejercicio del derecho al desarrollo integral, pues limita las posibilidades de aumentar las capacidades intelectuales y culturales de los sujetos. Al mismo tiempo, la falta de educación afecta el ejercicio del derecho a la participación ciudadana y a la salud. Es un hecho conocido que los bajos niveles de educación formal en la población se asocian a pobres indicadores sanitarios.

## 4.c. Las diferencias entre los enfoques de necesidades y derechos

El concepto de necesidades provee las bases contextuales para comenzar a entender el significado de los derechos. Sin embargo, es importante comprender que si bien las necesidades y derechos están relacionados, al mismo tiempo son conceptos diferentes.

Los derechos son considerados principios superiores a las necesidades y universalmente aplicables a todas las personas, basados en su condición humana.

Es importante conocer estas diferencias porque desde el sistema de salud, si bien se proclama habitualmente el enfoque de derechos, en las prácticas generalmente se continúa trabajando con el enfoque anclado en las necesidades. Conocer y concientizar estos aspectos nos servirá para comprender mejor como podemos poner en práctica en mayor medida el enfoque de derechos en nuestro trabajo diario en los servicios de salud.

A continuación se presenta un cuadro comparativo con las diferencias entre el enfoque de necesidades y el enfoque de derechos:

<b>Enfoque de necesidades</b>	<b>Enfoque de derechos</b>
Caridad privada, acción voluntaria u opcional	Obligatorio, responsabilidad del Estado por garantizar los derechos
Trata los síntomas	Trata las causas estructurales
Metas parciales. Las intervenciones dejan de lado a algunas personas	Metas totales - todas las personas tienen los mismos derechos y se debe apoyar a todos
Jerarquía de necesidades. Se les puede dar prioridad	Los derechos son todos igualmente importantes, indivisibles e interdependientes
Las necesidades varían según la situación, el individuo, el entorno	Los derechos son universales (son los mismos en cualquier lugar)
Las personas se consideran objeto de necesidades / merecedoras de ayuda	Las personas son poseedoras de derechos exigibles/sujetos de derechos
La determinación de necesidades es subjetiva	Los derechos se basan en estándares internacionales
Involucra el tratamiento de problemas sectoriales estrechos	Enfoque integral, políticas, programas y acciones intersectoriales y holísticos
No se consideran las estructuras de poder que pueden obstaculizar el cumplimiento de derechos	Se intentan cambiar las estructuras de poder que obstaculizan el cumplimiento de derechos (Ej. inequidad, discriminación)
Las mujeres pueden participar con el fin de mejorar la prestación de servicios y programas pero es opcional y poco frecuente	Las mujeres son participantes activas por derecho y deben participar para diseñar y mejorar la prestación de servicios y programas
Trabaja hacia metas de resultados	Enfatiza en los procesos para lograr esos resultados en las instituciones que permitan su sustentabilidad en el tiempo. Los derechos se realizan a través del empoderamiento y construcción de capacidades de las personas involucradas
Los técnicos y expertos son los que diseñan las intervenciones y los que saben hacerlo	Se tratan de construir capacidades y de empoderar a las personas involucradas para que participen de la toma de decisiones sobre lo que debe hacerse y para que puedan exigir sus derechos

**Para pensar:**

Luego de leer este cuadro con las características de cada enfoque, piense en algunas de las estrategias que se llevan a cabo en su comunidad para abordar al Zika. ¿Cuál de estos dos enfoque predomina en el marco de las acciones que se realizan?

## 5. Aproximaciones hacia el enfoque de derechos

El enfoque de los derechos es una perspectiva de garantías que tiene el objetivo expreso lograr el reconocimiento y el ejercicio pleno de la ciudadanía de todas las personas. Se considera de referencia transversal obligatoria de los esfuerzos del Estado para reducir las condiciones de exclusión de las mismas.

Desde este enfoque, se abandona la visión tradicional de la persona como objeto de necesidades, para reafirmarla como sujeto de derechos.

Las políticas públicas con perspectiva de derechos, cuentan con **mecanismos de exigibilidad**.

Así las instituciones y profesionales encargadas de aplicar una política se deben basar explícitamente en las normas de derechos humanos. Esto sirve para recordar a quienes participan en su formulación y ejecución, la necesidad de evitar políticas y prácticas que dificulten cumplir con las obligaciones en términos de garantizar los derechos a los individuos y grupos sociales dentro de su jurisdicción. En este sentido, las instituciones de salud y el personal de salud no son ajenos a estas prerrogativas ya que cumplen un rol clave al momento de garantizar y defender los derechos de las personas. De allí que incorporar el enfoque de derechos, debe ser un eje significativo de la práctica profesional en los servicios de salud.

La incorporación del enfoque de derechos en las intervenciones de salud dirigidas a mujeres en edad reproductiva representa un esfuerzo y un compromiso para contribuir al logro de mejores resultados de salud en términos de equidad. Nos permite considerar las causas de las inequidades, y a

la vez nos orienta para poner en marcha estrategias y acciones en distintos niveles del sistema de salud, necesarias para erradicar las desigualdades e inequidades existentes.

Además, permite analizar y responder a los problemas de salud pública desde una perspectiva más integral que rompe con la mirada parcial y tradicional de salud, tomando en cuenta los determinantes sociales de la salud.

## 6. El derecho a la salud

Dado que el Zika es entre otras cuestiones, un problema de salud pública, es necesario comprender el significado del derecho a la salud. Para esto es importante analizar de qué concepto de salud partimos. A lo largo de la historia ha habido cambios en las formas de entender al concepto de salud-enfermedad, y si bien al interior de cada sociedad y grupos sociales existen diferentes concepciones y perspectivas alrededor de la salud, es necesario precisar que a lo largo de los **distintos momentos históricos en todas las sociedades existieron concepciones hegemónicas o dominantes de salud.**

Una de las primeras acepciones **hace referencia a la salud como ausencia de enfermedad manifiesta, es decir, como una condición opuesta a enfermedad.** En este caso, **la salud se reduce a cuestiones biológicas y fisiológicas.** Consideramos que éste es un enfoque reduccionista, en el que predomina una visión mecanicista de la salud. Se trata de visión estática y ahistórica de la vida, del individuo y de su salud.

### 6.a. La salud desde el pensamiento biomédico

Es una perspectiva que se constituye al influjo del paradigma positivista desarrollado y expandido en las ciencias a largo del siglo XIX. Este modelo considera que los problemas de salud son cuestiones puramente individuales. Desde su perspectiva analítica, separa cuerpo y mente, realizando una operación de "división" para su estudio y tratamiento.

El modelo biomédico tuvo un rápido desarrollo y prestigio basado en la evolución de la biología y de las ciencias naturales sobre la base del llamado "Método Científico", el diseño experimental y sus rápidas aplicaciones en la práctica médica en las instituciones hospitalarias. Para destacar algu-

nas de sus características: el modelo biomédico se basa centralmente en hallazgos clínicos, del uso de tecnologías médicas y de laboratorio. Predominio de la uni-causalidad: cada enfermedad es producida por una causa específica. Con el pretendido objetivismo del método científico, piensa al individuo como un cuerpo, cuyo organismo tiene reglas de funcionamiento universales. **De este modo, no considera la forma en que el contexto social e histórico determina la salud, y por el contrario, trata de aislar las variables sociales porque considera que empañan la objetividad científica.**

## **6.b. La salud-enfermedad como proceso multideterminado y multidimensional**

Según Floreal Ferrara (sanitarista argentino), la definición de salud expuesta en su libro "Teoría social y salud" (1985) nos ayuda a entender mejor a la salud desde una perspectiva social<sup>2</sup>.

*"La salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y que permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad. El proceso salud enfermedad es un fenómeno incesante que hace a la idea de acción frente al conflicto, de transformación ante la realidad.... La salud es un proceso incesante, cuya idea esencial reside en su carácter histórico y social".*

Desde las ciencias sociales y desde la medicina social se considera que, según el tipo de relación que el hombre establece con el proceso de reproducción de la sociedad, puede encontrarse el origen y la dinámica de los procesos de vida, enfermedad y muerte.

La salud comprende distintas dimensiones: física, social, psíquica, económica, y cultural (representaciones simbólicas), y las mismas dimensiones se encuentran íntimamente relacionadas entre sí. A la vez, la salud es resultado del interjuego de múltiples determinantes (condiciones de vida, cultura, ambiente, educación, etc.)

## **6.c. La salud como derecho**

El derecho a la salud es, ante todo, un derecho humano fundamental consagrado en numerosos tratados internacionales de derechos humanos y en las constituciones de la mayor parte de los países del mundo.

---

2. Muchos autores latinoamericanos han contribuido y contribuyen al pensamiento social de la salud como: Juan César García, Ramón Carrillo, Jaime Breilh, Asa Cristina Laurell, Edmundo Granda, María Isabel Rodríguez, Luis David Castiel, Naomar de Almeida Filho, entre otros.

Para comprender la importancia de promover este derecho, se considera necesario explicitar a qué nos referimos cuando hablamos de salud, cuál es el significado de dicho término, pues como se verá a lo largo de este capítulo, dependiendo de la forma en que se entienda la salud se actuará en mayor o menor medida para promover y garantizar este derecho entre las mujeres y sus familias.

Hoy en día, la salud es entendida como **una construcción social, histórica y cultural, multidimensional** (conformada por dimensiones físicas, psíquicas, sociales, espirituales y culturales) **y determinada por factores económicos, políticos, sociales, culturales, y espirituales.**

En este sentido, la salud y el derecho a la salud integral se vinculan con las capacidades de las personas de lograr un desarrollo pleno y una mejor calidad de vida. Considerando esta concepción de la salud, es posible visualizar que todas las personas y sectores, participamos en la construcción de la salud y por lo tanto todos podemos emprender acciones que contribuyan a promover y garantizar este derecho.

La salud, es un derecho humano fundamental. Esta definición es importante a la hora de diseñar políticas y estrategias de salud pública pues la misma remite a la necesidad de identificar y abordar las situaciones que impidan a determinados grupos sociales poder satisfacer este derecho y, al mismo tiempo, define las responsabilidades del Estado y en nuestro caso, como profesionales, poder garantizarlo. Para pensar en el derecho a la salud es útil recurrir al concepto de salud que se desprende del enfoque de **Promoción de la Salud.**

Desde este enfoque, la salud:

- Es abordada desde un concepto positivo.
- Es considerada como un recurso para la vida, como un bien a construir y un derecho a proteger.
- Es un derecho inalienable del ser humano.
- Considera la multi-determinación de los procesos salud enfermedad: factores educativos, culturales, sociales, ecológicos, ambientales, individuales y la necesidad de enfoques multisectoriales y multiactorales para abordar la complejidad de estos fenómenos.
- Contempla la necesidad de empoderar a los individuos para ejercer un mayor control sobre su salud y los factores que la afectan.
- Induce a la necesidad de contar con políticas públicas multisectoriales que puedan contemplar acciones sobre los distintos determinantes del proceso de salud-enfermedad.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha planteado otros **elementos esenciales del derecho a la salud que el Estado debe garantizar a todos sus ciudadanos** y que han sido retomados por la Corte Constitucional de varios países:

- **La disponibilidad:** tanto de servicios de salud, como de condiciones predeterminantes para la salud (socio-ambientales, vivienda, alimentación, educación)
- **La accesibilidad:** (geográfica, económica y cultural), tanto a los servicios como a la información relacionada con el cuidado y la atención en salud.
- **La aceptabilidad cultural:** los servicios que se ofrecen deben ser adecuados para la cultura y para el desarrollo del grupo humano específico al que van dirigidos, así como respetuosos de la ética médica y sensibles a los requisitos de género y curso vida, para que sean aceptados por ese grupo humano.
- **La calidad:** relacionada con que sean prestados por personal idóneo, capacitado, en condiciones adecuadas, eficazmente y que todos los insumos empleados sean de calidad, incluyendo los medicamentos y tratamientos dispensados.

La Organización Mundial de la Salud nos aporta una lectura interesante y de fácil lectura sobre la Salud y Derechos Humanos en un documento llamado "Veinticinco Preguntas y Respuestas sobre Salud y derechos humanos".

Disponible en: <http://www.who.int/hhr/activities/Q&AfinalversionSpanish.pdf>



### **Para pensar:**

**Luego de revisar las distintas concepciones de salud. ¿Cual es la concepción de salud que cree que subyace a las estrategias y acciones para prevenir el Zika en su país/comunidad?**

# 7. Transitando la epidemia de Zika desde los derechos.

## Las respuestas a la epidemia de Zika

La OMS reclasificó Zika como un **programa a largo plazo de trabajo** en lugar de una Emergencia Internacional de Salud Pública. Esta preocupación anticipa las largas consecuencias de la enfermedad. En efecto, funcionarios de salud pública, formuladores de políticas, y las organizaciones de la sociedad civil están considerando cuidadosamente cómo abordar a corto, mediano y largo plazo las consecuencias para la salud del Zika.

Las respuestas erróneas podrían socavar la capacidad de comunidades y gobiernos para abordar adecuadamente la salud y los impactos sociales del Zika, además de poner en peligro la salud emocional y física de los grupos vulnerables y orientar una dirección equivocada en los esfuerzos de la investigación y desarrollo.

Como se ha demostrado en otras epidemias, incluyendo Malaria y VIH, **comprometer a los derechos humanos mediante el apoyo equitativo de las respuestas que priorizan a aquellos grupos desproporcionadamente afectados, comunidades marginadas y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, en última instancia, resulta más eficaz y sostenible.**

Basado en los trabajos de Rasanathan<sup>3</sup> y colaboradores, los autores describen **4 categorías de respuestas frente al Zika**, además de enumerar aquellos principios de derechos humanos más relevantes, y el modo de aplicar estos principios para identificar deficiencias de los enfoques actuales y sugerir formas de avanzar en el abordaje de esta problemática.

Los principios de derechos humanos son relevantes para todas las facetas de la respuesta, incluyendo **(1) control vectorial para limitar la propagación del Zika a través de mosquitos, (2) intervenciones en salud sexual y reproductiva, (3) generación de conocimiento y tecnología, incluido pruebas diagnósticas y una vacuna, y (4) preparación del sistema para abordar las necesidades longitudinales de las familias afectadas por el Zika.**

---

3. Jennifer J. K. Rasanathan, MD, MPH, Sarah MacCarthy, DSc, Debora Diniz, PhD, Els Torrelee, PhD, and Sofia Gruskin, JD, MIA. Engaging Human Rights in the Response to the Evolving Zika Virus Epidemic. *AJPH Law and Ethics*. April 2017, Vol 107, No. 4

Categoría de respuesta	Ejemplos de Intervenciones
<p><b>1. Control de vectores</b></p> <p>Dirigido a reducir exposición fetal al virus controlando las poblaciones de mosquitos,(recomendado por la OPS y el CDC).</p>	<p>Destruir depósitos de mosquitos, aconsejar a las mujeres embarazadas a evitar las picaduras de mosquitos a través de protección de la ropa, mosquiteros, mallas, pantallas y repelente de insectos. En otros países no afectados las mujeres en edad reproductiva eran aconsejadas a evitar viajar a áreas endémicas de Zika. En algunas comunidades se utilizaron pesticidas.</p>
<p><b>2. Los derechos sexuales y reproductivos</b></p> <p>Recomendaciones de salud sobre la actividad sexual y la ampliación del acceso a los servicios pertinentes y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (ver capítulo de Zika y Salud Sexual y Reproductiva).</p>	<p>El CDC aconsejó a las mujeres evitar las relaciones sexuales sin protección con parejas masculinas que viven o han viajado a áreas endémicas del Zika. Esto generó la mayor atención de los medios de comunicación y funcionarios de salud pública de Brasil, Colombia, Ecuador. Para el caso de El Salvador y Jamaica aconsejaron a las mujeres retrasar la procreación por hasta 2 años. La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos y defensoras de los derechos de las mujeres respondieron pidiendo un mayor acceso al aborto seguro en los servicios. Los funcionarios en Colombia decidieron considerar el Zika como una razón aceptable para el aborto legal según su ley, pero ningún otro país ha seguido su ejemplo.</p>
<p><b>3. Generación de conocimiento y desarrollo de tecnología:</b></p> <p>Investigar la fisiopatología y efectos sobre la salud de la infección por Zika</p>	<p>Se solicitaron fondos para acelerar la investigación en pruebas de diagnóstico, tratamientos y vacunas; y aprovechando al máximo información actualizada públicamente disponible. (Institutos de Salud de los EEUU, NIH).</p>
<p><b>4. Preparación y reorganización de los servicios para satisfacer las necesidades de cuidado longitudinal del Zika</b></p>	<p>Aunque se están realizando esfuerzos para fortalecer las redes de laboratorios y de vigilancia en varios países de las Américas, se ha prestado relativamente poca atención a la estructura del sistema de salud, la fuerza de trabajo y el financiamiento. Pocos gobiernos han hecho público cómo están contabilizando el Zika en su planificación y presupuesto de salud.</p>

### **A continuación se describen de forma más detallada cada una de estas 4 estrategias:**

**1) Control integral de vectores:** La cuestión del control de vectores puede ser abordada desde el conocimiento del ciclo biológico del mosquito y su relación con la transmisión del virus o, adicionalmente, desde el análisis del contexto político que contemple los marcos legales que hacen que las mujeres de bajos ingresos y sin educación, residentes en zonas rurales, sean más vulnerables a la infección prenatal por el Zika. Ello contempla por ejemplo las políticas de vivienda, las estrategias de reducción de la pobreza, las políticas para frenar el cambio climático que tendrán un impacto

duradero en la configuración de la gravedad y el alcance de esta y futuras epidemias transmitidas por vectores.

**2) Los derechos sexuales y reproductivos:** el Zika es un verdadero argumento recordatorio de que las mujeres en América Latina y el Caribe tienen acceso limitado a la anticoncepción, ya que aproximadamente el 56% de los embarazos no son planeados y para el caso del embarazo temprano (menores de 15 años) son expresión de abusos y violación de derechos. El acceso a información científica precisa, completa y oportuna es fundamental para tomar decisiones sobre si buscar, evitar o continuar un embarazo.

El **derecho a la salud y el derecho a la libertad de información** sugieren el derecho de las mujeres embarazadas y sus parejas a tener acceso a la información más actualizada sobre las consecuencias para la salud de la infección por el Zika.

Es un hecho conocido que la información llegó demasiado tarde para la “primera generación” de mujeres con embarazos afectados por el Zika, las mujeres que actualmente toman decisiones reproductivas deben tener acceso a información sobre la eficacia, el uso correcto y los efectos secundarios de los métodos de planificación familiar; la transmisión sexual del Zika y su prevención; el diagnóstico oportuno de Zika prenatal; las pruebas prenatales precisas; y el diagnóstico de malformaciones neurológicas, así como el asesoramiento confidencial.

El derecho a la salud reproductiva incluye el derecho a elegir “**el número, espaciamiento de sus hijos**”. Una respuesta al Zika basada en los derechos humanos implica necesariamente el acceso universal a métodos anticonceptivos eficaces controlados por mujeres y hombres incluida la anticoncepción de emergencia (**ver capítulo sobre Zika y Salud Sexual y Reproductiva**).

La lección duramente aprendida de la epidemia del VIH de que **los condones, y no la abstinencia, reducen la transmisión sexual de las infecciones virales** es un aspecto también a destacar en el Zika. Además, la atención al principio de no discriminación aseguraría que los servicios para la atención integral de la salud sexual y reproductiva estén disponibles específicamente para aquellas mujeres con menor acceso.

Una gama de estrategias, incluida la prestación de servicios móviles, mayor disponibilidad de anticoncepción de emergencia, despliegue de trabajadores de salud rurales, promoción de la salud basada en la comunidad y mecanismos de incentivos podrían mejorar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres más vulnerables.

A partir del trabajo de campo realizado en El Salvador, **la discriminación basada** en el género emerge como uno de los aspectos vinculados con la epidemia de Zika (**ver capítulo sobre Zika y Género**).

Una respuesta basada en los derechos humanos amplía la necesidad de trabajar para corregir las manifestaciones estructurales, económicas y so-

ciales de discriminación basada en el género que limitan el acceso tanto a la información como a los servicios.

Las recomendaciones de que las mujeres eviten el embarazo durante el brote de Zika han sido ampliamente criticadas: pedir a las mujeres que demoren la maternidad cuando su realidad atravesada por la opresión, la violencia sexual generalizada y la lealtad a las iglesias católicas y evangélicas son, en el mejor de los casos, poco realistas y, en el peor de los casos, irresponsables.

En el contexto de una enfermedad transmitida sexualmente que causa aborto espontáneo, muerte fetal intrauterina y malformaciones neurológicas y, lo que es más importante, cuando las mujeres no pueden juzgar el riesgo de daño a sus fetos, las mujeres embarazadas buscarán el aborto incluso aún en la ilegalidad. En este escenario de incertidumbres sobre el espectro completo de riesgos de infección prenatal por Zika, las mujeres embarazadas en las áreas afectadas por el Zika necesitan acceso a opciones de asesoramiento también como servicios de interrupción del embarazo seguro.

Cuando las mujeres retrasan la búsqueda de atención después de la práctica de un aborto clandestino por temor a la criminalización o al encarcelamiento, la morbilidad y mortalidad materna es aún mayor. Por lo tanto, reconocer el derecho a la salud también requiere reducir los daños generados por el aborto inseguro y el cuidado postaborto. Esta realidad dolorosa implica proporcionar un mayor acceso a servicios de aborto seguro y atención postaborto, así como revertir las restricciones en el acceso a esta práctica cuando existe una indicación para preservar la salud y la vida de la mujer.

De hecho, las elecciones personales se vuelven políticas cuando a los individuos se les niega el derecho a hacer o a seguir sus opciones reproductivas. Los estamentos judiciales pueden ser un lugar importante para impugnar las leyes sobre el aborto, incluso con gobiernos conservadores. Las estrategias de litigio podrían ampliar las excepciones de salud para el aborto en base al daño psicológico sufrido por las mujeres embarazadas con Zika (Colombia). Alternativamente, basándose en el fallo de la Corte Brasileña de 2010, las mujeres con fetos anencefálicos pueden legalmente terminar un embarazo hecho que fue extendido para los casos acontecidos en el contexto del Zika.

Reconociendo que legalizar el aborto no es políticamente factible para muchos Estados de la región, se necesitan políticas que puedan, al menos, reducir el sufrimiento físico y psicológico de las mujeres. Por ejemplo, despenalizar a los proveedores que realizan abortos y a las mujeres que lo solicitan, podría hacer que los procedimientos seguros estén más disponibles y sean más accesibles.

**3) Generación de conocimiento y desarrollo de tecnología.** La confirmación de que la infección prenatal por Zika causa malformaciones neu-

rológicas cimentó la demanda mundial de pruebas de diagnóstico precisas y una vacuna. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprobó una prueba de diagnóstico basada en la reacción en cadena de la polimerasa para uso comercial en los Estados Unidos, pero las mujeres y los hombres en América Latina tienen dificultades para acceder a estas pruebas. Para cumplir con las obligaciones del derecho a la salud, el derecho a la libertad de información y la no discriminación, pruebas de diagnóstico rápido, terapéuticas y vacunas (a medida que se desarrollan) deben estar disponibles y accesibles para todas las mujeres y hombres, en particular los más vulnerables a los daños del Zika, no solo los de los países de altos ingresos.

Décadas de lucha por el acceso a medicamentos antirretrovirales para el VIH han demostrado que la distribución equitativa es posible y efectiva. La lucha por los medicamentos antirretrovirales indudablemente atrajo la atención mundial hacia la incoherencia entre los derechos humanos y la salud pública, por un lado, y la propiedad intelectual y los acuerdos comerciales, que facilitan los altos precios de los medicamentos y los altos beneficios para la industria farmacéutica a expensas de las vidas humanas.

Los incentivos existentes de investigación y desarrollo no son adecuados para responder a las necesidades de salud pública, en particular para las poblaciones vulnerables y ante las epidemias emergentes. Cuando el interés de la industria impulsa la innovación, el desarrollo de una vacuna puede depender más del beneficio potencial que necesidad de salud pública. El derecho a la salud y a la libertad de información, junto con el principio de no discriminación, refuerzan la necesidad de una plataforma abierta de intercambio de datos como bien público universal.

**4) Preparación y reorganización de los servicios para satisfacer las necesidades de cuidado longitudinal del Zika.** Aunque la gravedad del síndrome congénito del Zika varía, la mayoría de los niños afectados requieren servicios médicos y sociales especializados cuyas necesidades superan los servicios de rutina en los sistemas de salud pública dados los requerimientos de atención longitudinal especializada, terapia física y ocupacional, o permanecer en centros de atención a largo plazo.

Aunque la OMS ha trabajado con los estados miembros para fortalecer las redes de vigilancia y laboratorio y para aumentar los servicios prenatales, la capacidad de los sistemas de salud para atender las innumerables necesidades de las familias afectadas por el Zika ha recibido relativamente menos atención.

El derecho a la salud y la libertad de información, junto con los principios de no discriminación y participación, revelan formas clave en que las respuestas del sistema de salud al Zika pueden ser más equitativas y, por lo tanto, más efectivas y sostenibles. Más allá de la salud sexual y reproductiva, los servicios relacionados con el Zika deben incluir atención médica y física especializada para bebés que nacen con malformaciones neurológicas, así como apoyo psicológico para las familias afectadas por el Zika. (ver

la publicación sobre Orientaciones para la Atención Inclusiva de Niños con Síndrome de Zika Congénito para Servicios de Pediatría).

**Los servicios de atención crónica son costosos y deben presupuestarse en los procesos de financiación de la salud.** Recordando que las familias que buscan servicios relacionados con Zika se concentrarán en las áreas donde los proveedores de atención médica son más escasos, **un enfoque basado en los derechos reconoce que los sistemas de salud pueden necesitar reorientar personal y recursos a las áreas geográficas con mayor prevalencia de Zika.**

Las mujeres en edad reproductiva, embarazadas, como las mujeres con niños afectados por el Zika podrían ayudar a identificar los servicios de salud y las tecnologías para priorizar el aumento de escala (mapeo de recursos). Del mismo modo, los niños afectados por el Zika también deberían participar longitudinalmente en la planificación de la salud para fomentar el respeto de sus derechos y la dignidad. Por último, los encargados de planificar los servicios de salud deberían abordar los posibles daños asociados a la enfermedad y la necesidad de ampliar los servicios relacionados con la atención del Zika. El análisis de la constelación de leyes relacionadas con la organización y financiación de sistemas de salud individuales y la(s) forma(s) en que podrían apoyar o interferir con la realización del derecho a la salud durante la epidemia de Zika pueden orientar la formulación de políticas en diferentes contextos.



### **Para pensar:**

**¿Según la clasificación propuesta, cuáles de estas categorías de respuestas fueron consideradas en mayor medida en su país y localidad para abordar el Zika?**

**¿Cuáles piensa que fueron las principales debilidades y fortalezas de las respuestas adoptadas por su país ante la emergencia del Zika?**

## 8. Zika y derechos reproductivos

Como se abordó previamente, el Zika se vincula con el derecho a la salud, pero al mismo tiempo se vincula también con los **derechos sexuales y reproductivos** de las mujeres. En el capítulo de salud sexual y reproductiva se abordan en detalle estos aspectos.

En 2015, la epidemia de Zika se intensificó en las Américas, dando lugar a una respuesta aguda a nivel global (9) y nivel nacional en países como Colombia, (10) y Brasil, con un profundo nivel de preocupación por la escala de sus consecuencias imprevistas. Esta epidemia llevó a consecuencias insospechadas porque el virus está vinculado a la salud reproductiva y, específicamente, porque afecta a las mujeres embarazadas y sus bebés. A pesar de la continua incertidumbre y conocimiento incompleto, la asociación entre infección por el virus Zika y la microcefalia como así como otras alteraciones cerebrales fetales severas (actualmente denominadas "síndrome congénito por Zika") ha sido confirmado por la comunidad científica.

El impacto de la infección sobre la malformación neurológica severa de los hijos de mujeres afectadas en Brasil no tenía paralelo en otros países, dando lugar a preguntas sobre las razones de la agresividad aumentada local y teratogenicidad del virus. Desde el comienzo de la epidemia y en una mirada de respuestas, esta situación ha llevado a muchos países a recomendar que las mujeres pospongan sus embarazos hasta dos años, como ha sido el caso en El Salvador. En este último país se presentaba además una situación contradictoria en el mensaje, porque el aborto es sin excepción una ofensa criminal. En otras palabras, se han establecido medidas en lugar de luchar contra la epidemia y, simultáneamente, afrontar los desafíos de salud reproductiva asociados con la misma.

**Se puede asumir que el abordaje de la epidemia de Zika no ha tenido carácter integral y que en cierta medida la epidemia expresa y agrava las desigualdades existentes en la población.** Las epidemias recientes están vinculadas con cambios significativos en las condiciones de medio ambiente como la amplia deforestación, o a las actividades mineras como en el caso del Ébola, o el aumento de la urbanización informal, la pobreza y la ausencia de condiciones sanitarias adecuadas para el caso de Zika.

En general, **la propagación de epidemias puede estar asociada con la presencia de zonas con alta densidad de pobreza en el las afueras de las zonas urbanas con bajos niveles de saneamiento y aguas residuales abiertas.** La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido que: **"la carga de Zika cae sobre los pobres... En las ciudades tropicales en todo el mundo en desarrollo, los pobres no pueden permitirse aire acondicionado, pantallas de ventana o incluso repelente de insectos.** Sin agua entubada y pobre saneamiento, se ven obligados a almacenar

agua en contenedores, proporcionando las condiciones ideales para la proliferación de mosquitos. Dado el alto nivel de incertidumbre sobre por qué la epidemia de Zika en Brasil ha sido tan mucho más teratogénico que en otros entornos, investigando la sinergia potencial de estas salud los riesgos deberían ser una prioridad de investigación.

**Son las mismas mujeres las que tienen mayor riesgo de mortalidad ampliamente prevenible**, las que son también más vulnerables al embarazo adolescente y embarazo no deseado. Todas estas mujeres son más pobres y menos educadas; habitan en áreas rurales o en las afueras de las ciudades; y están expuestas a riesgos ambientales, a los mosquitos, a la contaminación química en sus hogares y del agua potable. Este es también **el perfil de las mujeres que están ahora enfrentando la mayor parte de la carga de la epidemia de Zika, por el lugar donde viven, la vida social y económica condiciones asociadas con ellos y porque ellas son las que dan a luz a bebés con malformaciones neurológicas**. Por eso afirmamos que Epidemias de Zika, junto con las desigualdades y la falta de derechos reproductivos, constituyen una sinergia perversa en América Latina... **Las epidemias afectan principalmente a los pobres y sin poder.**"

## 9. Zika y derechos humanos

La epidemia de Zika es un claro ejemplo sobre cómo una problemática de salud se expresa y se traduce en situaciones de vulneración del derecho humano a la salud.

*"La condición y la división de clases está relacionado con la muerte de las mujeres, ya que las mujeres pobres no tiene acceso a los servicios de salud que es un derecho. Necesitan políticas públicas reales para las mujeres."* (Grupo Focal Mujeres)

Según la Comisión Interamericana de Derechos Humanos<sup>4</sup>, en relación a

4. Galeazzi M. Human Rights Brief. January 16th, 2018. El virus del Zika y Derechos Humanos: protección y garantía de los derechos de las mujeres y de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe

la posibilidad de interrumpir el embarazo, el aborto está penalizado de forma absoluta en Perú, Brasil, República Dominicana y El Salvador con lo cual el Zika expuso a las mujeres a la obligación de enfrentar embarazos que significaron un riesgo para su vida y a su salud. En cambio, en el caso de Colombia en donde la interrupción voluntaria del embarazo está permitida, se evidenció una generalizada falta de conocimiento en las mujeres de su derecho a la interrupción voluntaria de sus embarazos.

Según un informe publicado en *The Lancet*<sup>5</sup>, mientras que el aborto ha disminuido en la mayoría de los países desarrollados, prácticamente no ha habido descenso entre las naciones en desarrollo. En **América Latina**, el aborto es principalmente un procedimiento clandestino o cuasi clandestino, y las raíces de los más significativos los problemas de salud reproductiva están en lo profundo de las desigualdades existentes entre diferentes grupos de mujeres: las más pobres y las más ricas; las menos y más educadas; las mujeres que viven en socioeconómicamente en un ambiente urbano afluente y aquellas en contextos periurbanos precarios y rurales; y finalmente, mujeres indígenas.

**La epidemia de Zika tuvo un impacto diferencial en las mujeres y zonas más pobres.** En el caso de Brasil, se señaló que la mayoría de las mujeres afectadas fueron jóvenes, negras e indígenas, principalmente adolescentes entre 14 y 19 años que no poseían educación básica completa. En el caso de República Dominicana, gran parte de las mujeres afectadas eran inmigrantes provenientes de Haití. **Todas estas situaciones reflejan los modos diferenciales del impacto diferencial del Zika en grupos segregados en razón de su género, clase, nacionalidad y etnia.**

Por su parte, según la Unidad de Discapacidad de la CIDH, se reafirmó la necesidad de que se despenalice la interrupción del embarazo en los casos en donde existe “la posibilidad de que los niños [nazcan y crezcan] con un defecto que los [convertiría] en personas con un grado de discapacidad”. Si bien reivindicó el derecho de las mujeres a la interrupción del embarazo, destacó la importancia de que su decisión sea libre e informada. Esto implica que en los casos de embarazos en los que existen posibilidades de que nazca un niño o niña con discapacidad, las mujeres deben ser informadas de manera imparcial y no discriminatoria sobre los servicios disponibles para la atención y apoyo a las personas con discapacidad, así como las medidas que el Estado adopta y adoptará para reducir el estigma social.

**El proceso de “ganancia de derechos” consistente en el crecimiento de marcos políticos y legales que garantizan el ejercicio de los derechos humanos muestra un complejo proceso de debate permanente en las sociedades a través de sus diferentes interlocutores desde el Estado y las Organizaciones la Sociedad Civil.** Este hecho ha sido vi-

---

<http://hrbrief.org/2018/01/el-virus-del-zika-y-derechos-humanos-proteccion-y-garantia-de-los-derechos-de-las-mujeres-y-de-las-personas-con-discapacidad-en-america-latina-y-el-caribe/>

5. Sedgh G, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30380-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30380-4/abstract)

sualizado en muchos países en donde la consolidación de los procesos democráticos estuvo acompañada por mejoras en la calidad de las instituciones en materia de brindar respuesta a las demandas postergadas de la población como en nuestro caso, vinculadas con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

El contexto legal y de políticas -incluidas las políticas de salud y las que se consideran externas al sector de la salud per se- también pueden apoyar o poner en peligro la salud de la población, así como el desempeño de los sistemas y servicios de salud. Por ejemplo, las leyes pueden evitar la oferta de ciertos servicios, limitar su accesibilidad a grupos vulnerables o, alternativamente, obligar a su disponibilidad.

**Los derechos más relevantes para Zika son los derechos a la salud y a la salud sexual y reproductiva. Pero a la vez estos derechos deben considerar de forma transversal los derechos/principios de no discriminación, participación, información y no violencia.**

### Zika y Derecho a la Salud



Dada la indivisibilidad e interdependencia de los derechos, todos los derechos expuestos en el gráfico deben cumplirse de forma simultánea para garantizar la atención integral al Zika.

## Orientaciones estratégicas para la promoción de derechos

A continuación se desarrollan cada uno de los derechos implicados para la epidemia del Zika y orientaciones estratégicas para los servicios y profesionales de la salud:

### 9.A. Derecho a la Salud:

#### 9.A.1. Implicancias de derecho a la salud

El derecho de todos a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental incluye la disponibilidad, el acceso, la aceptabilidad y la calidad de bienes y servicios. Es decir, los servicios de salud deben estar disponibles en cantidad suficiente; económica y físicamente accesible para todos sin discriminación, incluyendo información sobre el (los) servicio (s) de salud; respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados de modo que sean aceptables para los usuarios; científicamente y médicamente apropiados; y de buena calidad

Por otra parte, esto se incluye considerar a los determinantes sociales de la salud, tales como el acceso a agua potable y segura y un saneamiento adecuado, un suministro adecuado de alimentos seguros, nutrición y vivienda, condiciones laborales y ambientales saludables y acceso a educación e información relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva

*“Es necesario internalizar el marco de derechos, hay que trabajarlo un poco más porque no ha sido suficiente. La mayoría de las personas que atienden a mujeres en todos los niveles deben estar sensibilizados.” (Entrevista Unión Médica por el Derecho de las Mujeres)*

*“Se nos dice que no nos embarcemos para evitar tener hijos con zika y que usemos métodos anticonceptivos, pero cuando vamos al centro de salud los turnos para ver al doctor son para el próximo mes o a veces no tienen métodos anticonceptivos... entonces tenemos que salir a comprarlos y por vergüenza muchas veces no lo hacemos” (Grupo de mujeres)*

### **9.A.2. Orientaciones estratégicas para los servicios y profesionales de salud**

- Fortalecer las acciones de promoción de la salud, prevención y asistencia del Zika en el primer nivel de atención de salud es fundamental para disminuir la incidencia de este problema. A la vez debe mejorarse el trabajo en redes integradas de servicios para articular debidamente el trabajo del primer nivel, con los otros niveles de atención en salud.
- Capacitar a todo el equipo de salud y promover el trabajo interdisciplinario con este tema para abordarlo de forma más integral.
- La problemática del Zika no puede trabajarse solo desde los servicios de salud, se debe promover el trabajo intersectorial en cada localidad para poder considerar y abordar los distintos determinantes de esta problemática.
- Recabar información y realizar un diagnóstico para conocer cuales son los riesgos de las mujeres de cada zona/localidad de contraer el Zika. Los riesgos deben ser evaluados en sentido integral considerando factores ambientales, condiciones de vida, aspectos de género, y accesibilidad a servicios.
- Realizar un mapa de la zona de influencia de cada servicio en el cual se identifique la población con más riesgo de contraer Zika y marcar la ubicación de los casos de Zika confirmados.
- Identificar a distintas organizaciones y actores de la comunidad que puedan aportar en el abordaje integral del Zika (mapeo de actores). Es importante identificar redes intersectoriales ya existentes en cada comunidad.
- Analizar la información del diagnóstico con el equipo de salud. Se sugiere utilizar este diagnóstico para discutir con otros miembros de la comunidad que puedan aportar al abordaje del Zika.
- Diseñar e implementar acciones de promoción y prevención en las zonas identificadas con mayor riesgo en cada localidad, pero combinar también con acciones de promoción y prevención generales a toda la comunidad.
- Identificar a la población de mujeres más vulnerable en cada contexto y promover medidas para facilitar su acceso a los servicios integrales de promoción de la salud, prevención y atención del Zika.
- Realizar visitas domiciliarias para llegar a las mujeres que presentan mayor vulnerabilidad para contraer el Zika y a sus familias.

- Realizar acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos en distintos espacios de la comunidad y no solo en los servicios de salud. Por ejemplo, realizar acciones en escuelas, polideportivos, centros comunitarios, parques, etc.
- Trabajar intersectorialmente con otros actores y sectores de cada localidad para abordar los distintos determinantes del problema del Zika: temas ambientales, económicos, educativos, sanitarios, sociales, etc.
- Diseñar en conjunto con las mujeres implicadas estrategias para promover, prevenir y brindar asistencia del Zika en sus localidades.
- Ante las sospechas, el testeo debe ser rápido y accesible. Se debe contemplar que las mujeres necesitan consejería para disminuir sus temores previo a la realización del testeo y pueden requerir apoyo adicional para poder llegar al lugar donde este se realiza. Por ejemplo, en muchos casos pueden requerir de apoyo económico para poder llegar al hospital a realizarse la prueba.
- Conformar grupos interdisciplinarios en los servicios de salud para abordar esta problemática integralmente.
- Articular el trabajo de los servicios de salud con redes intersectoriales existentes en la comunidad.
- Trabajar el tema del Zika y su prevención no solo enfocándose en la mujer, sino en el aspecto relacional y de poder entre hombre y mujer. Esto implica que debemos realizar acciones con los varones, sobre las masculinidades y la prevención del Zika y no solo centrar nuestro trabajo en mujeres.

## **9.B. Derecho a la Información**

### **9.B.1. Implicancias del derecho a la información**

El derecho de las mujeres y sus familias a recibir información es fundamental para permitir elecciones conscientes y críticas a favor de la salud y la prevención del Zika. Los servicios de salud tienen la obligación de garantizar el acceso a información imparcial, exhaustiva, científica, precisa y oportuna.

*“ los médicos hablan con tecnicismos que los pacientes no entienden, solo les recetan los medicamentos sin explicarles que tienen.. ”(Grupo Focal Mujeres)*

*“Se dice que las parejas de mujeres embarazadas que viajan a zonas de infectadas deben tener relaciones sexuales usando condón, pero esto no se entiende muy bien y da miedo”. (Grupo focal mujeres)*

### **9.B.2. Orientaciones estratégicas para promover el derecho a la información**

- Conocer cuales son las características culturales, nivel educativo y condiciones de vida de las mujeres y sus familias para diseñar mensajes acorde a cada contexto.
- Seleccionar distintas modalidades para transmitir información preventiva y asistencial sobre el Zika. Por ejemplo, aprovechar las consultas de salud sexual y reproductiva y/o clínica para brindar información sobre el tema; brindar información por radios locales; TV local; articular con las escuelas, polideportivos y otras instituciones para brindar información sobre el tema.
- Capacitar a todo el equipo de salud para que pueda brindar información sobre Zika de forma transversal a sus acciones.
- Elaborar los mensajes preventivos en conjunto con las mujeres implicadas para asegurarse de que los mismos respondan adecuadamente a las características y necesidades de la audiencia.
- Elaborar mensajes diferenciales para los distintos destinatarios. Por ejemplo, se debe involucrar a los varones y trabajar con los mismos en la elaboración de mensajes para otros varones, que apelen a desarticular algunos comportamientos machistas que obstaculizan la prevención del Zika (violencia hacia la mujer, rechazar el uso del preservativo).
- Utilizar distintos formatos para transmitir los mensajes y asegurarse de que sean culturalmente apropiados. Por ejemplo, si se conoce que la población de mayor riesgo es también la que tiene menor nivel educativo, los mensajes deben tener más imagen que texto y/o los mensajes con sonido/de texto.
- Las imágenes que se utilizan deben ser representativas de la población a la que se quiere llegar y de su forma de vida.
- En caso de haber presencia de comunidades indígenas deben elaborarse materiales informativos orales y escritos en la lengua que hablen dichas comunidades y producirlos en conjunto con ellas.

- La información debe contemplar la presencia de personas con discapacidad en cada comunidad, y la necesidad de adaptar los mensajes para hacerlos inclusivos y accesibles a las mismas. (ver orientaciones para familias con niños con síndrome de Zika congénito).
- La información que se transmite debe evitar mensajes que refuercen estereotipos de género, que estigmaticen o culpabilicen.

## **9.C. Derecho a la participación**

### **9.C.1. Implicancias de la participación**

La participación no solo es un derecho, sino que es en sí misma un factor protector para la salud y desarrollo de las mujeres y sus familias.

Este derecho refiere a la necesidad de que las mujeres y las familias afectadas por una política, programa o estrategia puedan participar en la toma de decisiones en torno a su diseño, implementación y evaluación. Esta comprobado que la participación aumenta la probabilidad de que una política o programa responda a las necesidades de los usuarios o destinatarios. Los grupos de mujeres en defensa de sus derechos muestran una realidad transformadora en el contexto latinoamericano. Es a partir de la demanda social, las movilizaciones, la comunicación social, la abogacía por los derechos, y los recursos de amparo interpuestos ante la justicia, como se están generando mecanismos de sensibilización política con miras a remover las restricciones punitivas para el ejercicio de los derechos en plena libertad. Los servicios de salud deben constituirse además como espacios para la ganancia y ejercicio de los derechos. De allí el rol promotor de los equipos e instituciones en garantizar el ejercicio del derecho a la participación.

*“Al ser comunidades tan pequeñas el personal médico identifica y contacta a las familias de las pacientes violando la confidencialidad de los mismos, informándoles sobre esta consulta. No se le pregunta primero a las mujeres si quieren que informen a sus familia...Desde los centros de salud al violarse el derecho de confidencialidad , se vulneran los derechos de la mujer.” (Grupo Focal Mujeres)*

### **9.C.2. Orientaciones estratégicas para promover la participación**

- Debe aprovecharse la consulta a los servicios de salud como espacio para fomentar la participación. En este sentido, la consulta es en sí misma un espacio educativo para aumentar las competencias de las mujeres para participar. Para esto, un primer paso es dar espacio

en la consulta a la escucha de las mujeres, sus necesidades y temores con respecto al tema, y estar abiertos/disponibles a escuchar y considerar sus opiniones.

- Realizar talleres de empoderamiento para las mujeres en temas de salud sexual y reproductiva y violencia de género.
- Crear espacios y asignar tiempos en los servicios para permitir la participación de las mujeres en el diseño, implementación y evaluación de las acciones vinculadas con el Zika. Por ejemplo, instancias de diagnóstico, comités de Zika.
- Estimular la conformación de grupos de mujeres en la comunidad.
- Formar a las mujeres como promotoras / multiplicadoras del tema del Zika en sus comunidades.
- Fomentar la participación de los varones en actividades de promoción de la salud y la prevención del Zika.
- La prevención del Zika debe abordarse con la pareja y no solo desde la mujer en forma exclusiva, por lo tanto se debe involucrar la participación de ambos.
- Ante la presencia de un caso de Zika se debe fomentar la participación de toda la familia en pensar conjuntamente estrategias para evitar la transmisión y o enfrentar situaciones de transmisión vertical durante los embarazos.

## **9.D. Derecho a la No discriminación**

### **9.D.1. Implicancias sobre la No discriminación**

El marco internacional de los derechos humanos prohíbe toda forma de discriminación en el acceso a la atención médica y los determinantes de la salud sobre la base de etnia, color, sexo, idioma, religión, opinión política u otra opinión, origen nacional o social, lugar de nacimiento, estado de salud físico o mental, orientación sexual y estado civil, discapacidad, u otra circunstancia que tenga la intención o el efecto de anular o menoscabar el disfrute o ejercicio igualitario del derecho a la salud.

*“Cuando la gente tiene que esperar tanto en las unidades de salud al punto que se van sin ser atendidos o les niegan los medicamentos y no dicen nada, es un claro ejemplo que las personas desconocen sus derechos.” (Grupo Focal Mujeres)*

En este sentido, la No discriminación implica estar atentos a los motivos por los cuales las mujeres pueden estar siendo discriminadas en cada comunidad y adoptar medidas para evitar que esto suceda en los servicios de prevención y asistencia del Zika.

Debe considerarse que la discriminación que excluye a las mujeres de la prevención y asistencia del Zika se presenta de diferentes formas. Puede ser:

**Directa:** Cuando se ejerce directamente sobre las personas

**Indirecta:** se ejerce a través del menor acceso y/o disponibilidad a recursos o condiciones que potencialmente puedan ser de importancia para garantizar su salud. Por ejemplo, la ubicación de los servicios de atención al Zika se encuentra en zonas de difícil acceso a la población más vulnerable.

### **8.D.2. Orientaciones estratégicas para abordar la No discriminación**

- Reflexionar y tratar de identificar nuestros propios prejuicios acerca de la población con la cual trabajamos. Generalmente todos tenemos prejuicios y lo importante es reconocerlos para poder manejarlos adecuadamente en nuestro trabajo.
- Recabar información sobre las características sociales, económicas y étnicas de la comunidad.
- Identificar las principales barreras de acceso de la población de riesgo a los servicios de promoción de la salud, prevención y asistencia del Zika y abordarlas con medidas específicas.
- Analizar la utilización de servicios con relación a la composición de la comunidad e identificar aquellos grupos de mujeres y sus familias que no están utilizando los servicios.
- Consultar con las mujeres y sus familias de los grupos sub-representados para determinar desde su perspectiva, cuáles son sus necesidades desde los servicios de salud y conocer los motivos por los cuales no acceden a los mismos.
- Implementar acciones de promoción de la salud, prevención y

asistencia del Zika en las poblaciones más vulnerables y con mayor riesgo a contraer el Zika.

- Diseñar estrategias para abordar integralmente el Zika en las poblaciones indígenas, afrodescendientes, gitanos, minorías étnicas, etc.
- Contemplar en el diseño de estrategias para abordar el Zika a la población con discapacidad y elaborar acciones que sean accesibles a la misma.
- Se debe considerar la diversidad sexual en las acciones de promoción, prevención y asistencia del Zika. No podemos asumir propuestas heteronormativas ya que asumirlas implicarían prácticas discriminatorias contra la diversidad de género y sexual.
- Capacitar al personal sobre el desarrollo de servicios libres de discriminación.
- Brindar información a la comunidad y a los servicios sobre discapacidad e inclusión para evitar actitudes discriminatorias hacia los niños que nacen con discapacidad como consecuencia del Síndrome de Zika congénito.

## **9.E. Derecho a la No violencia y Zika**

### **9. E. 1. Implicancias del derecho a la No violencia**

Las medidas y estrategias que se tomen en las políticas, servicios y prácticas de salud deben evitar situaciones de re-victimización y maltrato a las mujeres en edad reproductiva. Por ejemplo, dado que muchas mujeres son víctimas de violencia y sus embarazos resultan de estas circunstancias, las leyes y las prácticas en los servicios deben poder contemplar esta situación.

*“Es muy triste ver a las niñas que fueron abusadas a ser obligadas a tener un bebé que no quieren. Es muy grave este problema en El Salvador, mucha impunidad.”  
(Grupo Mujeres)*

### 9.E.2. Orientaciones estratégicas para los servicios y profesionales de salud

- Promover acciones de prevención de la violencia de género.
- Elaborar estrategias de promoción de la salud, prevención y asistencia del Zika que contemplen la posibilidad de que las mujeres sean víctimas de situaciones de violencia en sus hogares y que sean víctimas de embarazos no deseados por situaciones de violencia o abuso.
- Implementar protocolos para identificar posibles situaciones de violencia en los casos de mujeres con Zika.
- Diseñar estrategias para trabajar con las parejas y las familias para prevenir la violencia de género.
- En casos de embarazadas con Zika como producto de situaciones de abuso sexual se debe apelar a las leyes internacionales y nacionales para garantizar el derecho a estas mujeres de interrumpir su embarazo.
- Los servicios de salud deben revisar sus prácticas para evitar reproducir la violencia al interior del sistema de salud. Por ejemplo, muchas veces se juzga a las adolescentes que quedan embarazadas y sin querer se está ejerciendo violencia sobre las mismas.
- Muchas veces en los servicios de salud se cree que se hace un favor al atender a la población mas vulnerable y no se comprende que es parte del trabajo y de garantizar el derecho a la población a ser asistida. En estos casos a veces el trato que se brinda a las pacientes puede no ser el adecuado, no se les brinda la escucha y tiempo necesarios durante la atención.
- Cuando no se contemplan a las personas con discapacidad o las personas que pertenecen a minorías étnicas, nuestro trato con las/os mismas/os puede reproducir violencia simbólica.
- Debe revisarse el trato que se brinda a las/os pacientes desde que ingresan al servicio, en la administración y en todos los sectores de la institución para asegurarse que el mismo no sea expulsivo y no violente los derechos de la población.
- Identificar actitudes y prácticas del personal de salud que puedan ser violentas hacia las mujeres y sus familias y promover espacios de reflexión y capacitación sobre este tema para todo el personal.
- La comunicación e información fluida del personal de salud con las/os pacientes es una de las mejores formas de prevenir la violencia. Escuchar sus necesidades y adaptar los servicios y atención a las mismas.

- El testeo y entrega de resultados de laboratorio a las embarazadas con Zika debe estar acompañado de consejerías para disminuir los temores, brindar información oportuna y contener emocionalmente a las mujeres.
- Fomentar el trabajo interdisciplinario e intersectorial para garantizar el abordaje integral de los casos de Zika en la embarazada y del niño.
- Organizar dispositivos para acompañar a las mujeres embarazadas con Zika y sus familias durante el embarazo, el parto y el puerperio.
- Se debe prever y anticipar el nacimiento de bebés con malformaciones o discapacidad y proveer a las familias de información y opciones para garantizar tanto la atención integral del niño, como el apoyo familiar (apoyo económico, emocional, etc.)
- Contar con protocolos de atención para evitar la violencia en los servicios de salud.
- Realizar encuestas de opinión a las/os usuarias/os de los servicios de promoción de la salud, prevención y asistencia del Zika para relevar sus opiniones sobre el trato recibido en los servicios y habilitar libros de queja en cada institución de salud.

## 10. Derechos sexuales y reproductivos y Zika

Como se mencionó previamente, además de considerar el marco de derechos humanos en general y el derecho a la salud, para abordar el Zika es necesario considerar también los derechos sexuales y reproductivos.

Tal como venimos planteando a lo largo del presente capítulo, correr la mirada desde la intimidad de los mecanismos de transmisión del virus, para comprender los contextos en los que acontece la enfermedad, resulta impostergable reconocer el enfoque de derechos humanos y dentro de ellos los derechos sexuales y reproductivos.

En el siguiente cuadro se enumeran los derechos reproductivos y sexuales que deben considerarse al momento de abordar a grupos poblacionales específicos, tal como acontece con la epidemia de Zika.

## **DERECHOS REPRODUCTIVOS**

### **1. El derecho a la vida.**

- El derecho a no morir por causas evitables relacionadas con el parto y el embarazo.

### **2. El derecho a la salud.**

- El derecho a la salud reproductiva

### **3. El derecho a la libertad, seguridad, e integridad personales**

- El derecho a no ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
- El derecho a estar libre de violencia basada en el sexo y el género.
- El derecho a vivir libre de la explotación sexual.

### **4. El derecho a decidir el número e intervalo de hijos**

- El derecho a la autonomía reproductiva.
- El derecho a realizar un plan de procreación con asistencia médica o de una partera reconocida, en un hospital o en un ambiente alternativo.

### **5. El derecho a la intimidad**

- El derecho de toda persona a decidir libremente y sin interferencias arbitrarias, sobre sus funciones reproductivas.

### **6. El derecho a un parto respetado**

- A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas y a optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- El derecho a ser considerada como persona sana y protagonista de su propio parto
- El derecho a un parto respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos sin prácticas invasivas innecesarias.
- El derecho a ser informada sobre la evolución del parto, el estado de su hijo o hija y a ser partícipe de las decisiones de los profesionales
- El derecho a estar acompañada por la persona que ella decida durante el trabajo de parto, el parto y el postparto.
- El derecho a tener a su hijo o hija a su lado durante la permanencia en la institucional sanitaria, siempre que el recién nacido no requiera cuidados especiales.
- El derecho recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.

### **7. El derecho a la igualdad y a la no discriminación**

- El derecho a la no discriminación en la esfera de la vida y salud reproductiva.

### **8. El derecho al matrimonio y a fundar una familia**

- El derecho de las mujeres a decidir sobre cuestiones relativas a su función reproductora en igualdad y sin discriminación.
- El derecho a contraer o no matrimonio.
- El derecho a disolver el matrimonio.
- El derecho a tener capacidad y edad para prestar el consentimiento para contraer matrimonio y fundar una familia.

### **9. El derecho al empleo y la seguridad social**

- El derecho a la protección legal de la maternidad en materia laboral.
- El derecho a trabajar en un ambiente libre de acoso sexual.
- El derecho a no ser discriminada por embarazo.
- El derecho a no ser despedida por causa de embarazo.
- El derecho a la protección de la maternidad en materia laboral.
- El derecho a no sufrir discriminaciones laborales por embarazo o maternidad.

### **10. El derecho a la educación**

- El derecho a la educación sexual y reproductiva.
- El derecho a la no discriminación en el ejercicio y disfrute de este derecho

## **DERECHOS SEXUALES**

### **1. El derecho a la libertad sexual.**

La libertad sexual abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Se excluye toda forma de coerción, explotación y de abusos sexuales en cualquier tiempo y situación de la vida.

### **2. El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexual.**

Este derecho incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.

### **3. El derecho a la privacidad sexual.**

Éste involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad, siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros.

### **4. El derecho a la equidad sexual.**

Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, con independencia del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.

### **5. El derecho al placer sexual.**

El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.

### **6. El derecho a la expresión sexual emocional.**

La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.

### **7. El derecho a la libre asociación sexual.**

Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.

### **8. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.**

Esto abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y el espacio entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.

### **9. El derecho a información basada en el conocimiento científico.**

Este derecho implica que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.

### **10. El derecho a la educación sexual integral.**

Es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.

### **11. El derecho a la atención de la salud sexual.**

La atención de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

FUENTE: Declaración del XIII Congreso Mundial de Sexología, 1997, celebrado en Valencia, revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, WAS, el 26 de agosto de 1999, en el XIV Congreso Mundial de Sexología, celebrado en Hong Kong, República Popular China



#### **Para pensar:**

**Luego de leer las implicancias y orientaciones estratégicas para abordar el Zika con enfoque de derechos (puntos 8 y 9 de esta sección):**

- a. Identifique cuales de estos derechos se cumplen en menor medida en sus servicios.**
- b. Identifique cuales considera que son las estrategias más relevantes y posibles de aplicar en su lugar de trabajo para abordar cada uno de estos derechos.**
- c. Comparta con otros colegas sus análisis y promueva diseñar un plan de trabajo para promover los derechos en su servicio.**

## Rendición de cuentas (accountability)

Los derechos humanos identifican a los portadores de deberes como responsables de respetar, proteger y cumplir los derechos interrelacionados. La aplicación de los derechos humanos subraya la importancia de contar con mecanismos de rendición de cuentas para garantizar que se tomen las medidas adecuadas para abordar las emergencias de salud pública, reconociendo que los responsables de las políticas y los funcionarios de salud pública son responsables de las consecuencias a largo plazo de las respuestas implementadas.

Los gobiernos tienen la responsabilidad de evitar que ocurran violaciones, de exigir la rendición de cuentas a quienes vulneren los derechos y de contar con mecanismos para permitir la impugnación y la reparación en caso de supuesta violación de los derechos de quienes se asisten en los sistemas de salud. Los mecanismos de rendición de cuentas deben existir a nivel local, nacional, regional y global para monitorear el cumplimiento de los Estados con sus obligaciones en materia de derechos humanos. Las personas o grupos de personas que sufren violaciones de derechos deberían tener acceso a recursos efectivos y a una reparación adecuada de sus derechos en todos los niveles.

En Brasil, por ejemplo, cuando los medios desviaron la atención del Zika durante la crisis política que afectó a la presidenta D. Rousseff, se pudo haber puesto en peligro la capacidad de las familias afectadas para recibir los servicios médicos y sociales necesarios. La responsabilidad por la acción sobre el Zika también está amenazada en Puerto Rico, que enfrenta la mayor crisis financiera en su historia. El CDC estima que más de 33.260 personas han sido infectadas con Zika localmente en Puerto Rico, con más de 2.639 casos en mujeres embarazadas en todos los territorios de los Estados Unidos. La declaración del Zika como Emergencia de Salud Pública de Preocupación Internacional probablemente ayudó a aprovechar los recursos mundiales, pero a falta de datos sobre los riesgos absolutos de la infección, puede haber autorizado inadvertidamente a los gobiernos a extraviar la responsabilidad de los efectos del Zika en las mujeres embarazadas. **Una constelación de mecanismos de rendición de cuentas que incluye encuestas a la comunidad, informes de la sociedad civil, el uso de los tribunales, y nacional e internacional las herramientas de monitoreo de los derechos humanos pueden alentar a los gobiernos a cumplir con sus obligaciones de derechos humanos relacionadas con el Zika.**

**Desafortunadamente, ningún mecanismo de rendición de cuentas puede garantizar que los países actúen de acuerdo con sus compromisos declarados, y obligar a los gobiernos a actuar sobre las desigualdades es un desafío fundamental.**

Algunos brotes pueden proporcionar una oportunidad única y sensible al tiempo para actuar sobre las inequidades, ya que destacan no solo las disparidades sino también las debilidades en las instituciones sociales, lo

que potencialmente alimenta los movimientos sociales. **Al abordar los determinantes sociales de la salud en una crisis de salud pública, una respuesta basada en los derechos buscaría la rendición de cuentas tanto de la provisión de responsabilidad de la comunidad información y servicios relacionados con Zika, así como proyectos sobre agua, saneamiento, educación y vivienda que son la raíz de la propagación viral.** El Zika puede por lo tanto, servir como un estímulo, presionando a los gobiernos a avanzar en los derechos humanos cuando esas acciones no se toman. Puede parecer difícil priorizar la respuesta al Zika cuando no se satisfacen las necesidades básicas.

Sin embargo, los factores confluentes **biológicos, políticos y sociales** en juego tienen consecuencias significativas para las comunidades afectadas en general. Por lo tanto, la coyuntura del Zika puede tener beneficios más amplios para la salud de la población. Aunque las decisiones sobre qué acciones tomar son altamente específicas de cada contexto, un enfoque basado en los derechos permite la realización progresiva, respondiendo a las realidades locales en las que se pueden establecer y monitorear puntos de referencia y objetivos concretos.

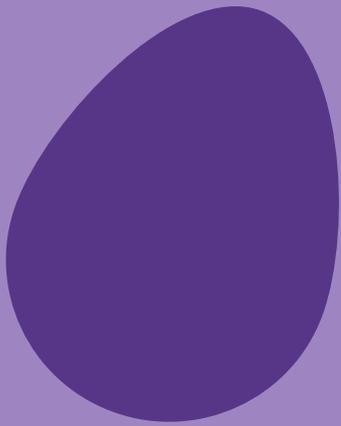
La aplicación del enfoque de derechos humanos sugiere la necesidad de priorizar a las poblaciones marginadas y más vulnerables a la infección; la reducción de la pobreza y la acción sobre los determinantes sociales de salud incluyendo agua, saneamiento y vivienda; y explícitamente implica considerar estrategias para hacer promover un contexto legal y político lo más favorable posible.

La participación de las familias afectadas será particularmente importante en organizar apropiadamente los sistemas de salud para cumplir con la mayor demanda de planificación familiar, consejería y pruebas prenatales así como atención especializada para niños con síndrome de Zika congénito.

**Un enfoque de derechos humanos no solo asegura que la dignidad de las familias afectadas sea respetada, pero también avanza sobre el colectivo de las sociedades sobre el modo de dirigirse al público ante futuras emergencias de salud.**



3



# Zika y Salud sexual y reproductiva

*“Eliminar al mosquito en tanto agente transmisor es una medida de salud pública que reviste carácter urgente, pero proteger los derechos de las mujeres y los niños afectados por la epidemia resulta aún más apremiante.”*

**Debora Diniz**, Mujeres y niños en el centro de la epidemia de Zika

3

# 1. Introducción: El virus de Zika y sus implicancias para la salud sexual y reproductiva

La irrupción del virus de Zika ha significado la aparición de nuevos riesgos de salud para las mujeres en edad reproductiva, debido al efecto que las infecciones pueden tener en las embarazadas y en los recién nacidos. Este nuevo escenario coloca a las mujeres en edad reproductiva en el centro de la epidemia y representa a su vez un inmenso desafío para los sistemas de salud.

Las principales estrategias de prevención desarrolladas por los países de la región han estado centradas en el control del vector, el mosquito *Aedes* y en la promoción de conductas de protección personal como el uso de repelentes y redes para evitar la picadura del mosquito, entre otras. La transmisión sexual entre varones infectados y sus parejas femeninas ha estado menos visibilizada y las estrategias propuestas para disminuir su incidencia presentan serias dificultades en su implementación. El uso del preservativo no es algo que las mujeres siempre puedan negociar y el acceso a métodos anticonceptivos no está siempre disponibles, especialmente entre las más pobres y las adolescentes<sup>1</sup>.

Una de las primeras medidas preventivas anunciadas por las autoridades sanitarias de varios países de la región fue la recomendación dirigida a las mujeres y sus parejas para evitar el embarazo por periodos de tiempo que variaba entre 6 meses hasta varios años. Esta estrategia no solo ha demostrado ser ineficaz sino que plantea a su vez interrogantes éticos y legales para su aplicación en el campo de la salud<sup>2</sup>.

La cultura patriarcal, las desigualdades y la violencia de género, sumado a las restricciones legales para la interrupción de embarazos, la falta de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y de insumos anticonceptivos, en especial la anticoncepción de emergencia, limitan y restringen el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Lo que la epidemia de Zika ha puesto realmente en evidencia es la debilidad de los programas de salud reproductiva y la necesidad de priorizar el fortalecimiento de las políticas en la materia. Resulta ahora indispensable

---

1. Mosquito-borne and sexual transmission of Zika virus: Recent developments and future directions. Maghalhaes, T, y otros. s.l. : Virus Research , July 2017, Vol. Available online 11 July 2017.

2. Zika Virus and Global Implications for Reproductive Health. Hodge, JG, y otros. 2016, Oct , Disaster Medicine and Public Health Preparednes, págs. 10(5) 713-715.

mejorar el acceso a información y servicios adecuados a las necesidades de las mujeres, los niños y las familias en el marco de la epidemia<sup>3</sup>. La atención de la salud sexual y reproductiva constituye un ámbito privilegiado de intervención para la prevención de nuevas infecciones y la promoción de los derechos humanos<sup>4</sup>).

Este capítulo abordará las interrelaciones entre la infección por el virus del Zika y los aspectos asociados a la salud sexual y reproductiva con énfasis en las consecuencias sobre la salud y calidad de vida de las mujeres.

### Objetivos:

- Identificar el impacto del virus del Zika y sus desafíos en la atención de la salud sexual y reproductiva.
- Brindar herramientas conceptuales y prácticas que faciliten la incorporación de la prevención del Zika en las distintas instancias y dispositivos de atención de la salud sexual y reproductiva.



### **Para pensar:**

**La transmisión sexual del Zika trae importantes desafíos a la hora de pensar las estrategias de prevención. Para empezar este capítulo la/o invitamos a reflexionar sobre las siguientes preguntas:**

**¿Piensa usted que para la población resulta sencillo comprender la relación entre la posible picadura de un mosquito la necesidad de utilizar medidas de protección como el preservativo (condón) para prevenir la transmisión sexual del Zika?**

**Atendiendo a las barreras en el uso masivo del preservativo (condón), ¿Cómo imagina usted que puede promoverse su aceptación y uso como estrategia de prevención del Zika?**

3. Zika and reproductive Justice. stern, Alexandra Minna. 5, Rio de Janeiro : Cad Saude Publica, June 2016, Vol. 32.

4. Thoughts Around the Zika Virus Crisis. Musso, Didier y Lanteri, Marion C. 46, s.l. : Current Infectious Disease Reports, 2016, Vol. 18(12).

## 2. Derechos sexuales y reproductivos y derechos humanos. ¿Cuáles son sus relaciones y por qué son importantes para abordar el Zika?

**La consideración de los derechos sexuales y reproductivos se constituye en un marco orientador para prevenir y abordar las consecuencias del Zika en la salud de las mujeres. A continuación, se presentan las características de estos derechos:**

Los **derechos reproductivos** fueron denunciados por primera vez e incorporados a la agenda de las políticas públicas en la Conferencia Internacional de Población y desarrollo de El Cairo de 1994 que dedica todo un capítulo de su plan de acción a los derechos y la salud reproductiva. Incorpora la perspectiva de derechos al terreno de la salud reproductiva desde una perspectiva compleja e integral en tanto proceso multidimensional que trasciende el ámbito de la planificación familiar. Los derechos sexuales están íntimamente relacionados con los derechos reproductivos e incluyen el derecho de todas las personas, libres de coerción, discriminación y violencia y un mayor estándar de salud, en relación a la sexualidad, incluyendo el acceso a servicios de salud de salud sexual. Como todos los derechos, los derechos reproductivos y los derechos sexuales son **universales, indivisibles, e independientes** y están relacionados con otros derechos, como el derecho a la salud, a la vivienda, a la dignidad y a la libertad entre otros<sup>5</sup>. (Ver capítulo sobre Zika y Derechos Humanos).

Concordante con este marco la conferencia definió la **atención a la salud reproductiva** como *“el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personas y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”*<sup>6</sup>

5. Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Viena, 1993

6. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. Plan de Acción, capítulo 7. Cairo, 1994

Los derechos sexuales y reproductivos se sostienen en cuatro principios éticos, la integridad corporal, la autonomía personal, la igualdad y la diversidad que son la base sobre la que se sostiene la salud sexual y reproductiva<sup>7</sup>.

- **Integridad corporal**

La integridad corporal se refiere al derecho a la seguridad y al control sobre el cuerpo. El respeto y la inviolabilidad de los cuerpos es la base de la dignidad y de la libertad humana<sup>8</sup>. El cuerpo debe ser entendido aquí como un aspecto de la identidad y subjetividad de las personas, es un derecho personal pero se ejerce en un contexto social que debe garantizar el desarrollo de su potencial y su bienestar físico y emocional, incluyendo el placer sexual.

- **Autonomía personal**

El concepto de autonomía en el campo de la sexualidad y la reproducción está referida a la idea de que la persona desarrolle la capacidad de negociar con el otro sexualmente desde un lugar de equidad y no desde posiciones subordinadas. Implica identificar, reconocer y significar las propias necesidades y buscar formas de satisfacción en un marco de respeto del otro y de las propias decisiones<sup>9</sup>.

- **Igualdad**

La igualdad debe ser tenida en cuenta no solo en la relación entre mujeres y hombres sino entre el propio colectivo de mujeres. Significa asegurar que todas las mujeres independientemente de su condición social, grupo étnico, edad, tienen acceso a los mismos recursos como información, servicios y métodos anticonceptivos, por ejemplo.

- **Diversidad**

El reconocimiento de la diversidad está relacionado con la igualdad ya que para que todas las mujeres puedan acceder a recursos y servicios es necesario reconocer sus diferencias y necesidades específicas. Si bien los derechos son universales su aplicación requiere contextualizar y singularizar según las características y circunstancias particulares.

La naturaleza social de los derechos requiere del agenciamiento individual en el marco de un Estado responsable de garantizar el acceso universal a esos derechos. Y, la calidad de la atención de los servicios dependerá de la capacidad de los equipos de salud para facilitar el acceso y el ejercicio

---

7. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma perspectiva Feminista. Correa, Sonia. 1/2, Rio de Janeiro : Revista Saude Coletiva, 1996, Vol. 6. Pag. 147-177.

8. Conferencia del año Internacional de la Mujer, en ciudad de México. 1975

9. Lopez Gomez, A, Benia, W y Guida, C. Del Enfoque Materno Infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas. Montevideo : Fondo de Poblacion de las Naciones Unidas. Universidad de la República., 2003.

de esos derechos.

Los países de la región de América Latina y el Caribe han ratificado el compromiso con asegurar el acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva como se afirma en el Consenso de Montevideo de 2013. Allí se reitera la necesidad de **garantizar el acceso efectivo a métodos anticonceptivos modernos, seguros, con pertenencia cultural incluyendo la anticoncepción de emergencia como también fortalecer los mecanismos de detección de alteraciones del embarazo, mejorar la calidad de la atención prenatal con enfoque intercultural, partos seguros y cuidados perinatales integrales**<sup>10</sup>.

La epidemia de Zika es una oportunidad para fortalecer la capacidad de los equipos de salud de ofrecer servicios de calidad y garantizar el acceso a los mismos.

## 3. Modelo de atención y salud sexual y reproductiva

### 3.1. La Salud reproductiva desde el enfoque de género y derechos.

La atención de la salud sexual y reproductiva implica involucrarse en cuestiones del orden de la intimidad de las personas y por esa razón es importante incorporar la dimensión subjetiva a la definición de calidad de la misma.

Los servicios ofrecidos a las y los usuarios deben estar organizados de manera que permitan fortalecer la autonomía para la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva con información y libre de todo tipo de coacción o violencia. Poner la autonomía con el eje central de la atención interpela a los modelos tradicionales de atención centrados en la evaluación clínica, diagnóstico y recomendaciones.

---

10. Consenso de Montevideo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. 2013

**3. Zika y Salud sexual y reproductiva**

Desde el enfoque de derechos, la atención está centrada en la paciente/ usuaria y la tarea de los profesionales incluye ofrecer información adecuada y oportuna, acompañar y habilitar preguntas, inquietudes y sugerencias de las mujeres, promover estrategias de educación para la salud y construcción de autonomía. (Ver capítulo de derechos).

Las personas ejercen su sexualidad y toman decisiones acerca de su fecundidad en contextos que muchas veces son desiguales y donde las mujeres en la mayoría de las veces ocupan lugares de subordinación y menos acceso a recursos. Las consecuencias de vivir en contextos de desigualdad se traducen en la falta de opciones para decidir libremente en cuestiones vinculadas con la salud en general y con la salud sexual y reproductiva en particular. Hoy muchas mujeres enferman y mueren por falta de opciones para decidir. El equipo de salud puede ofrecer herramientas que fortalezcan las capacidades necesarias para que las mujeres, especialmente aquellas afectadas con más riesgo a ser afectadas por el virus de Zika puedan elegir acerca de sus opciones reproductivas antes durante y después de un evento obstétrico.

Contextualizar la atención implica identificar las necesidades y los recursos existentes y para ello es necesario:

**1. Reconocer las desigualdades e inequidades** que existen entre mujeres y varones en la comunidad. Hay que tener en cuenta que muchas situaciones de subordinación de las mujeres están invisibilizadas pero son condiciones que limitan el acceso a información y servicios condicionando así la autonomía para decidir de manera informada. Las sobrecargas de tareas de cuidado pueden ser barreras para acceder a la consulta, violencia doméstica puede limitar el uso de anticonceptivos.

**2. Generar una comunicación empática** para que la usuaria se sienta cómoda y segura. Generar un clima de confianza que anime a la persona hablar de sus deseos y necesidades como también dar lugar al silencio. Garantizar la privacidad y confidencialidad de la consulta.

**3. Brindar información** sobre las opciones disponibles y los riesgos que las acompañan dentro de los marcos normativos locales. La información debe ser veraz, actualizada y ser ofrecida de manera simple para que pueda ser comprendida.

4. Tener en cuenta y **respetar las creencias y saberes** de las personas. No emitir juicios de valor, el rol del equipo de salud es ofrecer información y opciones.

Resumiendo, la responsabilidad de los equipos de salud es ofrecer información y atención integral en el marco del respeto por los derechos sexuales y reproductivos y promoviendo la autonomía de las personas para que puedan decidir de manera informada<sup>11 12</sup>.

Hay distintos momentos o etapas en la historia reproductiva de cada persona, y en cada una existen necesidades y recursos específicos. Los servicios también se organizan por niveles de complejidad privilegiando la promoción y prevención en el primer nivel de atención y servicios más especializados en los niveles superiores. **Si bien cada institución organizará sus dispositivos de atención de acuerdo a sus recursos y características, la atención de la salud sexual y reproductiva debe incluir:**

- a) Consejerías o entrevistas de orientación para ofrecer información y servicios de anticoncepción y prevención de ITS.
- b) Cuidados prenatales y preparación integral para el parto, estos servicios se ofrecen generalmente en el primer nivel.
- c) Posparto
- d) Atención del aborto<sup>13</sup> y postaborto
- e) Atención a víctimas de violencia sexual.

## **3.2. Acceso y calidad de la atención en salud sexual y reproductiva.**

El acceso a la salud sexual y reproductiva se refiere a la manera en que los servicios de salud se acercan a la población, e incluye las barreras que existen en la relación entre los programas y las acciones y las y los usuarios, consideradas no solo desde el punto de vista de la oferta, sino de las propias prácticas y representaciones de los sujetos<sup>14</sup>.

11. OPS.OMS. Consulta ética sobre el Zika.Orientacion ética sobre cuestiones clave planteadas por el brote. Washington DC : s.n., 6 y 7 de abril, 2016. Documento Número OPS/KBR/16-002 .

12. PNSSyPR.MSAL. Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. Buenos Aires : s.n., 2015. Publicación Oficial.

13. La inexistencia de marcos legales o normativos que regulen esta práctica, no excluye la necesidad de contar con normas técnicas para brindar atención médica en los casos en los que sea necesario.

14. Comes, Yamila, y otros. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios,. Buenos Aires : Facultad de Psicología, UBA., 2006. Anuario de Investigaciones, Volumen XIV.

En la estrategia para el acceso a la salud reproductiva recomendada por la Organización Mundial de la Salud se identifican cinco aspectos prioritarios de la salud sexual y reproductiva<sup>15</sup>.

1. Mejorar la atención prenatal, obstétrica, posparto y neonatal.
2. Ofrecer servicios de planificación de la fecundidad de alta calidad.
3. Eliminar los abortos inseguros.
4. Combatir las infecciones de transmisión sexual incluyendo el Zika, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cérvico-uterino y otras afecciones ginecológicas
5. Promover la salud sexual especialmente en la población adolescente.

A su vez, la **OMS identifica tres dimensiones de la salud que operan como determinantes de la salud sexual y la salud reproductiva** que van a operar facilitando o limitando el acceso a la salud reproductiva<sup>16</sup>.

- a) Las condiciones de vida
- b) Los marcos institucionales y normativos (políticas públicas, legislación, prácticas y procedimientos sanitarios)
- c) La calidad y accesibilidad de los servicios de salud

En las **condiciones de vida** debe considerarse la dimensión geográfica, ya sea por la distancia, la ausencia de medios de transporte o barreras urbanas o edilicias constituye también en aspecto importante a considerar cuando se trata de acceso a servicios y es importante identificar las diferencias que existen para las mujeres y los varones de distintos grupos etarios y pertenencias culturales. La accesibilidad física implica además la existencia de otros servicios básicos de la salud como el agua potable y servicios sanitarios adecuados.

De la misma manera la cantidad de hijos, el tipo de trabajo, la escolaridad y las condiciones de la vivienda son condiciones que pueden facilitar o limitar el acceso a la salud sexual y reproductiva sobre todo para las mujeres que

15. OMS-UNFPA. Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva. Consideraciones conceptuales y Prácticas e indicadores relacionados. 2006.

16. OPS. Salud Sexual para el Milenio. Declaración y documento técnico. Washington DC : s.n., 2009

son las responsables de las tareas domésticas y el cuidado y la crianza de los hijos. Las condiciones de la vivienda también tienen implicancias sobre las relaciones intrafamiliares. Por ejemplo, en aquellas viviendas con altos índices de hacinamiento se producen mayores niveles de violencia de género.

Desde el punto de la oferta de servicios de salud el equipo de salud debe organizar la atención para adecuarse a las necesidades de las usuarias y los usuarios. Los requisitos y procedimientos no deben operar como barreras a la atención o a la información, las normativas deben adecuarse a los marcos legales vigentes, los recursos financieros deben ser suficientes y el personal debe estar adecuadamente capacitado, incluyendo la perspectiva de género.

Una atención de calidad en salud reproductiva debe resolver el motivo de consulta, tomando en cuenta la historia, el trabajo, la vida cotidiana, las necesidades y la subjetividad de las usuarias, y a su vez, potenciar su autoestima, su dignidad y el ejercicio de sus derechos<sup>17</sup>.

### **3.3. Salud sexual y reproductiva en adolescentes**

Los y las y adolescentes jóvenes conforman un grupo con riesgos y vulnerabilidades particulares que deben ser analizados en su especificidad y considerando el contexto. Esto es particularmente relevante en el contexto de Zika ya que en algunos países las adolescentes han conformado casi el 50% de casos de infección por el virus<sup>18</sup>.

La adolescencia constituye una etapa del curso de vida, entre los 10 y los 19 años, en la que se producen una serie de cambios físicos, psíquicos y sociales. Debido a que el desarrollo físico se completa antes que el emocional, las y los adolescentes están expuestos a situaciones de mayor vulnerabilidad como puede ser la estigmatización por ser jóvenes, la falta de acceso a la educación sexual integral, el consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas y otras situaciones de riesgo. Para las niñas, el inicio temprano de las relaciones sexuales puede no ser voluntaria y elegida, sino el resultado de presiones o incluso de abuso de poder cuando la iniciación se produce con hombres adultos.

Una atención integral al adolescente debe ofrecer protección para la salud de los y las adolescentes y requiere de profesionales preparados para brindar servicios de calidad y adecuados a las necesidades de los jóvenes. Los equipos de salud deben estar preparados para ofrecer información

---

17. Matamala, M, y otros. Calidad de la atención, Género, ¿Salud reproductiva de las mujeres? Santiago de Chile : Reproducciones América, 1995.

18. Diniz, Debora. Zika en Brasil. Mujeres y niños en el centro de la epidemia. Brasilia : Letras libres, 2017.

adecuada e insumos que prevengan los embarazos no intencionales y las infecciones de transmisión sexual incluyendo el Zika. Se deben también identificar aquellas prácticas de riesgo que puedan exponerlos a situaciones de mayor vulnerabilidad y acompañarlos para que puedan desarrollar capacidades para la toma de decisiones informadas y que puedan sentirse seguros y seguras siempre en el marco de sus derechos.

### 1. Mejorar la atención prenatal, obstétrica, posparto y neonatal.

Algunas recomendaciones para la atención de adolescentes:

- Ofrecer atención en un espacio que garantice la privacidad y garantizar la confidencialidad de la consulta.
- Iniciar el diálogo escuchando y preguntando (¿en qué puedo ayudarte?, ¿qué preguntas tienes?).
- Usar lenguaje sencillo evitando el uso de términos médicos
- No emitir juicios de valor, no criticar aun cuando no se esté de acuerdo. Utilizar, por ejemplo: tu puedes en lugar de tú debes.
- Tomarse el tiempo para responder preguntas sobre pubertad, menstruación, masturbación, polución nocturna, etc. Es importante que sepan que los sentimientos que experimentan son normales.
- No dar por sentado que los y las adolescentes saben cómo usar un preservativo. Siempre hay que hacer una demostración con una maqueta y reforzar el uso adecuado.
- Con las adolescentes, asegurarse que las decisiones que toman son propias y no están siendo presionadas. Ayudarles a fortalecer su capacidad de decir NO cuando no quieren algo.

Fuente: Adaptación de Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. PNSSYPR. Ministerio de Salud de Argentina.

*“En la normativa institucional según los lineamientos en anticoncepción a partir de los 15 años de edad se les deben entregar cualquier tipo de anticonceptivo a los adolescentes que lo soliciten sin ningún familiar o responsable que las acompañe .(Entrevista MISPAS)”*

*“Hay resistencia pero ha bajado a través de las campañas de sensibilización y capacitaciones, a veces la resistencia es por desconocimiento ya que creen que por ley los adolescentes deben asistir con un responsable que autorice la entrega del método anticonceptivo.” (Entrevista MISPAS)*

Por otra parte, es fundamental que los equipos de salud promuevan el trabajo articulado con educación y otros sectores, para garantizar que las y los adolescentes escolarizados y no escolarizados reciban educación sexual integral. La misma puede cumplir un importante rol en problematizar las creencias y representaciones de la población adolescente sobre el Zika, enfatizar las posibilidades de su transmisión sexual y alentar su prevención a través del uso del preservativo<sup>19</sup>.

### **3.4. Incorporación de los varones en la información y planificación de los cuidados**

Los patrones culturales y los estereotipos de género influyen el ejercicio y el cuidado de su salud sexual y reproductiva de los varones de todas las edades. La sexualidad constituye uno de los ámbitos donde se expresan las desigualdades de poder de los hombres sobre las mujeres. Para muchos varones la actividad sexual es considerada una “necesidad natural” y la ejercitan sin necesidad de afrontar las consecuencias que puedan ocurrir y, privilegiándola por sobre la reproducción<sup>20 21</sup>.

19 The right(s) approach to Zika. The Lancet. Editorial. 2016, pág. Vol 4. .

20. Repensando el machismo latinoamericano. Fuller , Norma. 2012, Masculinity and social change, págs. 114-133.

21. Identidad de género masculina y derechos reproductivos. Algunas propuestas analíticas. Figueroa, Juan. 2000, La ventana, pág. Numero 12.

**3. Zika y Salud sexual y reproductiva**

*“Que está bien que las mujeres se cuiden pero también hay que inculcarle a los hombres que se protejan también de una enfermedad, de un embarazo, de una infección.” (Grupo Focal Mujeres)*

*“Muchos hombres no utilizan el condón. Es preocupante porque tienen muchas parejas sexuales en un mes” (Entrevista Centro de Salud)*

*“De los controles prenatales es difícil que participe el hombre porque siempre están trabajando.” (Grupo Focal Mujeres)*

Para muchos adolescentes y jóvenes, el desarrollo de la sexualidad es un aspecto importante de la construcción de su identidad masculina y para un número significativo de ellos demostrar la capacidad de seducir y la potencia sexual son más importantes que las prácticas de cuidado, como por ejemplo, el uso del preservativo<sup>22</sup>. Las presiones en torno a la virilidad pueden llevar a muchos varones a tener relaciones con múltiples parejas o con trabajadoras sexuales, conductas que pueden representar un riesgo de infección para sí mismos y para sus parejas<sup>23</sup>. Por otra parte, el uso del preservativo presenta aun resistencias en algunos varones que consideran a las enfermedades de transmisión sexual como una “marca de guerra”<sup>24</sup>.

22. Masculinidad y sexualidad: uso de preservativos en adolescentes y jóvenes del sur de Quito. Ramírez Sánchez, David Francisco y Gutiérrez Ramírez, Servando. 2011, Revista latinoamericana de población, págs. Vol.5, num 9, pp.101-121.

23. Fuller, Norma. Masculinidades, Cambios y permanencias. Varones de Cuzco, Iquitos y Lima. Lima: Fondo Editorial PUCP, 2001.

24. de Keijzer, Benno . Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. [aut. libro] Vargas Rosana Caceres carlos. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina,. Lima : Redess Jóvenes, 2001, pág. 571.

## 4. Servicios de salud sexual y salud reproductiva

### 4.1. Consejería integral en salud sexual y reproductiva.

Las consejerías integrales en salud sexual y reproductiva constituyen un mecanismo<sup>25</sup> sanitario eficaz para facilitar el acceso a información, servicios de salud sexual y métodos anticonceptivos a la vez que promover la autonomía personal para la toma de decisiones relacionadas a la sexualidad. Mientras que algunas mujeres suelen acudir a los servicios de salud de manera regular para realizarse sus controles ginecológicos, otras solo se acercan cuando están embarazadas. Cada uno de esos momentos constituye una oportunidad para que el equipo de salud ofrezca cuidados que ayuden a la prevención de la morbi-mortalidad materna y prevengan infecciones de Zika y otras.

Uno de esos cuidados es la consejería de salud sexual y reproductiva donde la mujer y las familias puedan recibir información e insumos que les permitan tomar decisiones informadas. Después de un aborto o durante el puerperio el equipo de salud debe ofrecer a las mujeres información y métodos anticonceptivos para prevenir un nuevo embarazo y mantener el intervalo intergenésico<sup>26</sup>.

La implementación de consejerías integrales requiere de una modalidad de trabajo diferente a la que están acostumbrados los equipos de salud. El rol de los profesionales no se limita a hacer recomendaciones, y dar indicaciones, sino que además debe favorecer el encuentro y la confianza de quien consulta. Para lograrlo es necesario asegurar un ambiente de privacidad y de garantía de confidencialidad.

La confianza es fundamental para que el personal de salud pueda indagar acerca de la situación particular de quien consulta entendiendo que la consejería en salud sexual y reproductiva trae a la consulta aspectos de la vida de la vida de las personas como las relaciones sentimentales y familiares, los proyectos de vida o situaciones de violencia o desigualdades de géne-

---

25. Dispositivo en este caso hace referencia a un conjunto heterogéneo de saberes, tecnologías, prácticas, instituciones, marcos normativos, insumos, discursos, etc., que se organizan en redes para el logro de un objetivo estratégico. En este caso, garantizar el acceso a información e insumos para la planificación de la fecundidad

26. Periodo intergenésico. Revision de la literatura. Zabala-Garcia, Abraham, y otros. 2018, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, pág. 83 (1).

ro que trascienden el campo de la enfermedad o la salud biológica. Solo en un clima de confianza y a través del diálogo el equipo de salud podrá indagar sobre la sexualidad (incomodidad en las relaciones sexuales, inquietudes, etc.) y también identificar situaciones de abuso y violencia sexual para establecer mecanismos de acompañamiento cuando sea adecuado.

La información que se brinde durante la consulta debe incluir métodos anticonceptivos, prácticas de cuidado y prevención de infecciones de transmisión sexual incluyendo el Zika. Es muy importante que la información que se ofrezca esté actualizada y validada científicamente y que se comunique de manera clara y simple, evitando un lenguaje técnico y el uso de términos médicos. Se recomienda también el trabajo en equipo interdisciplinario, que incluya profesionales de distintas disciplinas (psicología, trabajo social, enfermería, etc.) debidamente capacitado y que se organizara dependiendo de las posibilidades y características de cada contexto. Del mismo modo, la información debe ser culturalmente adecuada, respetando las lenguas y saberes de las culturas locales, especialmente la de los grupos indígenas.

Los equipos de la salud que desarrollan consejerías integrales necesitan tener en cuenta las características de la población a la que se asiste, los recursos materiales y profesionales con los que cuenta la institución y establecer relaciones de articulación con de organizaciones comunitarias y otros actores relevantes de la comunidad (8). Aun cuando la epidemia de Zika parece haber terminado, es necesario incorporar a las mujeres en las estrategias de prevención en todos los encuentros del equipo de salud con las mujeres.

### **Planificar la fecundidad. La consulta anticonceptiva.**

Cuando la consulta es sobre anticoncepción la misma tiene que orientarse a asegurar que la mujer que consulta pueda contar con la información y recursos necesarios para tomar una decisión autónoma e informada<sup>27</sup>.

1. Compartir la información sobre cómo funciona el método.
2. Clarificar cuál es su eficacia.
3. Transmitir cuál es el uso correcto del método, qué esfuerzos implica y qué facilidades tiene su uso.
4. Explicar cuáles son los efectos secundarios comunes y qué puede hacerse ante su aparición.
5. Dar cuenta de los riesgos y beneficios para la salud inherentes al método.

27. OMS. Recomendaciones sobre practicas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Washington, DC : Departamento de salud reproductiva e investigaciones conexas, 2018.

6. Clarificar cuáles son los signos, síntomas o situaciones de alarma que requieren una nueva consulta y cómo acceder a la misma.
7. Explicar cuáles son las posibilidades de retorno a la fertilidad después de la interrupción del método.
8. Informar cómo protegerse de las ITS, incluyendo y especialmente el virus de Zika.

Es muy importante eliminar las barreras actitudinales y administrativas para que las mujeres y las adolescentes que no quieren embarazarse puedan acceder con facilidad a información y a métodos modernos y seguros considerando los de larga duración y, respetando siempre su decisión. **Se debe también reforzar el uso de la doble protección, método anticonceptivo hormonal y método de barrera.**

Para facilitar el acceso y la elección de un método anticonceptivo, la OMS estableció en 1996 los Criterios Médicos de Elegibilidad (CME) que permiten de manera determinar de manera simple, veraz y segura la utilización de cada método según las circunstancias de cada persona en particular.

Para establecer los estos criterios la OMS realiza las siguientes evaluaciones:

- Inclusión de las condiciones de salud relevantes
- Condiciones basadas en evidencia científica
- Incluir las etapas de vida que pueden afectar la elección del método
- Aspectos relacionados con los servicios necesarios en relación al uso del método.

La última revisión fue realizada durante el 2014 y publicada en 2015. Dicha edición, presenta una actualización y ampliación de sus recomendaciones para la adecuada prescripción de los métodos anticonceptivos en mujeres y hombres con enfermedades crónicas o con condiciones personales de relevancia médica<sup>28</sup>.

28. —. Guía de implementación de los criterios médicos de elegibilidad y las recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 2018

## Criterios médicos de elegibilidad (CME) para el uso de anticonceptivos Quinta edición 2015 – Organización Mundial de la Salud

<b>Criterio 1</b>	Situación para la que no existen restricciones al uso del método anticonceptivo.
<b>Criterio 2</b>	Situación en la que, en general, las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados.
<b>Criterio 3</b>	Situación en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método.
<b>Criterio 4</b>	Situación en la que el uso del método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud.

Para evaluar la situación de una persona singular y utilizar las CME es preciso realizar una atenta y cuidadosa anamnesis e historia clínica, teniendo siempre presente las circunstancias particulares de la mujer y el método que prefiere como opción. En el caso de las primeras dos criterios el método elegido no tiene restricciones severas, pero el CME 2 requiere un seguimiento por parte del equipo de salud. El criterio 3 exige una cuidadosa evaluación clínica, el acceso a servicios de salud dada la severidad de la condición y la aceptabilidad de métodos alternativos y también requiere de seguimiento.

En términos prácticos en aquellas situaciones donde los recursos profesionales son limitados se puede simplificar los cuatro criterios en dos, en ese caso las categorías 1 o 2 indican que la mujer puede usar el método mientras que los criterios 3 y 4 indican que no es médicamente elegible para su uso como se muestra en el cuadro siguiente.

<b>Criterio</b>	<b>Con suficientes recursos profesionales</b>	<b>Con recursos profesionales limitados</b>
<b>1</b>	Situación para la que no existen restricciones al uso del método anticonceptivo.	SI (usar el método)
<b>2</b>	En general, use el método	
<b>3</b>	El uso del método generalmente no se recomienda, a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles	NO (usar el método)
<b>4</b>	No debe usarse el método	

En la guía de la OMS también se especifican los criterios médicos para el inicio y/o la continuación del uso de métodos.



### **Recomendación:**

**Dada la gran utilidad de esta información se recomienda que los CME y los criterios para el inicio y continuación de métodos anticonceptivos están disponibles en los consultorios y espacios de atención. Puede obtenerse información adicional como también las guías completas en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/mec-wheel-5th/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/mec-wheel-5th/en/)**

## **Algunas consideraciones especiales**

### **• Doble protección para prevenir infecciones/Zika**

Además del uso de normas y criterios internacionales para asegurar la calidad de los servicios de anticoncepción, es siempre importante tener en cuenta el contexto cultural y social de las personas que consultan. En el marco de la epidemia de Zika el uso de métodos de barrera como el preservativo, deben ser especialmente recomendados tanto para prevenir un embarazo no deseado, como también evitar la transmisión de infecciones de Zika, VIH y otras enfermedades. El uso simultáneo del preservativo masculino o femenino junto a otro método se conoce como "doble protección". Es siempre recomendable recordar a quienes consultan que la efectividad del preservativo para prevenir una infección de transmisión sexual ronda el 95% y como método anticonceptivo llega al 97% siempre que se ha usado correctamente.

*"Si una mujer le pide a un hombre que utilice preservativo, eso le genera desconfianza y piensa que la mujer está enferma. Además los hombres no permiten que las mujeres tomen decisiones en sus hogares, menos en las relaciones sexuales. No están acostumbrados a usar preservativo, son machistas." (Grupo Mujeres)*

También es importante tener en cuenta que no siempre es posible para las mujeres negociar el uso del preservativo. Esto representa un desafío para los equipos de salud que deberán ir más allá de la mera recomendación

y ofrecer pautas y argumentos que ayuden a las mujeres a conversar con sus parejas masculinas. Recordar en este punto que pareja estable no es lo mismo que sexo seguro.

Considerando esta situación, se sugiere también que desde los servicios de salud se realicen campañas y actividades educativas para sensibilizar a los varones sobre el uso del preservativo para prevenir el Zika.



### **Recomendación:**

**Siempre que sea posible se deben entregar preservativos junto con el método anticonceptivo elegido para reforzar la doble protección.**

#### **• Anticoncepción en adolescentes**

En general, las y los adolescentes son elegibles para usar los mismos métodos anticonceptivos que las personas adultas ya que la edad no constituye en sí una razón médica para negarles cualquier método. Para determinar si una adolescente con determinada condición médica puede utilizar un método se debe consultar a los CME. Sin embargo, muchas de las barreras que encuentran los y las adolescentes para acceder a métodos no están relacionadas con los criterios médicos sino a la falta de confidencialidad, normas restrictivas de los servicios de salud (vinculadas con los horarios de atención, la disponibilidad de personal capacitado), prejuicios de los profesionales de la salud. Es muy importante que los servicios de salud conozcan los marcos normativos nacionales para saber a partir de qué edad los y las adolescentes pueden acceder a métodos anticonceptivos sin necesidad de contar con autorización de sus padres y teniendo en consideración el principio de autonomía progresiva establecido en la Convención Internacional Sobre los Derechos del Niño<sup>29</sup>.

Si bien desde el enfoque de derechos ellas y ellos pueden elegir cualquiera de los métodos anticonceptivos disponibles en sus comunidades, siempre es necesario evaluar aquellos métodos que mejor se ajusten a sus vidas cotidianas. Por ejemplo, muchas veces es difícil para una adolescente lograr adherencia a un método que requiere una organización y consistencia diaria en la

29. Principio de autonomía progresiva (arts. 3º, 5º, 12, 14, 27, CDN) Implica dos principios fundamentales: a) el reconocimiento de los niños como sujetos titulares de derechos, y b) el reconocimiento de la niñez como una etapa específica e indispensable del desarrollo humano. El reconocimiento de la autonomía progresiva reconoce que los niños, niñas y adolescentes adquieren habilidades y aptitudes según su edad y grado de madurez que le habilitan a ejercer sus derechos por sí mismo y también exigirlos- Este principio operan como un límite al poder discrecional del Estado, y de los operadores jurídicos, sociales, educativos, sociales, sanitarios y administrativos en general que trabajan en clave de protección de la infancia.

toma. Los efectos adversos pueden ser otro factor a considerar en este grupo que presenta dificultades para lograr adherencia. Las relaciones sexuales son esporádicas o la necesidad de ocultar su actividad sexual delante de sus familias puede contribuir al no uso o mal uso del método. El costo de los servicios o del método no debe constituir una barrera para el acceso y la adherencia en el caso de las adolescentes de sectores más vulnerables. En todos los casos, la educación y el acompañamiento al momento de la toma de decisiones sobre su sexualidad y fecundidad, pueden contribuir en gran medida a que estas sean informadas y seguras y puedan así, sostenerlas en el tiempo.

### • **Anticoncepción de emergencia (AE)**

La anticoncepción de emergencia es un método anticonceptivo para ser utilizado posteriormente a una relación sexual sin protección o cuando el método que se estaba utilizando no fue efectivo. Puede haber diferentes situaciones en las que sea necesario tomar anticoncepción de emergencia:

- cuando no se ha utilizado ningún método anticonceptivo;
- cuando ocurre un accidente con el preservativo (se salió, deslizó o rompió), o si se desplaza el diafragma. También en caso de uso incorrecto de un método natural, o el olvido de la toma de pastillas anticonceptivas y retraso en la colocación de anticonceptivo inyectable.
- en caso de agresión sexual cuando la mujer no estaba protegida por un método anticonceptivo eficaz;

*“En las unidades de salud tienen anticonceptivos de emergencia pero si alguien va a pedirlo se cuestiona porque se asocia con el aborto. Las personas pocas veces lo solicitan ya que tiene miedo de ir presos o denunciadas. Desconocen que el anticonceptivo de emergencia es para no concebir y no abortivo.” (Grupo de mujeres)*

Las píldoras de emergencia pueden entregarse por anticipado a la mujer o adolescente, para que las tenga disponibles en caso de necesidad ya que cuanto antes posible las tome tras una relación sexual sin protección, mayor es la efectividad. El 95% de eficacias se logra si se lo toma dentro de las primeras 12 horas. Entre las 49 y las 72 horas la de la relación sexual la efectividad desciende al 58%. Puede tomarse hasta dentro de las 120 horas.

La anticoncepción de emergencia impide el embarazo al retrasar la ovulación. La AE no puede provocar un aborto, ni interrumpir un embarazo establecido dañando al embrión en su desarrollo.

La AE es segura para la mayoría de las mujeres. Para ayudar a determinar

si una mujer con una condición médica o característica en particular puede usar anticoncepción de emergencia de manera segura, consulte los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, quinta edición.

La anticoncepción de emergencia se puede suministrar cuando no hay prueba que confirme un embarazo, aunque no se recomienda hacerlo a menos que se tenga certeza, ya que no hay evidencia de los efectos en el mismo o en alteraciones en su curso.

**Como la AE no protege contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el Zika y el VIH siempre se recomienda el uso correcto y consistente de preservativos. Es importante insistir y recordar a las mujeres y los varones, que el preservativo es uno de los métodos de protección más eficaces contra las ITS que incluye al Zika entre ellas. Los preservativos femeninos son también eficaces y seguros, pero en general hay menos acceso a ellos<sup>30</sup>.**

#### • Sexualidad y discapacidad

Las mujeres con discapacidad deben tener acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva en condición de igualdad con los demás. Esto ha sido ratificado por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD, 2006. art. 23) Los prejuicios sociales y las construcciones acerca de la sexualidad de las personas con discapacidad operan muchas veces como barreras de acceso. Muchos profesionales de la salud no piensan a las personas con discapacidad como sexualmente activas. La falta de información sobre sexualidad en general y sobre prevención del Zika en mujeres con discapacidad aumenta sus posibilidades de contraer esta enfermedad. Por estos motivos, se debe ofrecer la consulta en salud sexual y reproductiva a todas las mujeres con alguna discapacidad adecuando la atención a sus necesidades y acompañándola en la toma de decisiones del método que más se ajuste a sus necesidades. Por ejemplo, la utilización de algunos métodos de barrera puede resultar difícil para personas con destreza manual reducida o considerar el impacto del método en sus ciclos menstruales si la mujer tiene dificultades con la higiene íntima durante la menstruación.

30. Emergency Contraception. A last Chance to prevent Unintended Pregnancy. Trussell, James, Raymond, Elizabeth y Clealand, Kelly. 2014, Contemporary Readings in Law and Social Justice, págs. Vol6, N2.

*“La situación del Zika permitió visualizar la problemática de la mujer con discapacidad preexistente, no sólo en lo relativo a la exclusión y discriminación en los servicios sino también en el derecho y la libertad de no continuar con un embarazo en estas condiciones a sabiendas de que ese niño por nacer no tiene esperanza de vida, recordemos que en el Salvador está prohibido el aborto para todas las mujeres, esto se complejiza y es más traumatizante aun en mujeres con discapacidad.” (Entrevista a profesional de salud)*

*“...más allá de las pequeñas iniciativas que se estén implementando en cuanto a salud sexual y reproductiva, estas personas siguen siendo estigmatizadas como personas asexuadas. Esto se puede observar directamente en la negación de los proveedores de los servicios de salud sexual y reproductiva de comprender la dimensión y la necesidad que una mujer o un hombre con discapacidad tienen sobre su propia sexualidad.” (Entrevista a profesional de salud)*

Desde la perspectiva de los derechos la decisión del método anticonceptivo debe tomar la mujer con la información adecuada. En caso de optar por un método irreversible como la anticoncepción quirúrgica el equipo se debe asegurar que las decisiones se tomen con consentimiento informado y sin ningún tipo de presiones.

#### • **Anticoncepción masculina**

Habitualmente los servicios de anticoncepción están dirigidos casi exclusivamente a las mujeres. Sin embargo, es muy importante incorporar a los varones a la oferta de salud. Incluir a los varones en los programas de salud sexual y reproductiva representa un beneficio para su propia salud, sino que también contribuye a la salud de sus parejas mujeres. La opción para ellos en materia de anticoncepción es más reducida: preservativo y anticoncepción quirúrgica.

La vasectomía es un método anticonceptivo masculino de carácter irreversible. Consiste en un procedimiento de bajo riesgo en la que se cierran los conductos deferentes y que puede realizarse en modalidad ambulatoria. En el proceso de toma de decisiones para la realización de esta práctica deben considerarse las leyes nacionales y las normas vigentes para esta intervención.

*“La vasectomía sólo se realiza en hospitales privados, no hay campañas al respecto. Igualmente no quieren realizarla. Los hombres dejan que las mujeres usen métodos anticonceptivos pero ellos no quieren usar preservativos.” (Grupo Focal Mujeres)*

Casi no existen condiciones médicas para las cuales esta práctica resulte contraindicada, aunque algunas condiciones y circunstancias pueden requerir que se tomen ciertas precauciones. Para determinar si un varón puede someterse a una vasectomía de manera segura se debe consultar la quinta edición de los CME.

Los resultados de este método no son inmediatos, sino que se debe esperar tres meses antes confiar en la vasectomía como método anticonceptivo exclusivo. Para confirmar la eficacia anticonceptiva del método se deben realizar análisis del semen para constatar la ausencia de espermatozoides y dejar de usar el condón como método anticonceptivo de apoyo.

Según la experiencia de indagación y trabajo en terreno en los países de Centroamérica, las prácticas de anticoncepción masculina no están arraigadas, no forman parte del discurso del colectivo social en materia de salud reproductiva y confronta por cierto con los modelos hegemónicos y patriarcales en donde la mayoría de las medidas de anticoncepción recaen sobre la responsabilidad y los cuerpos de las mujeres. En la medida que las sociedades van democratizándose en materia de ejercicio de los derechos es de esperar que las relaciones equitativas entre hombres y mujeres sean más equitativas en cuanto a las prácticas de anticoncepción.

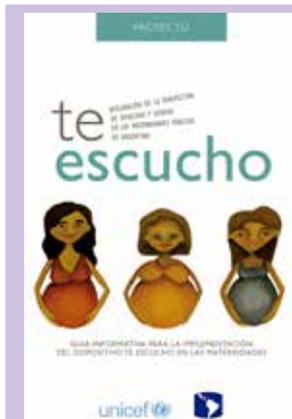
## **4.2. Consejería integral en salud sexual y reproductiva.**

La incorporación de la perspectiva de derechos a la atención de la salud reproductiva ha transformado el paradigma de atención de la salud perinatal. Desde este enfoque la atención debe centrarse en la mujer y su familia y estar orientada a garantizar los derechos de las madres y el niño o niña. En el contexto de la epidemia del Zika, este abordaje requiere un esfuerzo adicional, ya que los riesgos asociados al virus pueden afectar el desarrollo normal del feto produciendo alteraciones neurológicas, de las cuales la microcefalia es la más conocida.

En estas circunstancias, los servicios de salud deben adecuarse para responder a las necesidades de las mujeres que pueden encontrarse en riesgo de ser afectadas por el Zika para garantizar el cuidado de su salud que incluya el diagnóstico temprano, procedimientos seguros y efectivos basados en la evidencia científica existente. Es sumamente importante señalar que la observación de los primeros signos de anomalías fetales, sumados a un resultado positivo o dudoso de una prueba de detección del virus, contribuye a establecer un diagnóstico y la atención adecuada.

Para asegurar el enfoque de derechos es necesario involucrar a todos y todas las integrantes del equipo de salud, es decir todo el personal que cumple un rol en el proceso de atención tanto las persona que proveen atención médica, pero también al personal administrativo, de limpieza, camilleros y choferes de ambulancias, pero también debe incluir a las muje-

res y sus familias. Cada persona cumple una función esencial en el proceso de atención y contribuye a la calidad del mismo.



Los modelos de atención centrados en las personas durante el proceso reproductivo ponen a la mujer y sus familias en el centro de la escena con miras a promover, respetar y garantizar los derechos en los servicios de salud. El ejemplo del Proyecto “Te Escucho” para la promoción de los derechos y la equidad de género constituye un ejemplo de modelo que se sustenta en estos principios.

[http://flacso.org.ar/wp-content/uploads/2013/08/SALUD\\_2015\\_Te\\_Escucho\\_Booklet.pdf](http://flacso.org.ar/wp-content/uploads/2013/08/SALUD_2015_Te_Escucho_Booklet.pdf)

El cuidado prenatal requiere de acciones específicas para identificar de manera temprana a mujeres que puedan estar infectadas y prevenir aquellas que estén en riesgo. Esto requiere de acceso a controles tempranos del embarazo para realizar diagnósticos y ofrecer información y acompañamiento a las mujeres que están en riesgo de contraer el virus<sup>31</sup>.

Brindar cuidados y apoyo a las mujeres durante el embarazo constituye una dimensión importante de la calidad de atención especialmente el cuidado de embarazos con posibles anomalías y la preparación para un parto respetado. Durante el cuidado prenatal es un buen momento para conversar con las mujeres acerca de la planificación de su fecundidad, ofrecer información sobre anticoncepción y sobre el intervalo intergenésico.

31. OMS. Atención en el embarazo en el contexto del brote de Zika. Orientación Provisional actualizada. 2016. Interim guidance update. WHO/ZIKV/MOC/16.2 Rev.1.

## **RECOMENDACIONES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA EL CUIDADO DEL EMBARAZO EN EL CONTEXTO DEL ZIKA**

Estas recomendaciones son un resumen de la actualización realizada en mayo del 2017 de la Guía para el cuidado del embarazo en contexto del virus de Zika, publicadas originalmente por la Organización Mundial de la salud en marzo del mismo año. Las recomendaciones están orientadas a la atención de mujeres embarazadas que viven en zonas de transmisión del virus de Zika hayan sido o no diagnosticadas con infección o se sospeche que corren el riesgo de contraerla. Incluye medidas preventivas, de diagnóstico y el tratamiento de mujeres posiblemente expuestas a la infección del virus de Zika, cuidado general y estudios prenatales.

- Las medidas de prevención y protección contra la infección del virus de Zika son las mismas que para la población general (cubrir el cuerpo con ropa de mangas larga, uso de mosquitero, uso de repelente). Sin embargo, en el caso de las mujeres embarazadas, es muy importante reforzarlas en cada contacto con equipo de salud.
- Para prevenir la transmisión sexual del virus se debe recomendar y enfatizar el uso de preservativos durante todo el embarazo.
- En los casos en que la mujer embarazada presente síntomas de infección se debe recomendar reposo y el uso de medidas de protección personal utilizadas por la población general. Por el momento, no hay evidencia de diferencias en el cuadro clínico de la infección por el virus de Zika entre mujeres embarazadas y no embarazadas. La infección puede ser tanto sintomática como asintomática
- Cuando se detecten síntomas o signos de infección en la historia clínica es recomendable realizar pruebas de detección del virus de Zika. Si bien la OMS no recomienda realizar pruebas a todas las embarazadas, siempre que sea posible se debe ofrecer la posibilidad de realizar una ecografía en el primer trimestre para establecer con exactitud la edad gestacional y realizar un estudio general de la morfología fetal.
- Cuando la prueba para detectar infección haya dado negativo, pero se observan anomalías cerebrales en el feto en la ecografía se recomienda la realización de una amniocentesis. Es importante recordar que siempre es necesario el consentimiento informado de la mujer.

- Al momento de la realización de una ecografía, el estudio debe centrarse en la detección de anomalías fetales cerebrales o de otra índole asociadas a mujeres gestantes infectadas por el virus. Sin embargo, la revisión de la literatura indica que el ultrasonido permite definir más precisamente la ausencia de microcefalia que su presencia. Por eso, aunque no se detecten anomalías del feto es recomendable completar el estudio con una reevaluación ecográfica.
- Si se confirma o existe la sospecha que el feto sufre de microcefalia u otras anomalías, y siempre en el marco de los recursos existentes, es recomendable referir a las mujeres gestantes a los servicios de atención especializada pertinentes. Dependiendo de la gravedad de las anomalías y de la certeza del diagnóstico y pronóstico, es necesario ofrecer cuidados prenatales especializados que incluyan el seguimiento de la evolución del feto y la orientación sobre posibles opciones para el manejo del embarazo.
- Ofrecer a la mujer y a la familia información actualizada y basada en la evidencia existente sobre el pronóstico de las anomalías diagnosticadas. Cuando la ley lo habilita se debe ofrecer a la mujer información acerca de la interrupción del embarazo. En caso de que ella decida continuarlo se le debe garantizar la atención y el apoyo adecuados para manejar el estrés y crear un ambiente de contención y acompañamiento para el parto.

Se puede acceder al documento completo "Atención en el embarazo en el contexto del brote de virus de Zika. Orientación provisional actualizada" en el siguiente link,

<http://www.who.int/csr/resources/publications/zika/pregnancy-management/es/>

### **4.3. Parto y puerperio**

El parto es uno de los eventos más significativos de la salud reproductiva y merece especial atención. El modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia que (Unicef) promueve el respeto por las decisiones de la mujer y la familia que ella decida que la acompañe a lo largo del trabajo de parto y durante el parto. Considera la posibilidad de elegir deambulación, la ingesta de líquidos, las distintas posiciones y tiempos en el parto. }

*“Los pacientes con microcefalia son minoría, poco frecuentes y que cualquier miembro de la institución puede identificarlos. Hay que apoyarlos, actitudinalmente, cuando un paciente se acerca con esa condición. Como negativo, el no poder contar con un soporte para estos pacientes. Son pocos y debería ser posible.” (Entrevista Equipos de salud)*

En el caso particular de partos en zonas afectadas por el virus de Zika es muy importante que los profesionales reciban la capacitación adecuada y permanente para identificar a los recién nacidos afectados por el virus. La identificación y el diagnóstico son condiciones fundamentales de una atención integral. Sin embargo, la evidencia demuestra que no todos los niños afectados por el síndrome congénito asociado al virus presenten en señales de microcefalia al momento del nacimiento, pero presenten síntomas en los meses posteriores<sup>32</sup>. La brecha entre la producción de nueva evidencia científica y la elaboración de guías y protocolos clínicos requiere del esfuerzo de los equipos de salud para mantener una vigilancia epidemiológica activa que permita la detección de nuevos casos que permitan acceder a una atención sanitaria integral de los niños y sus familias. Para esto es muy importante que los trabajadores de la salud reciban capacitación permanente y actualización de las normativas y protocolos locales vigentes.

## **Lactancia temprana**

Para estimular y facilitar la lactancia temprana y el vínculo madre-hijo o hija se prioriza la internación conjunta madre-hijo o hija sanas con la participación de las familias facilitando las condiciones para el acompañamiento.

Durante el puerperio, la existencia de consejerías y/o servicios de salud sexual y reproductiva facilitan el acceso de las mujeres a información y a métodos anticonceptivos para prevenir un nuevo embarazo. Antes de que la mujer reciba el alta y se retire de la institución sanitaria debe recibir información clara y concreto sobre anticoncepción y asegurar los mecanismos para que pueda continuar recibiendo el método elegido. Entre los contenidos de la consejería es fundamental informar acerca de la conveniencia de espaciar los embarazos y ofrecer información sobre los riesgos de un nuevo embarazo temprano. Recordarle que el riesgo de embarazo aumenta con la primera menstruación post parto o cuando el bebé comienza con la comida sólida. Si recibió consejería durante el cuidado prenatal asegurar que no tenga dudas y entregarle el método elegido.

En relación a la lactancia las mujeres deben recibir información acerca de la

32. Access to Information on Safe Abortion: A Harm Reduction and Human Rights Approach. Erdman, Joanna N. . 2011, Harvard Journal of Law & Gender,, págs. 413-462.

lactancia de manera exclusiva y su impacto en la fecundidad.

Se considera lactancia exclusiva cuando el bebé no recibe ningún líquido ni alimento que no sea la leche materna si siquiera agua. En estas circunstancias el periodo anovulatorio se extiende hasta que se comiencen a incorporar otros alimentos o líquidos.

La lactancia casi exclusiva significa que además de la leche materna el bebé recibe algún otro líquido y aliento, sin embargo,  $\frac{3}{4}$  de su alimentación sigue siendo leche materna.

Cuando las mujeres eligen o no pueden amamantar el riesgo de embarazo aumenta a partir de los 21 días post parto, pero también puede ser que algunas mujeres ovulan antes de que se presente la menstruación.

*“Se puede observar sobre todo en las comunidades rurales donde por vergüenza o crítica los padres no llevan a atender a los niños recién nacidos con microcefalia o con cualquier otro tipo de discapacidad por ejemplo.” (Entrevista MISPAS)*

Los derechos reproductivos también reconocen el derecho a materner un hijo o hija, esto significa asegurar los recursos que le permitan cuidarlo de manera saludable especialmente cuando estos niños o niñas requieren especiales cuidados.

Es importante reconocer que las mujeres y las familias con niños con microcefalias y otras malformaciones neurológicas graves se ven afectadas por este acontecimiento, que significa criar un niño con una discapacidad severa. La consejería anticonceptiva debe poner el contexto las necesidades y deseos de la mujer para acompañarla en el proceso de toma de decisiones.

## 4.4 Interrupción del embarazo: ¿aborto seguro o inseguro?

La epidemia de Zika ha instalado, en el campo de la salud el debate acerca de la interrupción de un embarazo. A pesar de las recomendaciones elaboradas por los organismos internacionales de derechos humanos y de salud que apuntan a que cada país ofrezca las mejores condiciones para interrupciones seguras (OMS, 2014). Sin embargo, la mayoría de los abortos en la región se realizan en condiciones de clandestinidad y riesgo para la salud<sup>33</sup>.

33. Abortion incidence between 1990 and 2014. Global, regional, and subregional levels and trends.

La Organización Mundial de la Salud, clasifica a los abortos según su nivel de seguridad en tres categorías:

1. Abortos **seguros** son aquellos que fueron llevados a cabo por profesionales sanitarios cualificados mediante un método recomendado por la OMS apropiado a la duración del embarazo.
2. Abortos **menos seguros** son los que fueron practicados por un profesional cualificado que utilizó un método poco seguro o anticuado como el legrado uterino instrumental, o bien por una persona no cualificada, incluso si está utilizó un método seguro como el misoprostol, un medicamento que se puede utilizar para la inducción de un aborto.
3. Abortos **inseguros o nada seguros**, que son los realizados por personas no cualificadas con métodos peligrosos, como la introducción de objetos extraños y el uso de brebajes de hierbas.

Los abortos seguros representan un riesgo extremadamente bajo para una mujer que interrumpe un embarazo en esas condiciones. La mortalidad materna observada en los casos de aborto seguro es de no más de uno por cada cien mil intervenciones y las complicaciones también tienen una incidencia sumamente baja. De hecho, la morbilidad y mortalidad asociadas son inferiores a las correspondientes a los partos de término si el aborto se hace en el primer trimestre<sup>34</sup>.

Por el contrario, las complicaciones derivadas de abortos inseguros pueden producir hemorragias, septicemias, peritonitis, y traumatismos del cuello del útero y de los órganos abdominales. Alrededor del 20% al 30% de los abortos inseguros provocan infecciones del aparato reproductor, y entre el 20% y el 30% de ellos provocan una infección del tracto genital superior. Según informa la OMS, una de cada cuatro mujeres sometidas a un aborto inseguro probablemente desarrollará una incapacidad temporal o permanente que requiera atención médica<sup>35</sup>.

La OMS también considera que en los países donde el aborto legal está sumamente restringido, es posible que se dé un acceso desigual a una práctica sin riesgos. En estos contextos, los abortos que cumplen con los requisitos de seguridad se convierten en un privilegio de los sectores con mayores recursos económicos y simbólicos, mientras que las mujeres que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad social no tienen otra opción que acudir prácticas no seguras, que tienen el riesgo de resultar en secuelas y muertes. La organización también identifica ciertas características de los abortos inseguros que tienen que ver con circunstancias

---

Sedgh, G, y otros. 2016, Lancet, págs. 258-267.

34. Faundes, Aniba y Barzelatto, José. El drama del aborto. Buenos Aires : Paidós, 2012.

35. OMS. Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, Sixth edition. s.l. : Department of Reproductive Health and Research, 2011.

inapropiadas antes, durante y después de la práctica. Entre estas se incluye la falta de consejería previa y la información incorrecta sobre aborto con medicamentos.

Entendiendo que la práctica del aborto implica varios niveles de complejidad, la seguridad en las cuales se realizan no está únicamente ligada al contexto y a un proveedor determinado, sino a una variedad de elementos que forman parte de un proceso que se ubican a lo largo de un continuum que abarca desde la alta seguridad hasta el alto riesgo.

Y en este sentido, la interrupción de un embarazo temprano auto-inducida con medicamentos con el asesoramiento y el seguimiento apropiado puede ser un aborto seguro aun en contextos de restricciones normativas. Por lo tanto, se podría asumir que aborto ilegal no es necesariamente sinónimo de aborto inseguro<sup>36</sup>. Es por este motivo que aun en contextos en los que el aborto es ilegal es importante que el Estado ofrezca acompañamiento e información a las mujeres para que puedan tomar decisiones informadas<sup>37</sup>.

Una alternativa en estas circunstancias es el modelo de reducción de riesgos y daños, desarrollada e implementada por profesionales de Uruguay decididos a adoptar una postura activa para aplicarla a la problemática del aborto y “dejar de ser parte del problema para ser parte de la solución”. La implementación de este modelo demostró tener excelentes resultados en la reducción de muertes maternas por aborto cuando la práctica era aún ilegal siendo reconocida como una estrategia relevante en países con legislaciones restrictivas<sup>38</sup>.

### **El modelo de Reducción de riesgos y daños aplicado al aborto inseguro**

El concepto de *reducción de riesgos y daños* apunta a disminuir las consecuencias negativas de una práctica que implica riesgos. No se centra en erradicar la conducta, sino que presenta alternativas para atravesar de la forma menos dañina posible. Las acciones educativas y socio-sanitarias que se engloban bajo los programas de reducción de riesgos y daños se realizan sin valoración moral previa acerca de la conducta específica sobre la que se pretende incidir<sup>39</sup>.

El modelo de reducción de riesgos y daños aplicado al problema del

---

36. Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS. Ganatra, Bela, y otros. 2014, Boletín de la Organización Mundial de la Salud, pág. 02:155.

37. OMS. Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto. 2015.

38. El modelo de Reducción de Riesgos y daños aplicado al aborto inseguro fue desarrollado por Iniciativas Sanitarias en Uruguay pero actualmente es implementado por sistemas públicos de salud en varios países de la región como también por organizaciones de la sociedad civil.

39. Access to Information on Safe Abortion: A Harm Reduction and Human Rights Approach. Erdman, Joanna N. . 2011, Harvard Journal of Law & Gender,, págs. 413-462.

aborto constituye una estrategia sanitaria que procura reducir los riesgos asociados con actividades específicas y los daños colaterales a través de acciones educativas y socio-sanitarias sin hacer un juicio de valor sobre la conducta en cuestión.

### Los objetivos de esta estrategia sanitaria incluyen:

- Disminuir la morbi-mortalidad materna de la mujer gestante por los abortos provocados.
- Disminuir los abortos provocados en condiciones de riesgo.
- Disminuir el riesgo del aborto inseguro.
- Disminuir la necesidad de que las mujeres tengan que recurrir a abortos provocados; posicionando al aborto provocado como un problema sanitario y social complejo, que requiere un abordaje integral integrado por parte de la sociedad y del equipo de salud.

La intervención está enfocada en estos dos momentos, el “antes” y el “después” con la idea de que aún si el aborto es ilegal, las mujeres que están contemplando interrumpir su embarazo deben tener acceso a una consulta pre y una consulta post con un equipo de salud interdisciplinario que les permita a las usuarias tener una atención integral y humanizada.



Fuente: Guía para Difundir y promover el Modelo de Reducción de Riesgos y Daños frente al aborto provocado en condiciones de Riesgo. IPPF, Iniciativas Sanitarias

Es claro que en estas instancias los profesionales de salud tienen la responsabilidad de actuar para prevenir o reducir los riesgos y daños asociados con el aborto inseguro a través de la provisión de información y asesoramiento.

El abordaje de la reducción de riesgos y daños no fomenta la práctica del aborto ilegal, porque reconoce el riesgo y las consecuencias negativas que se derivan de contextos de legalidad restringida. Por el contrario, constitu-

ye un abordaje preventivo de manera doble: opera tanto en la prevención del embarazo no deseado como en las situaciones en las que este es un hecho concreto.

El modelo actúa desde el deber médico y la responsabilidad profesional de velar por la salud de las mujeres asegurando el acceso a la información; se sustenta en el derecho a la salud, a la información y a la toma de decisiones autónomas.

La consejería en reducción de riesgos y daños tiene un impacto positivo en las experiencias de las mujeres con embarazo no deseado y es un determinante crucial para que, si la mujer opta por la interrupción, esta sea segura. Las mujeres valoran la posibilidad de tener un espacio confidencial dentro del sistema de salud donde pueden expresar sus inquietudes y dudas, recibir contención, apoyo e información, y ser respetadas en su autonomía.

Además, reduce el padecimiento subjetivo al intervenir sobre el contexto (antes y después) del aborto generando condiciones de seguridad para su salud física y subjetiva<sup>40</sup> (32).

## **4.5. Atención Post aborto**

Otro componente de la atención integral de la salud reproductiva es la atención postaborto (APA). La misma consiste en aquellas intervenciones médicas apropiadas y oportunas, destinadas a tratar a una mujer que acude a la unidad de salud después de un aborto, ya sea espontáneo o inducido (con o sin complicaciones) y que pueden salvar la vida de las mujeres y disminuye las tasas de morbilidad.

La atención postaborto integra cinco componentes:

1. Tratamiento del aborto incompleto y del aborto inseguro, así como de las complicaciones relacionadas con el aborto con riesgo de muerte;
2. Consejería para identificar y responder a las necesidades de la salud mental y física de las mujeres, así como a otras inquietudes;
3. Servicios de anticoncepción y de planificación familiar para ayudar a las mujeres a evitar embarazos no deseados o practicar el espaciamiento de los nacimientos;
4. Servicios de salud reproductiva y otros servicios de salud que, de preferencia, son proporcionados en la misma unidad de salud o por

---

40. Consejería pre y post aborto. Efectos de la intervención en la salud integral de las mujeres atendidas en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la provincia de Buenos Aires. Doso, Daniela. 2013, vol 34(18), Perspectivas Bioéticas, Flacso Argentina.

medio de referencia a otras unidades de salud accesibles dentro de la red de prestadores de servicios de salud;

5. Alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios de salud para evitar embarazos no deseados y abortos inseguros, para movilizar los recursos a fin de ayudar a las mujeres a recibir atención apropiada y asegurar que los servicios de salud reflejan y cubran las expectativas y necesidades de la comunidad.



### **Importante:**

**Tanto en el modelo de reducción de riesgo como en la atención del post aborto, las consejerías anticonceptivas son muy importantes para evitar un nuevo embarazo no planificado. Se recomienda como criterio de calidad ofrecer métodos de larga duración ya que una mujer que interrumpe un embarazo es porque no está planificando embarazarse nuevamente en el corto plazo.**

## **4.6 Violencia de género y violencia sexual**

La violencia contra las mujeres en todas sus formas constituye barreras y limitan la autonomía de las mujeres para la toma de decisiones y que afectan su integridad física y emocional<sup>41</sup>. En este sentido, el abordaje de la violencia de género y la violencia sexual en general son factores de protección frente al Zika, ya que las mujeres que sufren estos problemas están más expuestas también a contraerlo.

Ofrecer servicios de prevención y atención víctimas de violencia sexual; implementar protocolos o guías de atención integral a víctimas de violencia sexual que incluya tratamiento de lesiones anticoncepción, profilaxis de VIH, Zika y otras enfermedades de transmisión sexual; vacunación y el cumplimiento de todas las obligaciones médicas y legales que correspondan, se constituyen en acciones con gran relevancia también para reducir el virus del Zika.

Las acciones de prevención de la violencia y la promoción de la paternidad con varones, especialmente con los jóvenes es otro servicio que contribuye a prevenir la violencia contra las mujeres.

41. OMS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud. Washington, DC : s.n., 2013

## 5. Implicancias para los servicios de salud

La consejería integral en salud sexual y reproductiva es un dispositivo de atención que va más allá de la enfermedad y se constituye en una estrategia de relevancia para integrar la prevención del Zika. La incorporación del marco de derechos implica un nuevo paradigma que interpela al modelo tradicional basado en la evaluación diagnóstica y la prescripción, donde el médico es sujeto de saber y el paciente un sujeto pasivo, receptor. Las consejerías por el contrario apuntan a fortalecer la autonomía de las mujeres y las adolescentes para la toma de decisiones informadas. Son servicios que pueden ofrecerse en todos los niveles de atención cuando se cuenta con personal entrenado.

Las consejerías deben ofrecer:

- Información actualizada
- Confidencialidad
- Reconocimiento de las necesidades
- Orientación
- Resolución

## 6. Orientaciones:

La capacitación permanente de los recursos humanos en salud constituye una herramienta indispensable para promover el desarrollo y la capacidad profesional y contribuir a mejorar el acceso y la calidad de la atención sanitaria. En el marco de la epidemia de Zika, es indispensable ofrecer actualización en enfoque de género y Derechos humanos a todos los integrantes del equipo de salud.

El trabajo en salud puede contribuir al empoderamiento de las mujeres para ofrecerles herramientas para la toma de decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva.

**3. Zika y Salud sexual y reproductiva**

Es fundamental continuar fortaleciendo a los programas de salud sexual y de salud reproductiva incorporando a los hombres a las políticas de cuidado y planificación de la fecundidad.

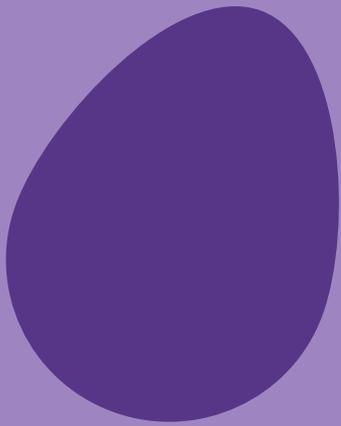
El trabajo interdisciplinario es otro ámbito donde se debe prestar atención y generar los mecanismos y dispositivos que promuevan el trabajo articulado de las distintas disciplinas.

Se recomienda también incorporar información sobre los riesgos de la transmisión sexual del virus a las prácticas y discursos del sector salud como un aspecto relevante de la prevención.

**3. Zika y Salud sexual y reproductiva**



4



# **Enfoque de género y Zika**

4

# 1. Introducción

Las mujeres que habitan la Región Latinoamericana enfrentan diariamente situaciones de inequidad de género, y estas últimas se ven reflejadas en las posibilidades de contraer el Zika y de recibir información preventiva y asistencia adecuada frente a este problema. Por lo tanto, comprender la perspectiva de género resulta fundamental para mejorar las prácticas de las instituciones de salud para abordar integralmente este tema.

Como miembros de la sociedad en que nos desarrollamos, las/os profesionales de salud estamos atravesados por la cultura machista y marianista, y esto nos exige una mirada crítica y auto reflexiva para evitar reproducir estos aspectos en nuestro trabajo cotidiano vinculado con el Zika. Los equipos de salud tienen posibilidad e incidencia para mejorar muchas situaciones vinculadas con la equidad de género en la atención de las mujeres.

Por otra parte, dado que una de las formas de transmisión del Zika es a través de la vía sexual y de la transmisión vertical, es inevitable considerar aspectos de género vinculados con la atención de la salud sexual y reproductiva. En el Zika se expresa claramente la interdependencia y necesidad de una aproximación desde la perspectiva de género y de los derechos humanos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

En este sentido, si bien en la región existen numerosos esfuerzos sanitarios para abordar el Zika, generalmente predomina la falta de información y de acceso a servicios básicos de salud sexual y reproductiva que faciliten: la anticoncepción, test diagnósticos y la interrupción voluntaria del embarazo. La perspectiva de género nos permite comprender como estos aspectos limitan las posibilidades de elección de las mujeres para prevenir y /o enfrentar la transmisión vertical del Zika.

En esta sección se describirán y analizarán los distintos aspectos vinculados con el género y el Zika considerando especialmente las voces de las propias mujeres y profesionales de salud<sup>1</sup>.

Se considera que la pandemia de Zika representa una oportunidad única de avanzar por parte de los gobiernos en la justicia reproductiva, a través de los ámbitos de la biomedicina, la clínica, y la investigación, y de la defensa de la salud pública.

---

1. Previo a la realización de este material se ha realizado un estudio de campo en El Salvador para relevar las necesidades de las mujeres y de las/os profesionales de salud con respecto al Zika. Las citas que aparecen en este capítulo provienen de entrevistas grupales y grupos focales realizados a mujeres, personal de salud, organizaciones de la sociedad civil y personal del Ministerio de salud.

## 2. Objetivos

- Comprender que significan los sesgos de género en la atención sanitaria.
- Identificar aspectos de género que constituyen barreras y oportunidades para la atención integral del Zika en las mujeres.
- Conocer las implicancias del género y Zika en el trabajo de las/os profesionales de salud.
- Ampliar las estrategias para incorporar la perspectiva de género en los servicios de prevención y asistencia del Zika.

## 3. Género y salud

Existe amplia evidencia científica sobre los **sesgos de género en la atención sanitaria**, definidos como la **diferencia en el tratamiento** (esfuerzo diagnóstico y terapéutico) **de hombres y mujeres con un mismo diagnóstico clínico, pudiendo tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud de los mismos**<sup>2</sup>. Los sesgos de género se relacionan con las diferencias fisiopatológicas entre mujeres y hombres, que en ocasiones sirven de argumento para justificar prácticas profesionales sanitarias sesgadas, que producirán desigualdades de género en salud<sup>3</sup>. Por ejemplo, se han descrito sesgos de género tanto en la atención sanitaria de enfermedades que pueden ser padecidas por ambos sexos, tales como: infra-diagnóstico de la osteoporosis o de cálculos biliares en hombres y de los infartos en mujeres<sup>4 5 6</sup>. Así como también, en enfermedades y proble-

---

2. . Lenhart Sh. Gender discrimination: A health and career development problem for women physicians. J Am Med Women Assoc 1993; 48: 155-9.

3. Ruiz MT, Verbrugge LM. A two-way view of gender bias in medicine. J Epidemiol Community Health 1997; 51:106-9.

4. Sánchez de Madariaga I, Ruiz Cantero MT. Oportunidad de integración de la perspectiva de género en investigación e innovación en salud en Europa: red COST genderSTE. Gac Sanit 2014; 28: 401-4.

5. Arnold Bichler ChB, Ruiz Cantero MT, Torrubiano Domínguez J, Clemente Gómez V, Blasco Segura T. Atención quirúrgica en hombres y mujeres ¿Diferente o Desigual? Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia 2010; 5: 219-48.

6. Westerman S, Wenger NK. Women and heart disease, the underrecognized burden: sex differences,

mas de salud padecidos solo por uno de los sexos como la hiper-medicalización de enfermedades propias de hombres o de mujeres conocida en la literatura científica como “diseases mongering”<sup>7 8 9 10</sup>. En este último caso, se ubican los problemas relacionados con la salud reproductiva de las mujeres (exceso de histerectomías, ooforectomías y mastectomías evitables, embarazos sub-rogados, prohibición de la interrupción del embarazo).

Si se saben observar, se verá que **los sesgos de género se producen y reproducen en cualquier contexto, y no solo en el de la atención sanitaria**, como en el ámbito de las políticas, de la investigación y la academia, en la producción de estadísticas e indicadores, en los medios de comunicación, en la familia, y en otras instituciones y organismos (**Ver definiciones operativas en el siguiente Cuadro**).

**Sesgos de género en la atención sanitaria:** diferencia en el tratamiento (esfuerzo diagnóstico y terapéutico) de hombres y mujeres con un mismo diagnóstico clínico, pudiendo tener consecuencias positivas, negativas o neutras para la salud de los mismos

**Sesgos de género en la política:** Aquellas acciones que favorecen a un sexo respecto a otro y que van a incrementar la brecha en su situación de desigualdad en salud (evitable, innecesaria e injusta).

**Sesgos de género en los medios de comunicación:** Siempre y cuando uno de los dos sexos reciba un tratamiento informativo perjudicial, en especial, cuando se compara con el que recibe el otro sexo.

**Sesgo de género en investigación:** Error sistemático dependiente de una aproximación errónea de género relacionada con un constructo social, que erróneamente hace valorar como similar o diferente a las mujeres y hombres, en la exposición a factores de riesgo y en la historia “natural” de la enfermedad.

**La infección por el virus del Zika es padecida por ambos sexos, con un importante potencial sesgo de género** en el esfuerzo terapéutico para el caso de las embarazadas que la padezcan y vivan en países reactivos a

biases, and unmet clinical and research challenges. Clin Sci (Lond) 2016; 130: 551-63.

7. Ruiz-Cantero MT, Cambroner-Saiz B. La metamorfosis de la salud: invención de enfermedades y estrategias de comunicación. Gac Sanit 2011; 25: 179-81.

8. Ruiz Cantero MT. Marketing farmacéutico. [Accedido 15 08 2018] <http://www.fronterad.com/?q=marketing-farmacaceutico>.

9. Modesto AAD, Couto MT. Erectile Dysfunction in Brazilian Primary Health Care: Dealing with Medicalization. Am J Mens Health 2018; 12: 431-40.

10. Chilet-Rosell E, Martín Llaguno M, Ruiz Cantero MT, Alonso-Coello P. Hormone Replacement Therapy advertising: sense and nonsense on the web pages of the best-selling pharmaceuticals in Spain. BMC Public Health 2010, 10:134.

#### 4. Enfoque de género y Zika

los anticonceptivos y a la interrupción del embarazo. Estamos hablando de desigualdades en el acceso, en la utilización y calidad asistencial, que la Organización Mundial de la Salud reconoce como determinantes de las desigualdades en salud<sup>11</sup>. De ahí que **incorporar la interacción sexo-género al análisis de los problemas de salud y de su manejo es útil con el fin de evitar o reducir los sesgos de género en la atención sanitaria** y en el más amplio contexto de la salud. Esta aproximación es propia de la perspectiva de los derechos humanos, en la medida que se interesa por el cumplimiento de los servicios sanitarios respecto de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad y pertinencia de quienes padecen. A continuación se presentan situaciones tomadas del trabajo de campo realizado en El Salvador que sirven para ilustrar estos conceptos:

- **Sesgo de género en el diagnóstico:**

“En una sala de espera, cuando llega un hombre lo atienden primero, le dan prioridad y las mujeres quedan esperando” (Grupo de Mujeres II)

- **Sesgo de género en prevención:**

“Cuando van a buscar preservativos masculinos a las unidades sanitarias no hay. Cuando las mujeres van a comprarlos a una farmacia les hacen chistes” (grupo MUJERES II).

La perspectiva de los derechos humanos interactúa con la perspectiva de género, interesada esta última por cómo las mujeres toman decisiones relacionadas con su salud dentro de las relaciones de género; ya que **las decisiones de las mujeres** no son ejercidas en el vacío con un número ilimitado de opciones; **al ejercerse dentro de los sistemas de género que van a influir mucho en sus prácticas individuales.**

11. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health. University of Liverpool. [Accedido 15 08 2018].

### Sistemas de género<sup>12</sup>

Conjunto de estructuras socioeconómicas y políticas que mantienen los roles tradicionales masculino y femenino, y lo clásicamente atribuido a hombres y mujeres. Indican cómo una sociedad estructura las relaciones de género y cómo las transmite a todos los ámbitos de la vida social, interactuando en una dinámica social comprensiva que da prioridad y refuerza determinados resultados. Los sistemas de género establecen 3 niveles de observación desde los que se caracteriza al género como:

1. Base de los valores normativos (identidad social de género): se constituye a partir de los patrones sociales asociados a características aparentes, corpóreas y visibles proyectadas sobre los grupos sociales, en concreto, el de las mujeres y los hombres. Responde a lo que se considera femenino y masculino en una sociedad.
2. Principio organizador de la estructura social (posición social de las mujeres y los hombres), mediante el cual las actividades de mujeres y hombres en una sociedad están segregadas en función de su sexo. Este nivel de observación se centra en la posición de las mujeres y los hombres en las sociedades, el acceso a los recursos y la distribución de éstos; y en el género como un criterio de estratificación social: el trabajo reproductivo (cuidados y doméstico) y el remunerado, la doble jornada o la segregación del mercado laboral. Destacan 3 escenarios en los que hay un reparto de tareas por sexo, mediante los que se pueden observar los efectos de la división sexual del trabajo: vida familiar-doméstica-personal o privada, vida profesional-laboral o pública, e interacción de ambas vidas, con sus implicaciones en la distribución del tiempo y la sobrecarga de trabajo.
3. Componente de la identidad personal. Hace referencia al sentido que las personas tienen de sí mismas frente a la identidad social, que son las categorizaciones de las personas efectuadas por los otros.

12. Ruiz Cantero MT, Papí Gálvez N, Cabrera Ruiz V, Ruiz Martínez A, Álvarez-Dardet Díaz C. Los sistemas de género y/en la Encuesta Nacional de Salud. Gac Sanit 2006; 20: 427-34.

Ambos enfoques juntos trabajan sobre la interacción y tensión entre las prácticas individuales y las estructuras sociales, al entender que **cuando las mujeres deciden y actúan dependen de la capacidad y grado de libertad que disfruten, otorgado por su entorno social, y no solo dependen de su capacidad para tomar decisiones.** La esterilización coercitiva y forzada de las mujeres en Latinoamérica es un claro caso de lo fundamental que es abordar el control de enfermedades desde la perspectiva de género y derechos humanos. La Universidad de Harvard en 2015 mostró que el principal impulsor de las esterilizaciones es el estigma y la discriminación relacionados con el VIH por parte de los proveedores de servicios de salud; siendo las mujeres particularmente vulnerables que buscaban servicios de salud materna las más afectadas<sup>13</sup>.

Los sesgos de género en la atención sanitaria de las enfermedades infecciosas cuentan con menos evidencia científica que las enfermedades crónicas, pero hay. En enfermedades que pueden ser padecidas por ambos sexos como la tuberculosis, una revisión sistemática muestra indicios de retraso diagnóstico y terapéutico, mayor en mujeres que en hombres<sup>14 15 16 17</sup>. La prevalencia de la infección del VIH es superior en mujeres que en hombres según OMS (2016). Esta situación se asocia a diferencias de carácter fisiológico que hacen más susceptibles a las mujeres, y a una progresión de la enfermedad y respuesta a los tratamientos diferente en ambos sexos. Pero, también hay evidencia de que la vulnerabilidad femenina se fundamenta en desigualdades de género relacionadas con la capacidad de mujeres y niñas para protegerse del VIH mediante negociación de sexo seguro, y con su capacidad de acceso y utilización sostenida de servicios de prevención, atención y tratamiento<sup>18 19 20</sup>.

A partir del movimiento feminista internacional de los años sesenta del siglo XX, las mujeres expresan su descontento con la jerarquía del modelo de

---

13. Kendall T, Albert CI. Experiences of coercion to sterilize and forced sterilization among women living with HIV in Latin America. *J Int AIDS Soc* 2015, 18:19462.

14. Garenne M. Demographic Evidence of Sex Differences in Vulnerability to Infectious Diseases. *J Infectious Diseases*. 2015; 211: 331-2.

15. . Storla DG, Yimer S, Bjune GA. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. *BMC Public Health* 2008, 8:15.

16. Esteban MJ y Gómez RJ. Tiempo entre inicio de síntomas e inicio de tratamiento de los casos del registro de tuberculosis del área 8 (Comunidad de Madrid). *Gac Sanit* 2002; 16 Supl 1: 99-101.

17. Bouza C, López-Cuadrado T, Saz-Parkinson Z, Amate-Blanco JM. Epidemiology and recent trends of severe sepsis in Spain: a nationwide population-based analysis (2006-2011). *BMC Infectious Diseases* 2015, 14: 717.

18. Kendall T, Albert CI. Experiences of coercion to sterilize and forced sterilization among women living with HIV in Latin America. *J Int AIDS Soc* 2015, 18:19462.

19. Sordo del Castillo L, Ruiz-Pérez I, Olry de Labry Lima A. Biological, Psychosocial, Therapeutic and Quality Of Life Inequalities between HIV-Positive Men and Women –A Review from a Gender Perspective. *AIDS Rev* 2010;12:113-20.

20. Kronfli N, Lacombe-Duncan A, Wang Y, on behalf of the CHIWOS Research Team. Access and engagement in HIV care among a national cohort of women living with HIV in Canada. *AIDS Care* 2017; 29: 1235-42.

interacción entre los/las profesionales de la medicina y quienes padecen, y no es hasta los noventa que las asociaciones médicas aprecian las necesidades de salud de las mujeres, e intentan aportar soluciones específicas en su prevención, atención y tratamiento. En este sentido, los indicadores de salud reproductiva de El Salvador, como la Tasa de fertilidad (1,87 nacidos/mujer) y de natalidad (16,2 nacimientos/1000 habitantes) vienen descendiendo desde el año 2000. Las escasas cifras existentes sobre la mortalidad materna indican que se ha reducido (en la actualidad en 54 x 105 n.v.). Por comparación con países del entorno son positivas, con la excepción de lo logrado por Cuba y Costa Rica (39 y 25 x 105 n.v. respectivamente). La mortalidad materna es un indicador (y un producto) de las desigualdades sociales en salud, siendo toda ella prevenible prácticamente; por lo que las cifras de mortalidad materna en El Salvador y en otros países de la región Latinoamericana, siguen indicando que son necesarios mayores esfuerzos para afrontar este problema evitable de la salud pública.

Según el profesor Avishai Margalit de la Universidad de Princeton, una **sociedad decente** es aquella cuyas instituciones no humillan a las personas sujetas a su autoridad, permitiéndoles una vida digna; y una **sociedad civilizada** es la que sus ciudadanos no se humillan unos a otros. El grave problema de la salud sexual y reproductiva de las mujeres pobres y vulnerables de Latinoamérica es fundamentalmente de carácter social y político. El sexismo respecto a los derechos del cuerpo de las mujeres inflige sufrimiento y problemas derivados evitables, necesitando vías que permitan la convivencia sin humillaciones y con dignidad y salud. Esto implica entre otras cosas, que las instituciones públicas deben desarrollar estrategias contra el machismo y el marianismo entre otras ideologías dominantes<sup>21</sup>.

---

21. Margalit A. Decent society. Harvard: Harvard University Press; 1998.

## 4. Zika y género

Como se mencionó previamente, la anticoncepción como estrategia para evitar casos de Zika, es una propuesta atípica en el control de una epidemia. Ningún otro tópico de salud es tan ejemplarizante de la influencia de los grupos de poder como la salud sexual y reproductiva. Al centrarse en los elementos más privados de la vida de las mujeres y los hombres: sus cuerpos, su sexualidad y sus capacidades reproductivas, **las políticas del cuerpo** (educación sexual, anticoncepción e interrupción del embarazo) **carecen de neutralidad de género**; pese a trascender la división tradicional de lo público y lo privado. En este sentido, se ha observado que en varios de los países afectados, se ha delegado buena parte de la responsabilidad y las acciones de prevención y cuidados en las mujeres, pero sin que las mismas hayan participado de tal decisión, particularmente las más vulnerables.

*“El Estado no asume la perspectiva de las mujeres, todo es desde la mirada del hombre” (Grupo de Mujeres II)*

Por la acumulación de complicaciones de la infección por el Zika en las/os niños recién nacidas/os, la OMS la declaró una emergencia de salud pública internacional el 1 de Febrero de 2016<sup>22</sup> <sup>23</sup>. Estando demostrada la transmisión perinatal, al desconocer tanto la ventana de riesgo para la exposición fetal al Zika, como la tasa de transmisión vertical y la incidencia de defectos de nacimiento por infección materna, **algunos países aconsejaron a las mujeres evitar el embarazo por espacio de 2 años** (hasta 2018) para disminuir el riesgo de microcefalia y otros problemas neurológicos. Esta recomendación presentó y presenta varias dificultades para su implementación, tanto en El Salvador<sup>24</sup>, como en otros países de la región, puesto que en general existen problemas de acceso a anticonceptivos e ilegalidad de la interrupción del embarazo, llegada la necesidad.

*“La Ministra de Salud dijo que las mujeres no podían embarazarse porque había Zika, causando indignación ya que ellas dicen que las mujeres no deciden sobre la maternidad en ese país, que en teoría las mujeres tienen que decidir sobre sus cuerpos y en esa la lucha están pero ni siquiera pueden decidir sobre su fecun-*

22. Heymann DL, Hodgson A, Sall AA, Freedman DO, Staples JE, Althabe F, et al. Zika virus and microcephaly: why is this situation a PHEIC? Lancet 2016; 387: 719-21.

23. Anderson KB, Thomas SJ, Endy TP. The Emergence of Zika Virus. A Narrative Review. Ann Intern Med 2016; 165: 175-83.

24. Hasta 1998, el Código Penal de El Salvador permitía terminar un embarazo por razones médicas (incluyendo la malformación incompatible con la vida). Posteriormente, se prohibió todo tipo de aborto.

***didad ya que en los hospitales les piden la aprobación del marido para esterilizarse, es como un chiste" (Profesional de salud).***

---

Durante el brote de Zika, el Ministerio de Salud de El Salvador desarrolló una estrategia de riesgo, en la cual además de la medida de no-embarazo, a consejo al uso de anticonceptivos a largo plazo. Para su implementación, esta medida requiere la integración de la perspectiva de género y de derechos humanos en coherencia con la Ley de Igualdad Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las mujeres. En esta última se hace referencia de forma constante a los "derechos <sup>25</sup>" de las mujeres.

Para analizar la perspectiva de género, resulta de importancia revisar el lenguaje empleado en los documentos y las medidas para la atención sanitaria del Zika. Por ejemplo, en los **Lineamientos técnicos para la atención integral de personas con Zika**<sup>26</sup> publicados en julio de 2016. En ellos, se menciona 8 veces el concepto de riesgo y solo 3 el de derechos. Estos lineamientos van dirigidos eminentemente a las mujeres, quienes se mencionan 17 veces bajo el término "embarazada", y 9 bajo el de "madre". Mientras, los términos "padre" o "progenitor" no aparecen, y "pareja" y "familia" aparecen solo 3 veces, respectivamente. El Salvador cuenta con una **Estrategia de información, educación y comunicación para el abordaje del dengue, chikunguña y zika** publicada en 2015<sup>27</sup>, la cual es bastante impersonal. Aparecen 2 veces los términos "mamá" y "papá", pero ningún otro término simbólico de las personas a las que se dirige la estrategia, lo que no deja de ser llamativo en una estrategia de comunicación. Curiosamente, se menciona en 9 ocasiones al "líder" mientras que solo 3 veces a la "lideresa".

**En la mayoría de las sociedades son las mujeres las que tradicionalmente pierden frente a los hombres**, no solo respecto a sus derechos, oportunidades profesionales y responsabilidades, sino también en relación con la participación en los procesos de gestión de recursos y toma de decisiones políticas.

**En términos de autonomía y capacidades, el género resulta ser particularmente injusto y un factor negativo para las mujeres.** Las mismas son quienes tienen menos oportunidades de educación, desarrollo profesional, menor participación en el mercado laboral y en política<sup>28</sup>. De acuerdo con Claire Nussbaum, las mujeres son principalmente instrumentos utilizados por otros en términos estadísticos, para lograr sus propios fines en lugar de ser agentes; es decir, sujetos capaces de cumplir sus propios objetivos en su propio nombre y por derecho propio<sup>29</sup>.

---

25. La palabra derechos aparece mencionada 44 veces en este documento.

26. CDC's Zika virus website: [www.cdc.gov/zika](http://www.cdc.gov/zika)

27. [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/estrategias/estrategia\\_iec\\_dengue\\_chik\\_zika.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/estrategias/estrategia_iec_dengue_chik_zika.pdf)

28. Sen A: The idea of Justice. Cambridge (Massachusetts): The Belknap Press of Harvard University Press; 2009.

29. Nussbaum M: Women and Human Development. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.

**Para pensar:**

Le invitamos a ver el siguiente video:

Vida María: <https://www.youtube.com/watch?v=3W38qNIqvbl>

Luego de observar el video trate de imaginar que muchas de las mujeres que se atienden en su servicio viven situaciones parecidas a las de María.

-¿Por qué cree que la perspectiva de género puede ayudarla/o a abordar el tema del zika en estos casos?

-¿Qué cosas tendría en cuenta para trabajar con mujeres como María en la prevención del zika?

## 5. Miedos de las mujeres frente al Zika: El enemigo está en casa

La alarma social que se generó a partir de los comunicados de los gobiernos y de los medios de comunicación han incrementado los temores de las mujeres frente al Zika. La responsabilidad y preocupación de las mujeres oscila entre el **miedo al Zika si quedan embarazadas, el miedo por las consecuencias personales de padecerlas y a la falta de agencia para tomar decisiones.**

Las siguientes frases de mujeres y de profesionales de salud permiten ilustrar esta afirmación:

*"... pedían desde el Estado que las mujeres no se embaracen. Comenta que en ese momento su prima estaba embarazada y al escuchar esa recomendación, la noticia causó mucho impacto y susto en su familia" (Grupo de Mujeres).*

*"El eje de la noticia era más asustar que la información en sí. Se escuchaban frases como "el Zika es la mayor epidemia en el país".*

*"Las mujeres embarazadas tienen mucho miedo por la picadura del zancudo" (profesional de salud).*

---

**El miedo a ser abandonadas por las consecuencias de la enfermedad:**

*"Después de tener Zika se separó del marido. Ella tenía muchas ronchas y él le decía que no la tocaba porque le daba asco. Ahora el marido está con otra mujer. Ella quedó mal psicológicamente y además físicamente. Le cuesta conseguir trabajo. Le dicen que se necesita tener buena presencia y ella está marcada por las ronchas" (Beatriz).*

---

**El miedo a ser culpabilizadas por el nacimiento de un bebé con el síndrome congénito del Zika y de tener que afrontar en soledad sus cuidados:**

**4. Enfoque de género y Zika**

*Algunos hombres le echan la culpa a la mujer de que el niño nazca enfermo y se van dejándola sola con los hijos. El Estado tampoco hace nada al respecto” (Morena).*

---

**El miedo producido por la necesidad de interrumpir el embarazo en el caso de ser diagnosticadas con la infección de Zika en países donde está prohibido y penalizado:**

*“Sobre el tema de las denuncias de aborto, se está trabajando el tema de derechos, del secreto profesional. Es un tema difícil porque siguen llamando a fiscalía ante una situación de aborto. .. hay un protocolo post aborto a nivel país para salvaguardar la vida de la mujer, y que aun así, hay una diversidad en la toma de decisiones” (Profesional del Ministerio de salud).*

---

**El miedo producido por la falta de información pertinente.** Si bien se difunde información sobre el Zika, no todas las mujeres acceden a la misma. Por lo tanto muchas mujeres no tienen conocimientos adecuados sobre el Zika, por lo cual, en algunos casos, toman como referencia a otras mujeres para reconocer si lo padecen o no.

*“lo que sabe del Zika es que afecta al feto en el embarazo y a las mujeres les arruina los huesos y da varias enfermedades. No sabe si se ha erradicado porque la Ministra ... dijo que estaba resuelto el problema del Zika y que si había alguna mujer infectada, que no se embarace. Dice que hubo mujeres muertas y niños afectados” (Grupo de mujeres).*

*“Se dan cuenta de que tienen la enfermedad por similitud en los síntomas con otras mujeres enfermas: dolor de huesos, fiebre con escalofríos, dolores fuertes”.*

---

Por otro lado y asociado a la necesidad de información pertinente, **la falta de educación sexual y reproductiva resulta ser otro de los factores que contribuyen a generar temores con respecto al Zika:**

*“En El Salvador no hay educación sexual y reproductiva para las niñas y las mujeres. Y si la hay, lo imparten personas religiosas. Tendría que haber una ley que garantice la educación sexual y reproductiva” (Grupo de mujeres)*

---

## 6. Tu eres la culpable: la prevención subrogada del estado a las mujeres

Desde la perspectiva de género interesa revisar el papel que las mujeres han asumido en la prevención de los mecanismos de transmisión del arbovirus del Zika y que refuerza las inequidades sociales.

*“las mujeres mencionaban que el 80% era su responsabilidad la prevención de una epidemia y no el Estado. No se visualizan como ciudadanas de derechos” (profesional de salud)*

Existen al menos **dos circunstancias en las que las mujeres son protagonistas de la prevención del Zika:**

1) La primera se relaciona con **la implementación de medidas de saneamiento ambiental en el hogar** para prevenir la picadura de mosquitos. Básicamente se refieren a la eliminación de condiciones tales como el estancamiento del agua (dentro o fuera del hogar) que proporciona el hábitat ideal para la cría de mosquitos, y control químico de los mosquitos, que para su implementación requieren de las tareas domésticas históricamente asignadas y realizadas por las mujeres.

2) La segunda circunstancia se relaciona con la **transmisión sexual del Zika**. Las características relacionadas con la transmisión sexual son descritas en una revisión bibliográfica publicada en 2018 que incluye 18 artículos sobre Zika adquirido por transmisión sexual y 21 que describieron la presencia de Zika en los fluidos genitales. Muestra que la transmisión sexual es sobre todo de hombre a mujer (92.5%), principalmente por transmisión vaginal sin protección (96.2%). La mediana del tiempo transcurrido entre la presunta transmisión sexual y el inicio de los síntomas en la pareja índice es de 13 días (rango: 4-44 días). El virus se aisló en el semen hasta 69 días después del inicio de los síntomas y el ARN del Zika se detectó en el semen hasta los 188 días (rango: 3-188 días). Ningún estudio informa del aislamiento de Zika de muestras de genitales de las mujeres<sup>30</sup>.

Las recomendaciones institucionales sobre las acciones de prevención en el caso de la transmisión sexual se dirigen a los hombres eminentemente. Exis-

30. Moreira J, Peixoto TM, Siqueira AM, Lamas CC. Sexually acquired Zika virus: a systematic review. *Clinical Microbiology and Infection* 2012; 23: 296e305.

**4. Enfoque de género y Zika**

ten pautas para aquellos que viven dentro o que viajan hacia/desde áreas activas de transmisión Zika y tienen parejas embarazadas. Pero, son poco concretas las orientaciones sobre cómo deben ser implementadas a lo largo del tiempo en parejas no embarazadas y/o fuera del área de actividad del Zika.

El problema es que el contexto en el que se realizan estas recomendaciones es el de una sociedad con valores culturales sexistas, donde buena parte de los hombres de edades diversas no aceptan usar el preservativo.

**Retos sexistas. Machismo y rechazo al uso del preservativo**

Algunas recomendaciones, como la que se describe a continuación, resultan ser poco claras y delega la responsabilidad anticonceptiva principalmente en las mujeres: "Si se elige la postergación del embarazo, se recomienda el uso concomitante de condones y un medio anticonceptivo adicional para las mujeres y sus parejas sexuales masculinas que viven o viajan hacia/desde un área activa con transmisión de Zika"

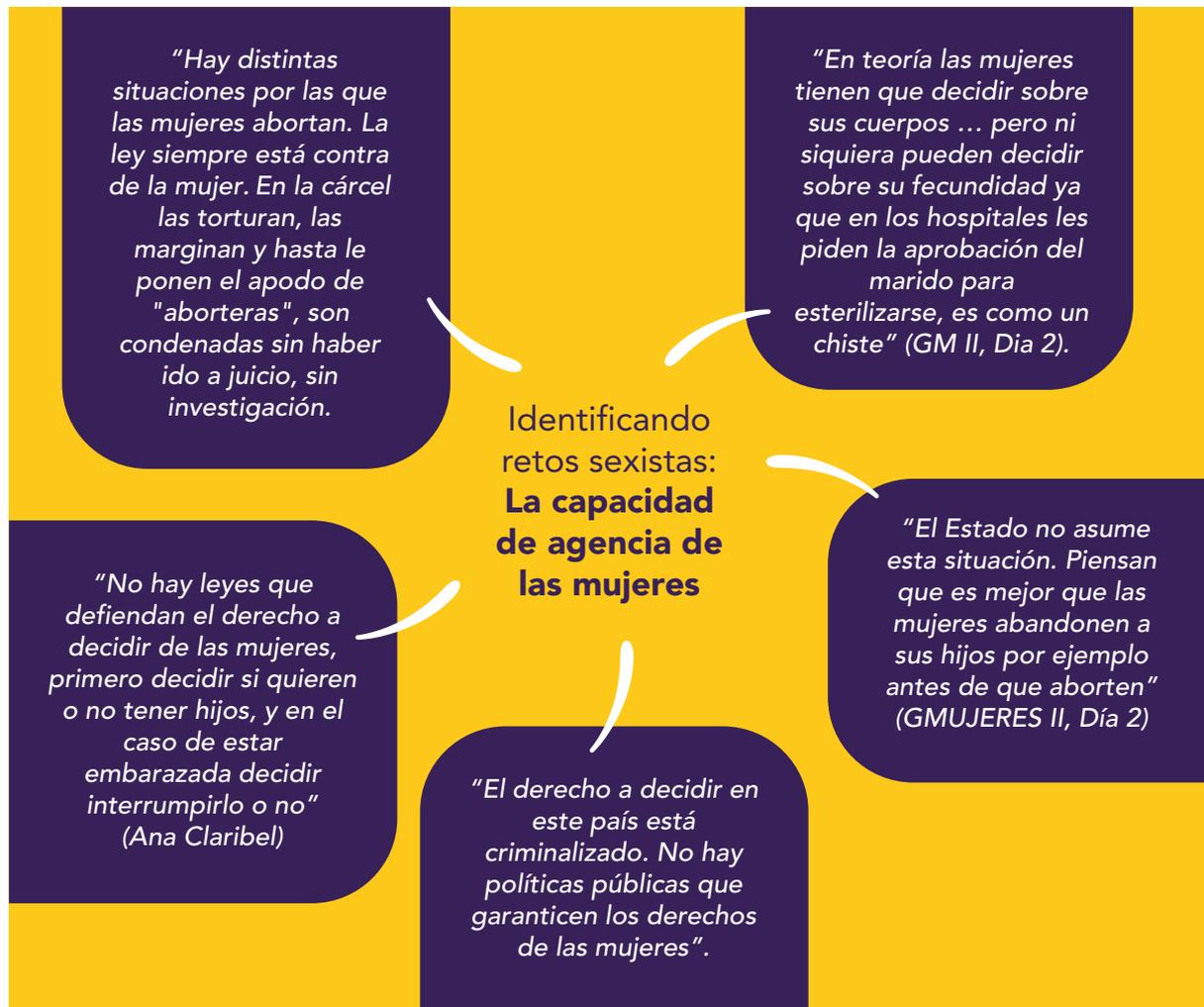
En países o localidades en que existen dificultades de acceso a anticonceptivos, y donde la interrupción del embarazo no es legal (las mujeres reciben condenas pero no los hombres progenitores), esta medida resulta compleja y poco ética para prevenir la infección vertical, De este modo, se da responsabilidad a las mujeres sobre la anticoncepción, pero no se le dan opciones para poder asumirla adecuadamente.

*“Han habido avances en materia de normas elaboradas por el Ministerio para la atención del Zika. El problema reside en que no tienen la capacidad económica para afrontar estas situaciones. Las consejerías se dan, pero en materia de anticoncepción “se supone” que el Ministerio tiene toda la gama de anticonceptivos disponible para ofrecer a la población. En la realidad hay una escasez de compra que se acaba a mitad de año. Hay un rechazo de los médicos para sugerir el uso del DIU” (Asociación de Ginecología y Obstetricia-El Salvador).*

---

El siguiente cuadro recoge algunas de las apreciaciones de las mujeres entrevistadas sobre su capacidad de decisión y en consecuencia sobre la relevancia de la incorporación de la perspectiva de género en las medidas institucionales.

## La capacidad de decisión de las mujeres y el Estado: "Lo personal es político"



## 7. Problemáticas de género asociadas a la etapa perinatal

**La infección materna por Zika en cualquier etapa del embarazo puede asociarse con una gama de resultados fetales adversos**, que incluyen: muerte fetal, insuficiencia placentaria, restricción del crecimiento intrauterino y anomalías del sistema nervioso central, incluida la microcefalia.

La microcefalia grave puede asociarse con muerte fetal, convulsiones, retraso significativo en el desarrollo y discapacidad intelectual. Las criaturas con microcefalia comúnmente requieren servicios de desarrollo intensivos para maximizar sus capacidades físicas e intelectuales desde una edad temprana, y las personas con microcefalia severa típicamente requieren cuidado de por vida y apoyo médico avanzado, un desafío especialmente significativo en países con recursos limitados.

*“Conoce a una mujer que tuvo un bebé con discapacidad por Zika. El gobierno la apoyó, le dieron dos máquinas de costura y material para trabajar. Pero igualmente es muy difícil ya que la mujer tiene que cuidar al bebé, sacar la producción, venderla y hacer las cosas de la casa” (Grupo de mujeres)*

En Brasil mostraron las oportunidades perdidas para la prevención de la transmisión perinatal del Zika a través del cambio de comportamiento (además de la anticoncepción para evitar el embarazo, el uso de preservativos para prevenir la transmisión perinatal una vez que la mujer está embarazada) como complemento al control de vectores. Solo una de cada diez mujeres embarazadas usaba condones para prevenir la transmisión sexual del Zika durante el embarazo, con un mayor uso no sorprendente entre aquellos que conocían el riesgo de transmisión sexual. Esos hallazgos resaltaron la urgencia de mejorar el acceso a información consistente y oportuna entre mujeres embarazadas en Brasil<sup>31</sup>. Sus conclusiones son muy concretas y probablemente válidas para otros países. Se precisa: aumentar el asesoramiento sobre salud reproductiva relacionado con el brote de Zika, preguntarles a las mujeres sobre sus intenciones reproductivas, informarles acerca de la anticoncepción para retrasar el embarazo y sobre

31. Vilela Borges AL, Moreau C, Burke A, Alves dos Santos O, Borges Chofakian C. Women's reproductive health knowledge, attitudes and practices in relation to the Zika virus outbreak in northeast Brazil. PLoS One 2018; 13: e0190024.

el uso del condón para prevenir la transmisión perinatal.

Pero, el marianismo en Latinoamérica también es uno de los factores de riesgos principales de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Es decir, las ideas sobre la pasividad femenina y de pureza sexual de las mujeres, el valor por su capacidad reproductora y la idealización de la maternidad. El marianismo junto con el machismo (“culto a la masculinidad intrínsecamente relacionado con el poder: la voluntad y la capacidad de dominar a otros, tanto hombres como mujeres”) influyen considerablemente en las relaciones de género. El siguiente esquema permite ilustrar esta situación<sup>32</sup>.

---

32. Mascayano F, Irrazabal M, D Emilia W, et al. Suicide in Latin America: a growing public health issue. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba. 2015; 72: 295-303.

## 8. La idealización de la maternidad. Grave riesgo para la salud reproductiva

Tras los comunicados emitidos por varios países advirtiendo sobre la microcefalia en los fetos y la declaración de emergencias nacionales instando a las mujeres a evitar el embarazo, cobra especial relevancia la supremacía del valor de la maternidad y la consiguiente falta de opciones para interrumpir el embarazo ante la percepción del riesgo.

La revista *The New England J Medicine* en 2016 publicó el trabajo de la organización sin fines de lucro llamada Women on Web (WoW), que ofrece servicios de aborto médico fuera del entorno de atención médica formal a través de telemedicina en línea. Es una de las opciones para abortar que tienen las mujeres en países de América Latina, donde el aborto seguro no está disponible universalmente al ser ilegal o tener restricciones, lo que deja a las mujeres embarazadas con Zika con pocas opciones. El análisis de los datos sobre solicitudes de aborto a WoW entre el 1 de enero de 2010 y el 2 de marzo de 2016 en 19 países latinoamericanos y después de la alerta de la OPS (17 de noviembre), mostró que las solicitudes de aborto a través de WoW aumentaron significativamente del 36-108% sobre las tendencias existentes en todos los países con transmisión autóctona del Zika (excepto Jamaica) que habían realizado recomendaciones gubernamentales a mujeres embarazadas, pero que tienen los abortos legalmente restringidos. Mientras, no se observaron aumentos significativos en los países con transmisión autóctona de Zika, aborto legalmente restringido, pero que no realizaron recomendaciones gubernamentales, ni en ningún país control. Además, en los países sin transmisión autóctona de Zika como Argentina y Perú que tienen el aborto restringido legalmente, pero donde los funcionarios despertaron su preocupación por el Zika al pedir al gobierno que declarara un estado de emergencia preventivo, se observaron pequeños aumentos<sup>33</sup>.

33. Aiken ARA, Scott JG, Gomperts R, Trussell J, Worrell M, Aiken CE. Requests for Abortion in Latin America in the Wake of Zika Virus. *N Engl J Med* 2016; 375: 396-8.

**Retos sexistas. La idealización de la maternidad**

Es importante remarcar que la decisión de abortar ante estos casos ya trasciende a las creencias religiosas de la población y a las prohibiciones legales de los países, lo que como profesionales pre-ocupa al incrementar el riesgo de interrupciones inseguras del embarazo.

*"... muy raras veces una mujer que decide abortar se remite a cuestiones religiosas. En general, están decididas a ello". (Profesional de salud)*

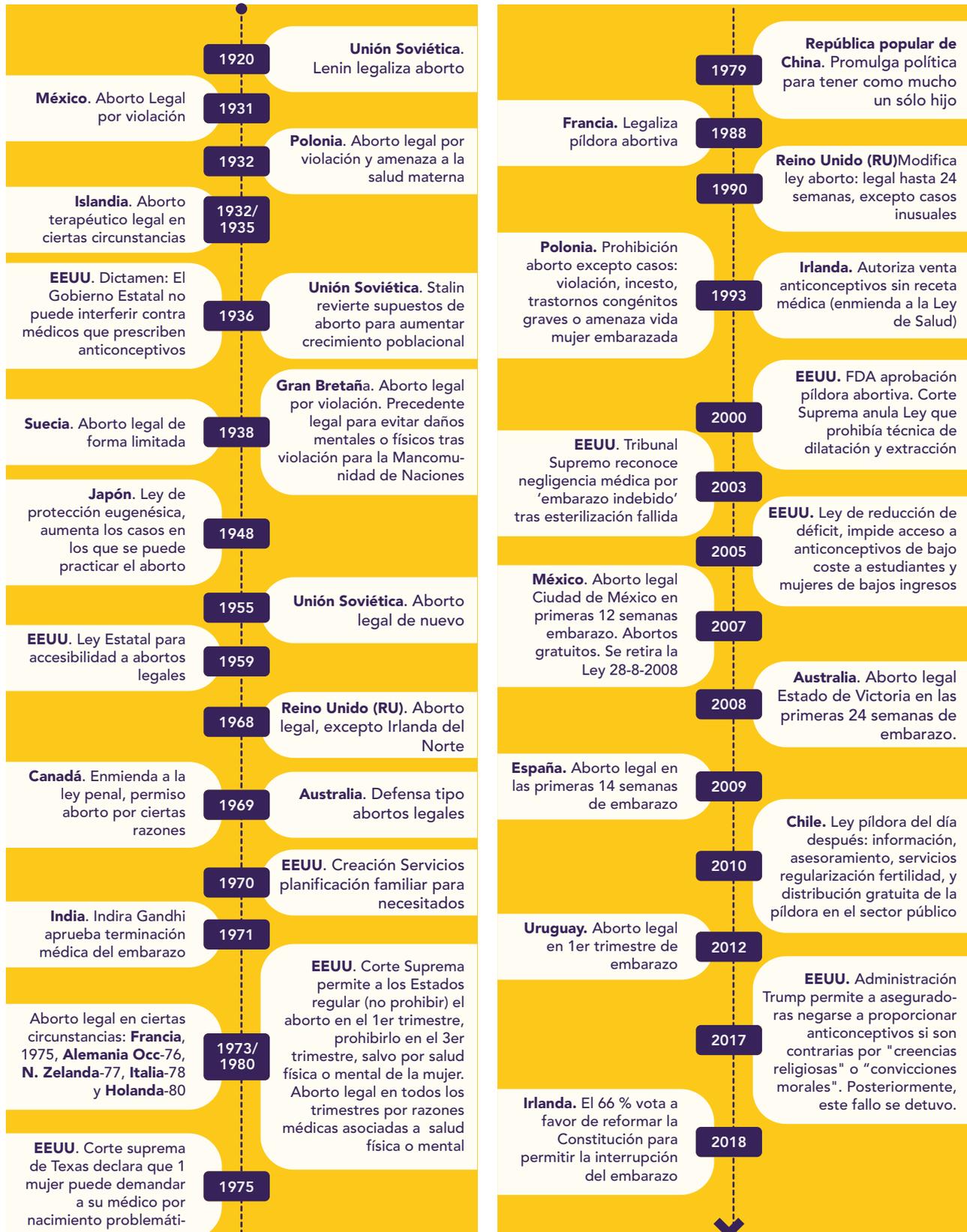
## 9. Implicancias para los servicios de salud y los equipos de salud

El reto del desarrollo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos ocurre en un contexto social y político. La infección por el virus del Zika y su manejo ha venido a confrontar a los y las profesionales sobre los retos de la salud pública pendientes en materia de salud sexual y reproductiva en la región.

La salud sexual y reproductiva de los hombres y las mujeres es definida por la O.M.S. como la condición a través de la cual el proceso reproductivo es acompañado por un bienestar físico, psíquico y social, y no por la ausencia de enfermedades o problemas. Implica que las personas pueden:

- Regular su fertilidad (decidir libre y de forma responsable en número y espaciamiento de su hijos/as sin sufrir coerción, discriminación ni violencia) sin perjudicar su salud.
- Elegir y disfrutar sus relaciones sexuales con seguridad,
- Desarrollar embarazos y partos sin complicaciones.

La falta de acceso a opciones anticonceptivas y de interrupción del embarazo en países afectados por el Zika, se constituye en un sesgo de género de las instituciones, incluida la sanitaria, al dejar a las mujeres sin opciones seguras y saludables. Por estos motivos, a medida que avanzamos hacia la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), nuestros países necesitan transformar la forma de visualizar la anticoncepción y la interrupción voluntaria del embarazo, para garantizar el acceso universal a servicios de salud en los que las mujeres sean tratadas con dignidad y con el máximo respeto a su autonomía y su capacidad de tomar decisiones. El cuadro que se presenta a continuación permite identificar la forma en que los distintos países han avanzado en este sentido.

**4. Enfoque de género y Zika****Cronograma de eventos en Salud Sexual y Reproductiva**

Ante la información sobre el Zika de la OMS y el CDC, los ministerios de salud de los países afectados comenzaron sus actuaciones para abordar el tema, basadas generalmente en un modelo biomédico y con perspectiva de riesgo.

*“Al principio, en la etapa pre Zika, no teníamos nada en tema de prevención. A raíz de la detección del Zika empezamos con las capacitaciones, los exámenes, se repartieron preservativos y mosquiteros a los hospitales. También se planificó qué hacer en una fase aguda antes de comenzar el embarazo, previamente solo estaba la fase investigativa. ¿Qué repercusiones podían existir si una mujer infectada con Zika quedaba embarazada? A raíz de esto se agregó la atención pre-concepcional y de consulta de alto riesgo reproductivo, si esta mujer en edad fértil tiene algún proceso febril que pudiera ser compatible con Zika, se manejará con consejería, con anticoncepción y se le dará un margen de seis a diez meses para que pueda quedar embarazada. Por otro lado si llegase a estar embarazada y se encuentra en la fase aguda, el nacimiento debe ser en el Hospital Nacional de Referencia de tercer nivel (Hospital Nacional de la Mujer) que se especializa en ginecología y obstetricia. Posteriormente si el niño recién nacido o a las 24 hs de nacer tiene microcefalia o se sospecha de síndrome congénito o que la mamá ha tenido o sospecha que ha tenido Zika durante el embarazo, ese niño es monitoreado por dos a tres años a nivel comunitario por los promotores de salud, la unidad comunitaria de salud familiar y teniendo controles periódicos con el médico” (MINSAL).*

---

Si bien se realizan en los diferentes países innumerables esfuerzos para lograr la atención oportuna del Zika, la calidad de atención brindada por los servicios de salud sigue siendo un gran desafío.

*“Este nuevo gobierno (haciendo referencia a ARENA) hizo cosas positivas como instalar servicios de salud en comunidades rurales donde antes no había. Luchar para que no se privatice la salud, la ley de medicamentos, atención a enfermedades terminales en zonas rurales que antes no existía, la formación de Eco Familiares, pero la atención en los servicios sigue siendo deficiente” (Profesional)*

---

## **9.A. Construcción de la salud sexual y reproductiva como problema social: El rol de las agendas políticas y mediáticas**

Hay lecciones aprendidas de los procesos desarrollados hasta la existencia de legislación sobre medidas con tan alto contenido ideológico como las existentes respecto a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. De la experiencia vivida en España durante el período democrático (a partir de 1978) hasta la aprobación de la Ley de Salud sexual y reproductiva en 2009, se pueden extraer algunas conclusiones<sup>34</sup>:

1. La interacción de la agenda política y mediática construye la realidad social. Hasta que los grupos de poder no reconocen que existen problemas de salud sexual y reproductiva, la salud sexual y reproductiva no es un problema social.

La interrupción del embarazo se hizo invisible durante las distintas etapas de gobiernos conservadores junto con los medios conservadores; siendo 2 candidatos a presidentes del gobierno del partido socialista quienes en su programa político llevaron, primero la modificación del Código Penal para la despenalización del aborto en el caso de violación, problemas de salud del feto y problemas de salud de la embarazada (1984) y posteriormente la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo dentro de unos plazos, incorporada en la Ley de Salud sexual y reproductiva (2009) mencionada.

2. De utilidad puede ser saber que la elaboración de legislación compete a las Comisiones parlamentarias, las cuales están compuestas por representantes de todos los partidos políticos, mayoritariamente hombres. Cuentan además con asesorías de profesionales con experiencia, que también suelen ser hombres.

3. Las Comisiones parlamentarias acostumbran a ser presididas por juristas quienes a menudo lideran los argumentos jurídicos, pero con menor consideración hacia los argumentos concernientes a la salud, las necesidades sociales y los planteamientos relacionados con las mujeres y de igualdad y equidad de género.

4. Es poco habitual que en las iniciativas parlamentarias se haga visible y utilice la perspectiva internacional como apoyo de las mismas.

34. Cambronero-Saiz B, Ruiz Cantero MT, Vives-Cases C, Carrasco Portiño M. Abortion in Democratic Spain: The Parliamentary Political Agenda 1979–2004. *Reproductive Health Matters* 2007; 15: 1-12.

De los análisis realizados en la prensa de mayor difusión española también se extrajeron conclusiones que pueden ser útiles para otros países<sup>35</sup>: Los medios seleccionan los temas, centran su atención sobre determinadas fuentes y presentan a las audiencias a determinados personajes que creen más significativos y que responden a su ideología, quedando desplazadas las opiniones y valoraciones de otras fuentes tan o más protagonistas de la realidad de las interrupciones del embarazo. Existe abundante bibliografía sobre las razones por las que un tema aparece y desaparece de los medios. En el caso del aborto fue obvio que los medios reflejaron en España, como foro de discusión que son y desde sus diferentes ideologías, el debate político producido en las dos últimas décadas del siglo XX. Por tanto, con la casi desaparición del debate público, a finales de los noventa, el silencio de la prensa fue la característica principal. Las noticias se redujeron a la tercera parte durante el gobierno conservador de la última mitad de la década, y a la quinta parte durante toda ella. Además, las noticias sobre el aborto en la adolescencia brillaron por su ausencia. Además, pese a que el aborto es un problema que afecta sobre todo a las mujeres, los medios escogieron como interlocutores válidos de las noticias de aborto mayoritariamente a los hombres políticos y médicos. Los autores de estas noticias fueron también en su mayoría periodistas hombres.

Los medios reflejaron una realidad de confrontación social:

***“Lo que tenemos aquí es una guerra, y no vamos a detener nuestra lucha hasta que ganemos”. Reverendo Keith Tucci (ABC, 6-4-1993).***

***“Dios perdona siempre, el hombre, a veces, y parcialmente; pero la naturaleza, que no es persona, toma venganza”. Cardenal López Trujillo (ABC, 30-11-1991).***

---

El papel de las mujeres cambia en las noticias sobre el aborto, pues al interrumpir voluntariamente el embarazo son reflejadas como culpables, en lugar del estereotipo clásico de las mujeres como pacientes con el que aparecen en las noticias de otros problemas de salud analizados:

***“Cada vez son más las mujeres que prefieren privar al ser que han concebido, en este silencioso y lento auto exterminio que tiene sus raíces tanto en la penuria de todo tipo como en la degradación moral que han provocado siete décadas de régimen comunista” (ABC, 17-7-1991).***

---

35. Ruiz MT, Martín M, La Parra D, Vives C, Albaladejo M. El enfoque de género en las noticias de salud. Gac Sanit 2004; 18(Supl 2): 65-74.

En este caso, había una doble culpa, por abortar y por socialistas, pues la noticia procedía de la ex Unión Soviética.

Fue bastante frecuente además, que en las noticias sobre aborto no se respeta el derecho a la intimidad pues se identifican los nombres y apellidos y ubicación de las mujeres que abortan y los de los médicos que realizaron las intervenciones.

En conclusión, el espacio mediático se caracteriza por la ausencia de paridad en cuanto a los papeles desempeñados por políticos, profesionales y voces ciudadanas de ambos sexos. De manera que se cede poco espacio y son escasas las voces defendiendo argumentos sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres -incluso en los medios no conservadores. Estos argumentos, que son propios del feminismo socialista, se contrapusieron en España a la mayoría de las voces de hombres socialistas que defendían la legalización de un 4º supuesto por razones económicas. Por lo tanto, considerar que las noticias sobre interrupción voluntaria del embarazo son indicador y producto de la clásica confrontación entre los objetivos feministas y socialistas, puede ser útil para acercarse a los medios a una de sus funciones, que es la de cambio social.

## **9.B. Barreras para acceder a las prestaciones sanitarias relacionadas con la salud sexual y reproductiva**

### **1. Miedo de los/las profesionales a ser procesados y procesadas o por el estigma que supone proveer de ciertos tipos de servicios, como el aborto.**

La salud sexual y reproductiva sitúa a los y las profesionales de la salud en El Salvador y en otros países donde el aborto es ilegal, en situaciones comprometidas desde el punto de vista de sus valores respecto a las normas legales en el país. Sin embargo, este tema plantea un dilema relativo e individualmente resuelto por el reconocimiento de la relevancia del **secreto profesional aún por encima de la denuncia ante un caso de aborto**. Así dicen quienes participaron en las entrevistas:

*“Cuando llegan a atenderse en alguna situación particular sin importar los motivos por los cuales sucedió el aborto, no hacemos denuncias pero tratamos de disminuir el impacto o hacer prevención de riesgo desde el punto de vista médico y respetando el punto de vista legal”. MINSAL*

---

*“La Unión Médica, los médicos residentes de las maternidades del país y muchos gineco- obstetras saben qué es lo que pueden hacer y hasta dónde pueden llegar. Hay una cierta incompatibilidad entre el secreto profesional y la denuncia. Actualmente, la denuncia no es mandatoria. El secreto profesional en El Salvador es una ley que está dentro de la Constitución”. (Profesional de salud)*

*“Tienen totalmente prohibido realizar abortos. Pero si reciben una mujer con un aborto en curso, es atendida, referida y trasladada en ambulancia acompañada por personal” (Centro de salud).*

Pese a ello, y ante las necesidades identificadas en los servicios, también existen profesionales de la medicina y la salud que están apoyando a las mujeres que interrumpen o necesitan interrumpir el embarazo. Las mujeres entrevistadas comentan:

*“Los médicos tiene miedo porque el aborto está penalizado y de hecho sino lo denuncian también podrían enfrentar una condena. “Existen médicos “aliados” pero deben conservar su ética médica ya que la iglesia y el fundamentalismo están metidos en todos lados” (Grupo de Mujeres).*

## **9.C. Sesgos de género en los esfuerzos preventivos y terapéuticos relacionados con la anticoncepción**

El Zika supone una llamada de atención a los/las profesionales de la salud y la atención sanitaria para cubrir las necesidades de salud de su población, incluidos los anticonceptivos. La salud pública a menudo se ha visto en la situación de plantear medidas sanitarias incompatibles con los credos religiosos de los profesionales y personajes en el poder. Pese a la llamada de atención del Papa Francisco estableciendo que la anticoncepción (no el aborto) podía ser aceptable en circunstancias extraordinarias como la epidemia del virus del Zika, existen profesionales sanitarios con una actitud en contra de la provisión de servicios de anticoncepción, aunque por el Zika la criatura recién nacida vaya a tener graves problemas de salud. El predominio de estas creencias personales en las prácticas profesionales, por sobre la obligación del profesional de salud de responder acorde a las normas establecidas por el sistema de salud pública, se constituyen en uno

**4. Enfoque de género y Zika**

de los aspectos claves y barreras a ser revisadas para garantizar atención de calidad.

***“En el Hospital Nacional de Referencia de la Mujer,... Igualmente hay médicos en atención directa que no están de acuerdo con la anticoncepción y bloquean el proceso”. (Profesional del MINSAL)***

***“..el personal médico de los centros de salud persuade a las mujeres de no realizarse la esterilización por más que ellas quieran hacerla, mostrando el arraigo de la religión católica sobre su profesión”. (Grupo Mujeres II)***

---

En los países donde la interrupción del embarazo es ilegal, las mujeres que buscan atención sanitaria por haberse sometido a un aborto inseguro incompleto o incluso por un aborto espontáneo pueden ser hostigadas, denunciadas a la policía y enjuiciadas penalmente, por lo cual este aspecto se constituye en un gran impedimento para la búsqueda de atención agravando la situación de la mortalidad materna.

***“El personal médico de ese hospital denuncia a las mujeres que asisten por abortos. De ahí se las llevan presas sin interrogatorio, sin saber el motivo y sin diagnóstico médico. Las condenan a 30 o 40 años de prisión. Forman parte de la cadena de violaciones de derechos. Forma parte del sistema que termina criminalizando a las mujeres”. (Grupo de mujeres II).***

---

Los centros de prestaciones sanitarias dentro del sector privado como son las farmacias también son influidos por los credos religiosos:

***“Algunas farmacias venden anticonceptivos de emergencia, pero no todas. Las farmacias que llevan nombre de virgen o de un santo no las venden porque es pecado. Un grupo de mujeres feministas realizó una investigación acerca de las farmacias que vendían anticonceptivos de emergencia y cuáles no, con ese resultado”. (Grupo de mujeres II)***

---

No sucede en todos los países con mayoría de población “creyente”, que sea inviable tomar medidas anticonceptivas para enfrentar las consecuencias. Algunos países no reconocen explícitamente el derecho al aborto en

los casos de embarazadas infectadas por el virus como en el caso del Zika. Pero existe un creciente movimiento contra-argumentando las leyes anti-aborto en Colombia y Brasil debido al Zika. Algunos profesionales de la medicina del sector público en Colombia afirman que una mujer embarazada diagnosticada de Zika se encuentra en un contexto aceptable para abortar bajo las leyes existentes. La defensa de los derechos reproductivos en Brasil ha planteado a la Corte Suprema incluir el diagnóstico de Zika de la embarazada como una justificación legal de aborto<sup>36</sup>.

La falta de cumplimiento de los derechos de las mujeres es reconocida por ellas mismas dentro de los grupos de discusión, quienes están luchando por ampliar el rango de opciones en la toma de decisiones para su salud:

***“Se puede ver en el personal médico negando derechos y la población que los desconoce. No se educa al pueblo en tema derechos, no hay campañas”. (Grupo de Mujeres II)***

***“Hay mala atención en los centros de salud, por lo que la comunidad debe imponerse y defender sus derechos”. (Grupo de Mujeres II)***

***“en cuanto a los virus y las enfermedades, exigen a los funcionarios y al personal médico que se informen bien para poder dar un mensaje claro y que se entienda a la población. Que se realicen más campañas y que puedan proveer a las personas los insumos necesarios para combatirlas”***

***“Esther trabaja en un grupo que atiende a niñas embarazadas producto de violación. “Es muy triste ver a las niñas obligadas a tener un bebé que no quieren. Es muy grave este problema en El Salvador, mucha impunidad”***

***“Hay niñas que son violadas en la Iglesia, en las escuelas, en instituciones públicas y las obligan a tener esos bebés si quedan embarazadas” (Grupo de mujeres II).***

---

36. . Pablo K. Valente. Zika and Reproductive Rights in Brazil: Challenge to the Right to Health Am J Public Health 2017; 107: 1376-80.

## **9.D. Alto costo, servicios sesgados a las áreas urbanas, necesidad de confidencialidad o miedo a ser maltratadas pueden hacer que las mujeres no acudan a los servicios anticonceptivos, aunque la ley lo permitiera.**

Las mujeres económicamente independientes ante la necesidad de interrumpir su embarazo pueden acceder a la atención ilegal o clandestina pero médicamente segura a través de proveedores privados o viajando a otras partes del país u otros países donde las restricciones legales pueden ser menores o la atención puede ser más accesible. Pero, otras mujeres, las que viven en zonas rurales, pobres o adolescentes deberán recurrir a opciones inseguras y potencialmente peligrosas. Las propias mujeres dicen:

*“La condición y la división de clases están relacionada con la muerte de las mujeres, ya que las mujeres pobres no tiene acceso a los servicios de salud que es un derecho. Necesitan políticas públicas reales para las mujeres”. (Grupo de mujeres II)*

*“Es una cuestión de clases, las mujeres con más acceso pueden hacerlo en una clínica, tanto en El Salvador como en otro país. Las mujeres pobres se mueren porque recurren a lugares que no son seguros o lo hacen con métodos naturales”. (Grupo de mujeres II)*

---

Como se mencionó previamente, la mejoría de la atención sanitaria es uno de los retos más importantes que tienen los/las profesionales sanitarios/as.

*“La mala atención en las unidades de salud abarca desde el personal administrativo, enfermos, médicos. Los médicos son muy prepotentes, son como “dios””. (Grupo de mujeres II)*

*“Critican la mala atención de los centros y hospitales públicos, la falta de médicos, las largas esperas para turnos. Que no se muestra la realidad de las zonas más necesitadas. Que esta misma mala atención hace que las jóvenes no vayan a consultar o a pedir anticonceptivos, por vergüenza, por tabú, tampoco van a comprarlo a una farmacia, finalmente quedan embarazadas”. (Grupo de mujeres II)*

---

*“El personal de los centros de salud no es muy accesible, llegando inclusive a insultar a las pacientes, sobre todo hacia las mujeres feministas de la comunidad, igual desde la Iglesia” (Grupo de mujeres II)*

*“Como no hay acceso a los centro de salud, no tiene acceso a método anticonceptivos, tienen que comprarlo y por vergüenza no lo hacen, por eso hay muchas adolescentes embarazadas” (Grupo de mujeres I).*

*“Se refirieron también al prejuicio y la falta de sensibilidad del personal de los centros de salud. Que no están capacitados por ejemplo en cómo abordar a las de mujeres jóvenes que se acercan solicitando información sobre educación sexual reproductiva. Al ser comunidades tan pequeñas el personal médico identifica y contacta a las familias de las pacientes violando la confidencialidad de los mismos, informándolos sobre esta consulta. Desde los centros de salud al violarse el derecho de confidencialidad, se vulneran los derechos de la mujer” (Grupo de mujeres II)*

*“En las unidades de salud tienen anticonceptivos de emergencia pero si alguien va a pedirlo se cuestiona porque se asocia con el aborto. Las personas pocas veces lo solicitan ya que tiene miedo de ir presos o denunciadas. Desconocen que el anticonceptivo de emergencia es para no concebir y no abortivo”. (Grupo de mujeres II)*

---

Este contexto de atención tan criticado por las mujeres, es reconocido como particularmente dificultoso cuando de otros colectivos más allá de las mujeres adultas se refiere. Así dicen:

*“En los centros de salud sí se habla de métodos anticonceptivos pero son más accesibles para las mujeres adultas, sin embargo para las jóvenes se solicita la autorización de un adulto”. (Grupo de mujeres II)*

*“Si las mujeres adultas quieren cuidarse pueden ir a la farmacia a comprar algún método anticonceptivo pero si las jóvenes se acercan a un centro de salud a pedirlos, primero las indagan y cuestionan” (Grupo de mujeres II)*

*“A veces cuando los hombres se acercan a pedir preservativos a un centro de salud, les dicen que primero tiene que pasar por la consulta con el médico y armar un expediente, entonces se van” (Grupo de mujeres II)*

---

#### 4. Enfoque de género y Zika

Las situaciones complejas multifactoriales, como la distancia a los centros de salud, junto con el riesgo para acceder a ellos y la desconfianza en la eficacia de los mismos, fomentan las iniciativas privadas.

*“hay colonias cerca para ir a atenderse pero no pueden entrar por problemas sociales, por las maras. Y si se acercan a otro centro de salud que no les corresponde por zona, al haber tanta gente los médicos no dan abasto y directamente les indican que compren Acetaminofén porque en la unidad de salud ya no queda. Con las maras no hay libre circulación, no les permiten entrar a ciertas zonas, es peligroso si perteneces a otra colonia” (Grupo de mujeres)*

*“consigue condones para los jóvenes y los reparte pero no puede hacerlo públicamente por el prejuicio. Los condones los consigue por amigos o contactos con otras organizaciones. Están muy limitadas al no haber centros de salud”. (Grupo de mujeres)*

---

La falta de acceso se extiende a los servicios anticonceptivos de emergencia o a las prescripciones terapéuticas ante demanda de atención sanitaria por la infección del Zika. De las reflexiones de las mujeres se deduce que probablemente cuando no acuden a los servicios sanitarios es por reconocer que éstos no les son útiles.

*“Existe un protocolo para anticonceptivos de emergencia, armamos una red y nos comunicamos con doctores para conseguir, pero nunca hay”. (Grupo de mujeres)*

*“vive en una comunidad más alejada, dice que no tienen acceso a la salud, hay colonias cerca para ir a atenderse pero no pueden entrar por problemas sociales, por las maras. Y si se acercan a otro centro de salud que no les corresponde por zona, al haber tanta gente los médicos no dan abasto y directamente les indican que compren Acetaminofén porque en la unidad de salud ya no queda. Con las maras no hay libre circulación, no les permiten entrar a ciertas zonas, es peligroso si perteneces a otra colonia”. (Grupo de mujeres)*

*“Cuando Beatriz estuvo enferma no fue a la clínica porque estaba decepcionada de la atención de las unidades de salud que es el primer lugar al que recurren ya que en los hospitales les piden como requisito para atenderlas una referencia del centro de salud. Como en las clínicas sólo les dan Acetaminofén para el tratamiento no van a atenderse, se decepcionan y lo compran por su cuenta”. (Grupos de Mujeres)*

---

## 9.E. Falta de formación de los profesionales.

En la atención sanitaria relacionada con la salud sexual y reproductiva es especialmente importante por una parte, que los/las profesionales tengan autoconfianza en el desarrollo de sus propias iniciativas, adaptándolas a las pautas y guías establecidas, lo que requiere la búsqueda de profesionales y organizaciones con amplios conocimientos y compromiso social y sanitario para la capacitación y formación mediante apoyo. El tratamiento adecuado de las necesidades relacionadas con la salud sexual y reproductiva por otra parte, implica que los/las profesionales cuestionen las percepciones y las normas sociales dominantes, y que en general se sometan a un proceso de cambio personal, mediante un aprendizaje reflexivo; reconocimiento inconformista de las limitaciones, flexibilidad y compromiso. De esta forma, se pueden identificar las demandas que aún tenían que aprender a abordar, sus propios prejuicios y como evitar que interfieran en las consultas.

Tanto ciertos profesionales de salud como la población de El Salvador parecen tener falta de conocimiento, acerca de que las/os adolescentes a partir de 16 años o antes en algunos países, no requieren de la autorización de una persona adulta para ser atendidas/os.

***“En los centros de salud sí se habla de métodos anticonceptivos pero son más accesibles para las mujeres adultas, sin embargo para las jóvenes se solicita la autorización de un adulto”.***

---

Los Ministerios de Salud apoyan la formación profesional, pero también en esta tarea enfrentan a las barreras desarrolladas por los grupos religiosos. De tal manera que la formación y el trabajo de concienciación para un cambio de mentalidad de los profesionales sanitarios debe contemplar estos aspectos para direccionarlos correctamente.

***“Ellos trabajan con el secreto profesional a partir de las denuncias de las mujeres que llegaron con abortos a los hospitales. Hay que trabajar en el cambio de mentalidad con los médicos y las enfermeras. Hay una aversión a que se cambie la ley por una cuestión religiosa. Hay jurisprudencia que lo respalda. El 15 de febrero PASMO convocó (a través del Ministerio) a los jurídicos de las 28 maternidades, allí se habló del secreto profesional. Fueron bien receptivos. La idea es poder trabajar de manera conjunta. Muchas veces desconocen términos médicos y los conocen de otra forma. En otras ocasiones, traen profesionales extranjeros para hablar sobre clarificación de valores y el secreto profesio-***

*nal, esto ayuda bastante (lo hacen con la FLASOG –Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología) (Asociación de Ginecología y Obstetricia- El Salvador).*

---

**Existe evidencia de que los cambios en la práctica profesional** no suceden sin un proceso de cambio personal, que influirá en el cambio de sus actitudes hacia los temas de la sexualidad, la confidencialidad durante las consultas, el aborto, y en el valor de la toma de decisiones y la autonomía de las mujeres<sup>37</sup> (31). También es útil para realizar negociaciones con quienes no participan en estos procesos, con el fin de garantizar que las personas reciban una atención de calidad. Un caso específicamente importante es el relacionado con la actividad sexual de los/las adolescentes, en el que la adopción de un enfoque más abierto puede acarrear conflictos derivados de puntos de vista divergentes entre los/las profesionales.

**La flexibilidad** es otro pilar importante para utilizar formas de atención sanitaria que disminuyan la vergüenza y evitar procedimientos burocráticos (como por ejemplo: si solo se demanda preservativos).

Que el/la médico/a haga todo lo posible para garantizar su derecho a la confidencialidad y la privacidad es importante. Implica un “enfoque integral” basado en relaciones democráticas y respetuosas, en donde las mujeres son tratadas como agentes autónomas. También lo es, el desarrollo de ventanas de oportunidad, como realizar actividades de divulgación con las escuelas, o formar grupos de mujeres de distintas edades conectadas al servicio de salud, facilitándoles su participación en actividades de educación entre pares o intergeneracionales, o introducir temas (como el desarrollo, sexualidad, anticonceptivos, nutrición, drogas o violencia) durante las consultas, de forma natural y no intrusiva, que los/las pacientes y usuarios/as de todas las edades perciban como una oportunidad para saber qué recursos están disponibles para cuando los necesiten.

---

37. Goicolea I, Coe A-B, Hurtig A-K, San Sebastian M. Mechanisms for achieving adolescent-friendly services in Ecuador: a realist evaluation approach. *Glob Health Action* 2012; 5: 18748.

# 10. Orientaciones específicas

## 10.1. Democracia paritaria en las instituciones de salud

Si la mitad de la población está en desventaja, se necesita un fuerte movimiento político para lograr la democracia paritaria<sup>38</sup>. La ONU declaró que 1976-85 fue la década de la mujer. Este movimiento fue crucial para poner los derechos de las mujeres en la agenda global. Del mismo modo, la Declaración de Atenas de las mujeres en el poder en 1992 hizo una llamada explícita a una mayor participación de las mujeres en la política. Claramente, sin embargo, los avances en estas áreas siguen siendo pequeños 40 años después.

El Informe sobre Salud Global 50/50 de 2018 del Centro de Género y Salud Global de la Universidad de Londres recién publicado muestra desde la perspectiva de género que pocas organizaciones de salud promueven acciones sensibles al género dentro de sus propias instituciones (33). En concreto, los hombres gobiernan la salud global y el poder de decisión sigue en manos de los hombres, aunque las mujeres constituyen la gran mayoría de las personas que trabajan en la salud en el mundo (67% de los/la empleados/as en los sectores de la salud y sociales). Otros hallazgos incluyen:

- Menos de un tercio de las organizaciones define el género de una manera que sea consistente con las normas globales, un requisito previo para una programación efectiva y equitativa.
- Solo el 40% de las organizaciones menciona el género en sus documentos de programa y estrategia.
- Dos tercios de las organizaciones no desglosan sus datos por sexo en los programas;
- El 30% de las organizaciones no hacen referencia a la igualdad de género en el lugar de trabajo.
- Solo el 20% de las organizaciones han alcanzado la paridad de género en sus juntas directivas.
- Un 25% de las organizaciones ha alcanzado la paridad de género en el nivel superior de la administración.

38. Alvarez-Dardet C, Ruiz-Cantero MT. Towards parity democracy. Lancet Glob Health 2016; 4: e584-5.

**4. Enfoque de género y Zika**

- El 69% de las organizaciones están encabezadas por hombres.
- 80% de las sillas de la junta directiva son hombres.

El compromiso con la igualdad de género por parte de los Ministerios de Salud es clave, para impulsar acciones específicas relacionadas con el género. Esto implica por lo tanto indagar qué tan sensibles al género es el propio Ministerio de salud, en las dimensiones:

A. Programas y políticas sensibles al género

B. Igualdad de género en el lugar de trabajo, y en los dominios incluidos en las preguntas del siguiente cuadro:

1. ¿Ha hecho la organización una declaración pública de compromiso con la igualdad de género?
- 2 ¿La organización define el género en sus políticas institucionales de manera coherente con las normas mundiales?
- 3 ¿Se han implementado políticas programáticas para guiar la acción sensible al género?
- 4 ¿La organización recopila e informa sobre datos desglosados por sexo de sus actividades programáticas?
- 5 ¿Existen políticas en el lugar de trabajo con medidas específicas para promover la igualdad de género?
- 6 ¿Ha logrado la organización la paridad de género<sup>2</sup> en su cuerpo directivo y la alta gerencia?
- 7¿Cuál es el género del jefe de la organización y el jefe del cuerpo directivo?

**Orientaciones para las instituciones de salud:**

- Los cargos responsables del Ministerio de Salud o de otras organizaciones e instituciones con las que trabaja el Ministerio deben comprometerse con la igualdad de género e incentivar las políticas y prácticas que responden a la evidencia sobre el impacto del género en la salud, el bienestar y las carreras profesionales de mujeres y hombres.
- Las organizaciones e instituciones, incluidos centros de salud y hospitales deben implementar políticas y procesos para asegurar una comprensión común y apropiación de la definición de género y

las prácticas requeridas para alcanzar la igualdad de género.

- Ir más allá de la tendencia a asociar el género solo a las mujeres.
- Incorporar indicadores de género en el proceso de revisión y aprobación de todos los programas e iniciativas nuevos.
- Demostrar e implementar tolerancia cero para el acoso sexual y de género.
- Establecer objetivos de duración determinada para alcanzar la paridad de género en los puestos de alta dirección y en los órganos de gobierno.
- Dado que las políticas que afectan a la salud son multisectoriales, estas recomendaciones se hacen extensivas al resto de Instituciones Ministeriales y organismos que sean influyentes para la salud, y en concreto para manejar la infección por el virus del zika y sus consecuencias.

## 10.2. Agendas mediática y política

Partiendo de la interacción entre la agenda mediática y política como constructoras de la realidad social, está demostrado que los medios juegan un papel importante en el mantenimiento de los problemas de salud en sus agendas en la etapa posterior al problema, y por ende en la agenda política. Con esta función de recuerdo, pueden contribuir a mantener el problema como un problema social. Los/las profesionales de la medicina y la ciencia deben tener en cuenta que el calendario de eventos específicos de las instituciones profesionales hace que los/las periodistas planifiquen la cobertura, tanto para el caso de la prevención y atención sanitaria y medioambiental al zika, como en el caso de temas relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Probablemente desde el inicio de la etapa zika hasta la reducción del interés por este problema, como todos los problemas sociales<sup>39</sup>, pasó por el ciclo de problema-atención, en el cual el papel de la prensa suele ser crucial. De acuerdo con las etapas del ciclo, existe una etapa previa al problema - el zika afectó a unos pocos e inicialmente solo era conocido por expertos y la población que lo padecía. Posteriormente el aumento de la magnitud del problema o por otras vías (prensa internacional, el propio Ministerio de Salud) llevó a los medios de El Salvador a tratar al zika por primera vez. Al

39. McCombs M, Emsiedel E, Weaver D. Contemporary public opinion. Issues and the news. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1991.

alertar sobre el riesgo para la comunidad, el número de noticias sobre el zika debió aumentar hasta el punto de que se percibió como un problema social. A continuación, las propias instituciones realizarían estudios sobre el coste de la resolución significativa del problema del zika, siendo las propuestas de los políticos y científicos reflejadas en los medios. Pero hay un momento, en el que los medios comenzarían a prestar cada vez menos atención al zika -el declive gradual de la intensa etapa de interés público- que suele conducir dentro del ciclo de atención del problema a la llamada etapa posterior al problema. Al final del ciclo, las noticias sobre zika han podido desaparecer; y ya que no ha sido debido a la resolución del problema, suele ser debido a que otros problemas comienzan su propio ciclo de atención. Sin embargo, en algunos casos específicos, los medios inician la función de recuerdo.

### **Orientación para re-posicionar el tema en la agenda:**

- Recuperar las noticias cuyos titulares contengan el término zika y realizar un análisis de contenido de la cobertura del zika en la etapa problema y posterior al problema. Lo mismo es aplicable a los problemas de salud y derechos sexuales y reproductivos. Contienen información esencial para quienes pretenden modificar el status quo a la que poder agarrarse.

## **10.3. Profesionales sanitarios/as**

Ante las resistencias de profesionales, la transformación de los centros asistenciales hacia la salud y los derechos sexuales y reproductivos va a llegar de la mano de profesionales sanitarios/as motivados por la conciencia de estar colaborando con un proceso transformador, que amparándose el secreto profesional tengan confianza en actuar de acuerdo con un enfoque integral en el marco de los derechos humanos.

### **Orientaciones para el equipo de salud:**

#### **1. Fortalecer la auto-confianza en la prestación de atención sanitaria basada en los derechos humanos y la igualdad de género, mediante:**

- Capacitación dirigida a la adquisición de conocimientos y habilidades técnicas, y
- Formación en ocasiones incómoda, que empuje a los/las profesionales a problematizar sus ideas preconcebidas y personales, para

facilitar mayor personalización, participación, recreación del conocimiento adquirido y un proceso activo de asimilación y traducción del conocimiento a la práctica.

## **2. Incrementar la legitimidad, mediante la interconexión entre:**

- Continuidad asistencial a lo largo del tiempo contribuyendo al conocimiento y compromiso en el equipo y con la comunidad.
- Cercanía generadora de confianza para que un servicio sea sensible y prospere.
- Confianza ganada cumpliendo con los compromisos con la comunidad (mantenimiento de horarios de atención sanitaria, asegurar el suministro continuo de medicamentos y recursos fortaleciendo la calidad de las consultas, asegurando la coherencia entre la información proporcionada y los servicios prestados, y dejando a los/la usuarios con la sensación de necesidades cubiertas. Precisamente se ha demostrado que donde se suministran anticonceptivos es más fácil de lograr la confianza.
- Reconocimiento, el cual debe venir de la comunidad a lo largo de los años de servicio pero también de instituciones como el Ministerio de Salud. Claves para la legitimación de los servicios prestados en los centros de salud y hospitales, y para que se involucre el personal que no lo ha hecho. En este sentido:

## **3. Que el Ministerio de Salud identifique y premie centros emergentes y/o profesionales innovadores/as supondrá un refuerzo productivo.**

# **10.4. Sensibilización y concienciación de los hombres**

Aunque algunas mujeres pueden desear la participación de sus parejas cuando demandan servicios de anticoncepción; las parejas masculinas no participan rutinariamente.

***“De los controles prenatales es difícil que participe el hombre porque siempre están trabajando” (Grupo de MUJERES)***

---

Investigar la participación masculina con las experiencias anticonceptivas puede ayudar a guiar a las instituciones que están considerando incorporar parejas masculinas en la atención anticonceptiva. La participación de la pareja masculina puede ser solo con la presencia en el centro médico, participación en el asesoramiento prenatal, presencia en la sala ante un procedimiento de aborto quirúrgico o mientras la mujer experimenta los efectos de los medicamentos abortivos y participación en la atención postaborto. La mayoría de los hallazgos sugieren que la participación masculina se asocia positivamente con el bienestar de las mujeres y su evaluación de la experiencia<sup>40</sup>.

### **Orientaciones para fortalecer la participación masculina:**

De acuerdo con la propuesta de promoción de la participación masculina en la salud de las mujeres y las familias, las formas clave en que los hombres pueden participar directamente en la salud reproductiva de las mujeres incluyen:

- Adaptar las intervenciones inclusivas para hombres a contextos sociales y culturales específicos. En las culturas donde los hombres son los principales responsables de la toma de decisiones en la mayoría de los asuntos (incluidos la fertilidad y la planificación familiar), los mejores formas de comunicarse con ellos e involucrarlos es a través de los profesionales locales de salud pública y los líderes comunitarios.
- Proporcionar educación para la salud en otros entornos. La educación para la salud debe ir más allá de cuando los hombres acompañan a sus parejas a las clínicas prenatales (ANC), lo que no siempre es así debido a las barreras culturales.
- Involucrar a los hombres en todos los asuntos que requieren decisiones conyugales conjuntas, ya que esto es crucial para lograr buenos objetivos de salud reproductiva y cuidado de las/os niñas/os, especialmente en las sociedades patriarcales.
- Involucrar a los hombres en sesiones de consejería. Esto puede ayudar a que sean más partidarios del uso de anticonceptivos y más conscientes del concepto de toma de decisiones compartida.
- Involucrar a los hombres en el diseño e implementación de los programas para garantizar que los servicios y materiales informativos aborden sus inquietudes y necesidades. Los propios hombres son las mejores fuentes de información sobre estrategias eficaces y prestación de servicios. Muchos programas usan hombres para implementar el programa como miembros del personal, educadores de salud y motivadores de pares.

40. Osamor PE, Grady C. Zika Virus: Promoting Male Involvement in the Health of Women and Families. PLoS Negl Trop Dis. 2016 29; 10: e0005127.

- Realizar las pruebas a ambos miembros de la pareja durante las visitas a las clínicas prenatales de la misma manera que se realiza actualmente la prueba del VIH.
- Es recomendable que los hombres participen en los determinantes del control de Zika tanto como sea posible. Los profesionales de la salud pública deberían trabajar con los hombres a reconocer (y seguir) las pautas de salud pública durante un brote de Zika para la reducción del riesgo de transmisión del Zika, lo que no solo les beneficia a ellos sino también a sus familias. Estos esfuerzos ayudarían a los hombres a acompañar de forma más completa a sus cónyuges, especialmente en los países donde ocurren los brotes de Zika.

## 10. 5. Empoderamiento de las mujeres y redes

A las estrategias de riesgo y de atención sanitaria con relación al Zika y a la salud sexual y reproductiva, hay sumarles la del empoderamiento de las mujeres. Las mujeres están ganando cada vez más atención en las políticas públicas:

*“Aunque la sociedad sea sexista, y los cuidados o la asistencia personal estén destinados generalmente hacia las mujeres, ya se tiene el documento base de la política de cuidados impulsada desde la Presidencia de la República, y elaborada por distintos sectores, incluidas las organizaciones de mujeres” (Profesional de salud).*

*“Están peleando la reforma del artículo 133 para la despenalización del aborto para niñas que queden embarazadas producto de una violación, o cuando la madre corre riesgo de vida o el bebé nace con malformaciones” (Grupo de Mujeres Día 1).*

---

Ahora bien, los actores involucrados en las redes de colaboración, con quienes colaboran y de qué manera están vinculados/as, tienen implicaciones profundas en la capacidad para abordar un problema como el de la salud sexual y reproductiva. Los argumentos de referencia y las conexiones internacionales son importantes, sobre todo con profesionales con experiencia de países que hayan avanzado en este problema.

Las mujeres han luchado por tener una mayor igualdad de género, pero

pese a los éxitos, la igualdad sigue siendo un objetivo elusivo. La fuerza numérica de las mujeres las coloca en una buena posición “teóricamente” para tomar medidas colectivas efectivas, todos los días. Sin embargo, las mujeres enfrentan barreras de participación en acciones colectivas asociadas a la construcción social y experiencia relacionada con la identidad de ser mujer.

### **Orientaciones:**

**Fomento de la formación para romper barreras asociadas a<sup>41</sup>:**

- 1. Identificarse con otras mujeres y feministas.**
- 2. Percibir el sexismo y expresión de la ira grupal.**
- 3. Reconocer la eficacia de la acción colectiva**



### **Para pensar:**

**Luego de leer la sección de Género y Zika, piense y observe lo que sucede en su lugar de trabajo:**

**-¿De qué forma se producen los sesgos de género en la atención de las mujeres con respecto al Zika en su lugar de trabajo?**

**-¿Cómo cree que los discursos y las prácticas de los profesionales reproducen sin intención sesgos de género?**

**-¿De qué forma podría reformular las estrategias en curso para abordar la prevención o atención del Zika en su lugar de trabajo con perspectiva de género?**

**-¿Qué otras estrategias podría incorporar en este sentido?**

41. Radke HR, Hornsey MJ, Barlow FK. Barriers to women engaging in collective action to overcome sexism. *Am Psychol* 2016; 71: 863-74.



5



# **Abordaje del Zika en las Políticas Públicas**

5

# 1. Introducción

En esta sección se presenta una vertiente de gran importancia para el abordaje de la enfermedad por virus de Zika, que tiene que ver fundamentalmente con las políticas en salud sexual y reproductiva, derechos humanos y su desarrollo a través de estrategias de promoción y prevención. Se trata de una visión complementaria a los temas abordados en los capítulos previos y que atiende a comprender el diálogo permanente que existe entre las diferentes modalidades de comprensión de esta problemática de salud pública. Los contenidos que se presentan serán de utilidad no solo para los niveles decisorios en el campo sanitario (funcionarios del sector), sino también a quienes implementan acciones en el campo operativo (servicios de salud) para brindar un marco de coherencia entre los marcos político-normativos y aquellos que se traducen en prácticas concretas.

El esquema que se sugiere para la elaboración de esta sección está adaptado de la Colaboración [SUPPORT](#), a través de sus herramientas para la formulación e implementación de políticas sanitarias. **El modelo sugiere tres pasos** fundamentales, cada uno de ellos alimentado por evidencias científicas, otras fuentes de conocimiento e información y la inclusión de diálogos deliberativos con las partes interesadas. Esos pasos consisten en:

1. la construcción del problema de política,
2. la identificación de barreras en distintos niveles
3. los cursos de acción de política (estrategias u opciones) a ser implementados y monitoreados.

Para ilustrar este proceso y sus tres pasos, se toma como caso de estudio a las políticas de Zika de El Salvador como estudio de caso. A través de este ejemplo e insumos se espera fomentar la reflexión y el análisis de la situación en cada país/localidad y facilitar la formulación/reformulación e implementación de las políticas para abordar el Zika.

A lo largo de este capítulo se intenta responder a las siguientes preguntas:

¿Cómo se define el problema?;

¿Cuáles son las barreras existentes que podrían potencialmente afectar la implementación exitosa de una política para Zika?;

¿Qué estrategias se deben considerar en una política para Zika, con el fin de facilitar los cambios en las prácticas en los usuarios/ receptores de atención de salud y en los profesionales que la brindan?

¿Qué estrategias se deben considerar para generar cambios en los sistemas y en el contexto?.

Por último, se presentan orientaciones para llevar a la práctica la estrategia del **diálogo deliberativo** como una vía posible para convocar y dar participación a las distintas partes involucradas, priorizar los cursos de acción y reorientar las políticas.

## 2. Objetivos:

- Conocer aspectos a considerar para la formulación e implementación de políticas para abordar el Zika.
- Identificar y analizar posibles barreras para la formulación e implementación de políticas para el Zika en cada contexto.
- Ampliar las estrategias que pueden utilizarse al momento de diseñar, implementar y evaluar políticas exitosas para abordar el Zika con enfoque de derechos y género.

## 3. Aspectos a considerar

Desde el 2016 y hasta la fecha de elaboración de este manual, no se reporta ningún nuevo país o territorio de las Américas que confirme transmisión autóctona vectorial de Zika, manteniéndose en 48 países y territorios de las Américas que confirmaron casos autóctonos por transmisión vectorial de Zika y en cinco el número de países que notificaron casos de Zika transmitidos sexualmente (OPS/OMS, Actualización epidemiológica Agosto 2017)

Si bien la alerta del Zika como un problema grave de salud pública ha cesado, no hay que olvidar que persisten factores que pueden hacer retornar esta y otras arbovirosis como son, la amplia distribución de vectores competentes y las estrategias de control ineficaces, la falta de inmunidad poblacional, la ausencia de vacunas, de pruebas de diagnóstico rápido y tratamientos específicos, desigualdades en el acceso a los servicios de saneamiento, y población altamente móvil que facilita el aumento de casos.

Otra de las características de esta enfermedad además del alto riesgo de resultados neurológicos adversos, en la capacidad de diseminarse, la naturaleza asintomática en cuatro de cada cinco casos y la propagación del virus a través de la vía sexual. Se sabe además, que el brote de Zika tiene

un impacto más negativo en comunidades pobres y marginadas, no solo debido a las malas condiciones de vida e infraestructura (por ejemplo, criaderos en aguas estancadas), sino a la poca toma de conciencia por parte de la comunidad, probablemente por acceso insuficiente a información y recursos para prevención y cuidado (WHO [Zika](#) 2016, Shrivastava 2017).

Otro aspecto a considerar es la rápida propagación del Zika a diferencia del Dengue. A pesar que las arbovirosis comparten vectores, los serotipos del virus del dengue tardaron varias décadas en propagarse por Brasil, y en cambio, la epidemia del virus del Zika se difundió en meses (Lowe 2018).

Existe consenso científico de que el virus del Zika causa microcefalia y es disparador del síndrome de Guillain-Barré aunque los expertos creen probable que cause además, problemas neurológicos adicionales que se harán evidentes a medida que los niños se desarrollen. Por lo tanto, tiene que considerarse que la propagación del virus del Zika tiene y tendrá consecuencias a largo plazo para la salud de las familias y las comunidades así como grandes desafíos para los sistemas de salud y la seguridad social que estarán desafiados a cuidar a niños y niñas con distintos grados de discapacidad física y mental (Krauer 2017, Roa 2016).

## 4. El problema

El virus del Zika no solo nos muestra sus efectos deletéreos en las personas sino que también, nos trae a la luz una agenda inconclusa en el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos y en la transversalidad de género de las políticas de Estado. (Ver capítulo sobre Salud Sexual y Reproductiva).

Existe suficiente evidencia científica para decir que existe un vínculo inextricable entre las cuestiones de género, violencia y la salud sexual y reproductiva. La epidemia de Zika, junto con las desigualdades y la falta de derechos reproductivos, constituyen una sinergia deletérea en América Latina. **El vínculo entre esta enfermedad y la salud reproductiva representa más que un problema a corto plazo y va más allá más que solo los efectos de un brote:** representa la carga adicional del sufrimiento impuesta a mujeres embarazadas, infectadas con el virus Zika e imposibilitadas de terminar su embarazo, en muchos países de la región. Estas mujeres se ven obligadas a enfrentar la experiencia injusta de dar a luz a un/a niño/a que puede tener graves malformaciones neurológicas, aumentando así la carga ya existente sobre estas mujeres antes de la epidemia por sus precarias y vulnerables posiciones, dentro y fuera del hogar (WHO Zika 2016, Vélez 2016).

La crisis causada por el virus Zika ofrece una oportunidad para que los formuladores e implementadores de políticas y los coordinadores de programas comiencen a cerrar las brechas en educación sexual y acceso a anticonceptivos, en maternidad segura, en interrupción segura del embarazo y en programas para prevenir la discriminación y la exclusión de las personas con discapacidad. Si no se aprovecha esta ventana de oportunidad, el virus del Zika no solo quedará como un problema de salud pública, sino que también agravará las desigualdades de género y la injusticia social existentes (Roa 2016, Vélez 2016).

Para poder formular políticas para la enfermedad por el virus del Zika en los países con foco en la salud sexual y reproductiva, es importante conocer los marcos normativos, documentos técnicos y recomendaciones generales sobre arbovirosis y específicas de la enfermedad por virus Zika. También es importante conocer el estado de cumplimiento de los derechos humanos y los sexuales y reproductivos como parte indivisible de ellos.

## 5. Estudio de caso: Políticas para el Zika en El Salvador

A continuación, presentaremos a modo de estudio de caso la situación de El Salvador, para analizar sobre como un país de Centro América, respondió desde el marco político-normativo ante la epidemia de Zika.

En este sentido, el Ministerio de salud de El Salvador desarrollo 2 documentos técnicos específicos para Zika:

[1. Lineamientos técnicos para la atención integral de personas con Zika \(2016\)](#)

[2. Estrategia de comunicación y participación comunitaria para el abordaje integral del Zika y otras arbovirosis \(2017\)](#)

1. Están dirigidos al personal de salud para la atención de personas con sospecha diagnóstica de la enfermedad. Hace énfasis en datos importan-

tes del comportamiento epidemiológico en el país y se establecen recomendaciones para el abordaje terapéutico en los diferentes niveles de atención, con una descripción especial de la vigilancia, la atención de la embarazada desde la concepción y la atención de niños y niñas en los primeros dos años de vida, así mismo el manejo de las complicaciones neurológicas de la enfermedad como el Síndrome de Guillain Barré.

2. Es una estrategia de comunicación y participación comunitaria para el abordaje integral del Zika y otras arbovirosis. Está orientada a promover conocimientos, hábitos saludables y prácticas adecuadas de autocuidado, higiene y saneamiento a través de mensajes claves dirigidos a audiencias específicas. El objetivo central de las acciones de comunicación en este tema es el de lograr la apropiación de conocimientos, conductas y prácticas saludables por parte de la población, para la réplica con sus pares y asegurar la sostenibilidad de los resultados. En este proceso deben realizarse acciones intersectoriales en el nivel local institucional que incluya la institucionalidad y a la comunidad local organizada, tales como: municipalidades, organizaciones comunitarias de base y comités departamentales, entre otras.

El proceso de elaboración, fue a través de una mesa de trabajo intersectorial que incluyó al Ministerio de Salud (MINSAL), al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Johns Hopkins Center for Communication Programs (HC3), Medical Care for Development International (MCDI), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), SE-COMISCA, PASMO, Save the Children, ZAP/Abt, Asociación Demográfica Salvadoreña/Pro-familia (ADS), Cruz Roja Salvadoreña y URC-ASSIST, con el apoyo de USAID.

Por tratarse de un mismo vector transmisor de las arbovirosis, los mensajes sobre medidas de prevención y control son los mismos, tales como: el mantener acciones antivectoriales y la destrucción de criaderos de zancudos, la importancia de la consulta temprana para descartar el padecimiento de la enfermedad, sobre todo en el Dengue, que puede ser mortal y, en Zika, que puede causar anomalías congénitas irreversibles en el producto de la gestación. La diferencia radica, más bien, en las consecuencias que cada virus causa en la persona.

Por este motivo, **la estrategia desglosa las acciones de comunicación de acuerdo con las tres fases de intervención de una epidemia** y elabora tres matrices:

1. **Prevención:** Medidas previas, dirigidas a promover cambio de comportamientos y prácticas para que no ocurra la epidemia.
2. **Atención y control de la emergencia:** Durante la epidemia
3. **Seguimiento, cuidado y apoyo:** Después de la epidemia.

Las audiencias destinatarias de los mensajes son: niñez, mujeres y hombres sexualmente activos, hombres parejas de mujeres gestantes, mujeres ges-

tantes, migrantes, población general, proveedores de salud y comunicadores. Para la etapa 2 y 3 se excluye la población migrante y se incluyen en su lugar, las familias con hijos con el síndrome congénito de Zika.

**Cabe destacar que en la fase post emergencia (la fase actual de la epidemia), la estrategia propuesta es la evaluación y redefinición de la respuesta de comunicación. Básicamente debería estar dirigida a:**

- **Reforzar en la población las conductas de prevención y autocuidado,**
- **Mantener la comunicación con los grupos más vulnerables,** como las mujeres embarazadas y las áreas de transmisión continua,
- **Sistematizar y documentar las lecciones aprendidas,**
- **Evaluar las acciones de comunicación para medir resultados y reorientar la estrategia.**

**Para el abordaje específico de la salud sexual y reproductiva,** el Ministerio de Salud tiene una [política](#) publicada en 2012 y la reciente Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes 2017-2027.

El marco que da sustento a la política de 2012, comprende un conjunto de conceptos de valor técnico, político y ético contenidos en Conferencias y Tratados Internacionales, ratificados por El Salvador, así como también en el marco normativo del país. **La misma tiene característica de ser intersectorial, basada en determinantes de la salud y curso de vida.** El objetivo de la política es garantizar la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas de la vida a toda la población salvadoreña, fortalecer el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación con base en la Atención Primaria de Salud Integral. Sus principios rectores son: universalidad, derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos, equidad e igualdad, no discriminación, ética (transparencia), construcción de ciudadanía, integralidad y corresponsabilidad.

Entre los instrumentos nacionales e internacionales incluidos en la formulación de la política se mencionan los siguientes:

### **A nivel nacional**

- Constitución de la República, principalmente los artículos 3 y 65 sobre la salud como derecho y la no discriminación.
- Ley de igualdad, equidad y erradicación de la discriminación contra las Mujeres de Abril 2011 que en su artículo 26 expresa "Igualdad y no Discriminación en la Atención a la Salud Integral y a la Salud Sexual y Reproductiva".

- La ley de protección integral de la niñez y adolescencia (LEPINA) de marzo de 2010.
- La Ley especial integral para una vida libre de violencia para las mujeres, de noviembre 2010.
- Ley y reglamento de prevención y control de la infección provocada por el virus de inmunodeficiencia humana, de abril 2004.
- La Política Nacional de Salud 2010-2014 y en particular la estrategia 15 de Salud Sexual y Reproductiva. Coordina con el Programa Ciudad Mujer para establecer programas priorizados de información, educación sexual y atención en salud sexual y reproductiva orientados a los grupos de edad escolar, preadolescentes, adolescentes, mujeres y hombres durante todo el ciclo vital.

### **A nivel internacional**

- Conferencia de Derechos Humanos de Naciones Unidas celebrada en Viena, 1993. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de naciones unidas, 1979.
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Cairo 1994.
- Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing 1995.
- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, 1994
- Plan de acción internacional emanado en la Cumbre de Madrid sobre el Envejecimiento 2002.
- Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de acción internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.
- Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), año 2000.

El otro documento, es la **Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes 2017-2027 del 16 de octubre de 2017**. La formulación de la misma se deriva de los hallazgos del estudio "Maternidad y unión en niñas y adolescentes. Consecuencias en la vulneración de sus derechos y del mapa de embarazo en niñas y adolescentes en El Salvador, 2015". (Ver Anexo)

La estrategia fue desarrollada por el Gabinete de Gestión Social y el objetivo principal es eliminar el embarazo en niñas y en adolescentes con intervenciones intersectoriales articuladas y tres ejes estratégicos. **Cabe**

**destacar que en esta política no se incluyó la enfermedad por virus Zika como problema de salud sexual y reproductiva**, a pesar de haberse publicado en 2017. Esta estrategia incluye numerosas normativas nacionales<sup>1</sup>, internacionales<sup>2</sup> y planes y programas nacionales<sup>3</sup>, sin embargo aún parecen existir grandes brechas entre las mismas y su cumplimiento.

Hasta aquí se puede ver el esfuerzo que hizo El Salvador ante la epidemia por virus de Zika y como el Ministerio de Salud mostró su rol de rectoría en materia legal y normativa, y en el esfuerzo para ampliar la provisión de servicios. A pesar de estas acciones se percibe que aún persisten vacíos que contemplen las problemáticas de la enfermedad y sus consecuencias, principalmente en un abordaje mas integral y articulado entre la enfermedad y derechos humanos, género, salud sexual y reproductiva, desarrollo inclusivo y discapacidad.

---

1. Normativa nacional: Constitución de la República, Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA); Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres; Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres; Ley General de Educación; Ley General de Juventud y Ley de Desarrollo y Protección Social.

2. Políticas internacionales: Convención sobre los Derechos del Niño (1990); Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, 1979); La Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad (2006); Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Belem do Pará, 1995); Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013); Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos en Viena (1993) y Declaración ministerial de la ciudad de México "Prevenir con educación" (2008).

3. Marco programático: Políticas y planes nacionales: Objetivos de Desarrollo Sostenible (Agenda 2030); Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019; Política Nacional de Protección Integral de la Niñez y de la Adolescencia, 2013-2023 (PNPNA); Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2012; Política Nacional de Juventud 2011-2024; Plan Nacional de Igualdad 2016-2020; Plan Nacional de Desarrollo, Protección e Inclusión Social, 2014-2019; Plan El Salvador Seguro y Plan El Salvador Educado

## 6. Los derechos humanos y la enfermedad por el virus del Zika

Existen vínculos entre los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos y la salud sexual y reproductiva. **Para utilizar un enfoque de derechos humanos en el diseño y la evaluación de políticas es necesario conocer conceptos fundamentales**, tales como: los derechos reproductivos, derechos sexuales, de género, de orientación sexual y de discriminación por sexo (**Ver capítulo de Salud Sexual y Reproductiva y Zika**).

**Muchas veces existe confusión en cuanto a estos conceptos y por lo tanto la aplicación de instrumentos de derechos humanos puede no ser efectiva.** Como se vio previamente en el capítulo de Derechos y Zika, según el Comité de los Derechos del Niño y la Estrategia de Salud Reproductiva de OMS, **existen varios derechos reproductivos**, tales como el derecho a la salud sexual y reproductiva, el derecho a decidir libremente el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos, el derecho a la no discriminación, el derecho a recibir toda la información sobre salud sexual, entre otros.

**Los derechos sexuales** (según la propuesta conceptual de la Secretaria de la OPS, OMS y WAS ("World Association of Sexology") incluyen: el derecho a la salud sexual, el derecho a la libertad sexual, el derecho a la expresión de la sexualidad, el derecho a la educación sobre sexualidad, el derecho al placer sexual, entre otros.

**Para proteger el derecho a la salud sexual y reproductiva y formular políticas públicas que incluyan derechos reproductivos y derecho a la salud sexual, los países pueden utilizar los siguientes instrumentos:** constituciones nacionales; convenciones internacionales de derechos humanos; convenciones regionales de derechos humanos; estándares internacionales y regionales de derechos humanos y salud pública, y lineamientos técnicos de las agencias especializadas, tales como la OPS-OMS.

De hecho, la OPS viene realizando intervenciones principalmente a través de entrenamientos específicos en países de la Región en donde se visualizan algunas debilidades en la incorporación de los derechos sexuales y reproductivos en sus políticas.

**Muchas de esas debilidades se basan en el desconocimiento de esos derechos** por parte del personal de salud y los propios responsables de la administración de justicia (jueces, abogados) como así también a **ausencia de mecanismos de protección dentro de las defensorías de derechos humanos (DDHH)** y otras agencias. **Estas barreras afectan principalmente a adolescentes, personas con VIH y grupos LGBTI.**

## 7. Rendición de cuentas

El 14 de octubre de 2015, la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos en El Salvador publicó el Informe Especial sobre el Estado de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos con énfasis en Niñas, Adolescentes y Mujeres. El propósito de ese informe fue el de contribuir a la identificación de las causas y consecuencias del embarazo en niñas y adolescentes, desde el análisis de las obligaciones que tiene el Estado salvadoreño para prevenir y atender esta problemática. El informe se estructura en cinco capítulos pero destacamos principalmente los capítulos dos (2) y cinco (5). El capítulo dos presenta un análisis situacional del embarazo en niñas y adolescentes considerando seis áreas temáticas: a) acceso a la información y a los servicios de salud reproductiva, b) la interrupción voluntaria de la gravidez, c) la prevención y tratamiento VIH/Sida, d) la educación integral de la sexualidad, e) la violencia de género y f) la prevención de la discriminación por orientación sexual o identidad de género. El capítulo cinco tiene una matriz de recomendaciones que se adjuntan a las observaciones y recomendaciones hechas por los Órganos de Supervisión de Tratados al Estado Salvadoreño. La importancia de incluir este informe especial merece al menos 2 consideraciones. Por un lado sirve de monitoreo de los compromisos nacionales e internacionales antes mencionados, que tienen que ver directa o indirectamente con la salud sexual y reproductiva, que sirve de base para visualizar las barreras y por otro las recomendaciones derivadas del organismo.

Se considera importante tener en cuenta que además de todas las normativas y directrices de El Salvador antes mencionadas, se han considerado las recomendaciones realizadas por organismos y agencias internacionales como OPS-OMS, el CDC, UNFPA y UNICEF. Estas últimas muchas veces no pueden llevarse a cabo debido a las restricciones locales. Dichas restricciones son generalmente de tipo legal, cultural y relacionado principalmente con la prevención e interrupción del embarazo. Por otra parte, se ha visto que el acceso a la información y a los servicios de salud reproductiva que están establecidos en diferentes leyes y políticas de El Salvador parecen no ser suficientemente conocidas y aplicadas por los funcionarios de las instituciones responsables de su implementación.



### Para pensar:

**Luego de leer el caso de las políticas de Zika en El Salvador, lo invitamos a reflexionar sobre la siguiente pregunta: ¿Encuentra similitudes entre este caso y lo acontecido o lo que sucede en su localidad con las políticas y estrategias sobre Zika?**

## 8. Barreras que pueden afectar la implementación de una política de Zika

Resulta fundamental que las [directrices](#)/recomendaciones para las prácticas, las políticas y la salud pública se basen en información sobre las mejores pruebas científicas disponibles. Por otra parte, es importante recordar que no solo interesa la efectividad de intervenciones sino también, cuestiones concernientes a la aceptabilidad y factibilidad de las mismas. Para ello es necesario contar con resultados derivados de investigaciones cualitativas y otros análisis, que ayuden a entender porque a veces las políticas no tienen los resultados esperados, cual es la relevancia y aceptabilidad que los usuarios y proveedores le dan a determinada política, y hasta qué punto es más o menos factible realizar determinadas intervenciones en distintos contextos, teniendo en cuenta las experiencias prácticas o cotidianas de la gente con los servicios de salud, o la cultura local.

Para clasificar las barreras que pueden afectar la implementación de una política, se han usado como marco de referencia las propuestas por SURE Collaboration presentadas en las herramientas SUPPORT (SUPPORT Tools).

**Las barreras pueden encontrarse en los siguientes niveles (Tabla 1):**

- a. Usuarios y usuarias,**
- b. Equipos proveedores,**
- c. En el sistema**
- d. En el contexto.**

Esta clasificación de barreras también sirvió para proponer las estrategias u opciones para pensar la reformulación política.

**Tabla 1: Factores/barreras que pueden afectar la implementación de políticas sanitarias. Adaptado de Fretheim 2009 y SURE Collaboration 2011.**

Barreras en Usuarios* y Proveedores** del sector salud/educación/protección social	Limitaciones del sistema***	Restricciones sociales, políticas y de contexto****
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimientos y habilidades</li> <li>• Actitudes con respecto a la aceptabilidad,</li> <li>• Idoneidad y credibilidad de un programa o política vigente</li> <li>• Motivación para cambiar o adoptar un nuevo comportamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accesibilidad de la atención/educación</li> <li>• Recursos financieros</li> <li>• Recursos humanos</li> <li>• Sistema educacional</li> <li>• Supervisión clínica/educación</li> <li>• Comunicación interna</li> <li>• Comunicación externa</li> <li>• Asignación de autoridad</li> <li>• Rendición de cuentas</li> <li>• Gestión y / o liderazgo</li> <li>• Sistemas de información</li> <li>• Instalaciones</li> <li>• Procesos de flujo del paciente/personas</li> <li>• Sistemas de adquisición y distribución</li> <li>• Incentivos</li> <li>• Burocracia</li> <li>• Relación con normas y estándares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ideología</li> <li>• Pensamiento a corto plazo</li> <li>• Contratos</li> <li>• Legislación o regulaciones</li> <li>• Políticas de donantes</li> <li>• Personas influyentes</li> <li>• Participación ciudadana</li> <li>• Corrupción</li> <li>• (In) Estabilidad política</li> </ul>

\*Incluye familia y comunidad.

\*\* incluye medios de comunicación como proveedores de información específica.

\*\*\* Incluye Salud, Educación y Protección Social.

\*\*\*\* Incluye contexto (Ej. ejercicio de derechos, género, religión, etc.), Poder Legislativo y Judicial.

## 8.1. Estudio de caso: identificación de barreras en El Salvador

El ejemplo de la identificación de barreras en El Salvador que se presenta a continuación puede servir de guía u orientación para la aplicación del modelo de identificación de barreras en otros países de la Región de Centroamérica.

**Para la identificación de barreras en el contexto salvadoreño se utilizaron 3 fuentes de información:**

- 1) **documentación oficial sobre Zika** ([Lineamientos técnicos para la atención integral de personas con Zika](#) y [Estrategia de comunicación y participación comunitaria para el abordaje integral del Zika y otras arbovirosis](#)),
- 2) **documentación disponible sobre salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos** (Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes 2017-2027, Informe Especial sobre el Estado de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos con énfasis en Niñas, Adolescentes y Mujeres en El Salvador de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos y el reporte del [seminario y taller internacional](#) "Salud Sexual y Reproductiva de los Jóvenes y Adolescentes en América Latina: Incorporando la Perspectiva de Derechos Humanos en las Inversiones de la Salud Pública")
- 3) **los resultados del estudio cualitativo sobre el virus Zika en El Salvador, realizado por los autores de este manual<sup>4</sup>.**

Específicamente sobre esta última, se realizaron grupos focales y entrevistas en profundidad a actores/as claves. También se aplicó una encuesta auto administrada a integrantes de la Alianza intersectorial para adolescentes y jóvenes de El Salvador. Participaron de las actividades integrantes de los equipos de salud, adolescentes, mujeres de la comunidad, usuarias del sistema de salud, integrantes de la alianza intersectorial mencionada.

Los grupos focales con mujeres estuvieron dirigidos a relevar sus saberes y conocimientos acerca del Zika, sus experiencias con el sistema de salud, las barreras de acceso y la calidad de la atención recibida. En los grupos focales con jóvenes se indagaron sus conocimientos sobre el Zika, sus experiencias con el sistema de salud, las barreras para el acceso a servicios y la calidad de la atención. En las entrevistas en profundidad con actores/as claves se abordó la percepción sobre el Zika, las respuestas elaboradas las autoridades sanitarias, barreras para el acceso a servicios de salud, calidad de la atención, inclusión de personas con discapacidad, mecanismos de incentivos,

---

4. Previo a la realización de este manual en Enero de 2018, parte del equipo responsable de elaborar esta guía junto a contrapartes del Ministerio de Salud y de organizaciones de la Sociedad Civil) ha realizado grupos focales y entrevistas en profundidad sobre la epidemia de Zika en El Salvador. El trabajo de campo sirvió fundamentalmente para captar los conocimientos, actitudes, creencias sobre la enfermedad por virus Zika y las opiniones sobre la implementación de planes y políticas relacionados a este grave problema de salud pública. Los hallazgos sirvieron tanto para enfocar mejor la problemática alrededor de la epidemia de Zika, como para contribuir a su abordaje integral informado por estas y otras evidencias.

## 8.2. Barreras identificadas

A continuación se listan barreras identificadas. Las mismas pueden ser consultadas en las fuentes citadas, para ampliar información. Algunas fueron transcritas textualmente y otras interpretadas y resumidas.

### 8.2.1. Barreras en usuarios

<b>a. Relacionadas con el vector</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No está incorporada la costumbre de desechar los recipientes con agua acumulada donde nacen las larvas y se forman zancudos.</li> <li>• Las personas no acepta la incorporación de alevines para el manejo del vector, prefieren las fumigaciones.</li> </ul>
<b>b. Relacionadas con la enfermedad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las madres sienten vergüenza que vean al/a niño/ con microcefalia y por vergüenza no llevan a atender a los niños, sobre todo en comunidades rurales.</li> <li>• No hay subsidios para las familias por la discapacidad</li> <li>• No siempre hay información clara por parte de las/os profesionales y hay que buscar por Internet.</li> <li>• Muchos viajes para asistir a múltiples citas médicas</li> <li>• Percepción de servicios poco resolutivos en tema Zika, poco personal y largas esperas.</li> <li>• No se ofrecen grupos de apoyo en los hospitales</li> <li>• Usuarios relatan maltrato por parte del personal, incluso situaciones de abuso sexual.</li> </ul>
<b>c. Relacionadas con la SS y R y derechos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de conocimientos de los padres y de adolescentes sobre SSyR y sus derechos</li> <li>• Las/os adolescentes no conocen sobre anticoncepción de emergencia (AE) y confunden AE y Misoprostol</li> <li>• Adolescentes consideran la existencia de prejuicios sociales y que mayormente caen sobre la mujer. Consideran que viven en una sociedad machista en la cual a la mujer le resulta difícil realizarse.</li> <li>• Mujeres viajan al exterior a hacerse abortos</li> <li>• Acceso de Misoprostol a través de redes de mujeres.</li> <li>• Hay una ley sobre secreto profesional en relación a la interrupción segura del embarazo que no se respeta.</li> <li>• Las mujeres tienen que pedirle permiso a los maridos para poder esterilizarse y si bien esto está permitido por la ley, culturalmente siguen pidiendo permiso.</li> <li>• Los hombres no piensan en la vasectomía</li> </ul>

### 8.2.2. Barreras en proveedores

#### Relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva y los Derechos

- Recomiendan no embarazarse durante la epidemia pero no hay asesoramiento adecuado
- La atención post aborto se brinda pero también se denuncia
- En los cantones el tema de la confidencialidad no se respeta
- En el Hospital de la Mujer no hay enfoque de género
- Modelo de atención biomédico y hegemónico
- Los pediatras constituyen hoy un sector más conservador
- Objeción de conciencia por parte de los profesionales
- Barreras para la colocación de DIU (dispositivo intrauterino) post parto. Hay un rechazo de los médicos para sugerir el uso del DIU, en general.
- Profesionales no están capacitados por ejemplo en cómo abordar a las de mujeres jóvenes que se acercan solicitando información sobre educación sexual reproductiva.
- Los maestros y maestras no están capacitados en el tema de Salud Sexual y Reproductiva y derechos Sexuales y Reproductivos.
- Falta de conocimiento de los profesionales de salud sobre derechos sexuales y reproductivos de las/os adolescentes: siguen pidiendo autorización a los padres para uso de métodos anticonceptivos (MAC).
- Falta de confidencialidad y privacidad en los centros de salud y la discriminación basada en género.
- Enfoque curativo y no preventivo de los profesionales de la salud (no está incluida la SSR).
- En la escuela no les brindan información sobre anticoncepción de emergencia hasta llegar al bachillerato. En la materia Orientación de Vida no abordan ni debaten los temas de elección sexual y la homosexualidad es discriminada en todos los ámbitos.
- Adolescentes piensan que es demasiada información para manejar.
- Falta de sensibilización de personal docente en derechos sexuales y reproductivos
- Limitada atención diferenciada, integral y de calidad (ambiente y personal no capacitado)
- Limitado uso de métodos anticonceptivos por insuficiente acceso a orientación y consejería

#### Otras Barreras:

- Barrera lingüística y cultural que existe entre los proveedores de salud y los jóvenes.
- El lenguaje técnico de los médicos y médicas no se entiende.
- Bombardeo de información por parte de los medios sobre la enfermedad.
- Medios de comunicación con información incompleta o limitada o no existe control sobre la información que publican.
- Los medios de comunicación son vistos como deformadores de la educación.
- Los medios de comunicación son los que mayormente promueven la discriminación

### 8.2.3. Barreras del sistema

#### Relacionadas con la enfermedad

- En etapa post epidemia de Zika, todavía hay poca prevención
- Poco acceso a laboratorios
- No hay salida al territorio de los equipos

#### Relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva y los Derechos

- Hay una cultura de trabajo con guías y protocolos de atención, pero se necesita incorporar el enfoque de derechos/hace falta sensibilizar
- No existe un currículo estructurada definida para dar educación en SS y R y menos aún para la prevención del embarazo en adolescentes.
- Sobre anticoncepción en jóvenes, los profesionales de centros de salud sensibilizan pero consideran que existen otros actores sociales, por ejemplo en las escuelas, que obstaculizan y rompen el trabajo que se realiza.
- No hay educación sexual integral aunque hay un llamado desde la presidencia a promover la educación sexual integral
- Las mujeres hacen la educación sexual y seguimiento en la comunidad
- Hay una materia escolar sobre educación sexual llamada "Orientación para la vida", cuyo enfoque tiene muchos componentes biológicos y estereotipos sociales.
- Educación enfocada más en la parte reproductiva y se dejan de lado los derechos sexuales.
- Faltantes de insumos por escasez de compra. Además, no hay accesibilidad a preservativos (o preservativos de fácil acceso en lugares públicos)
- No hay matronas empíricas en la comunidad
- Miedo de hablar sobre Misoprostol
- Silencio sobre el aborto

### 8.2.4. Barreras políticas, sociales y contexto

#### Relacionadas con la enfermedad

- Mucha pobreza, condiciones de vivienda muy precarias en familias con discapacidad por Zika
- Hay una parte de la población que no recibe la información (campesinos, gente que vive lejos de una unidad sanitaria)
- Durante la epidemia, la centralidad fue puesta en el mosquito y no en la mujer, donde está el eje de esta problemática. No hubo énfasis en el tema de transmisión sexual.
- Universidades y sociedades científicas lo tomaron sólo desde el enfoque de prevención del zancudo

## Relacionadas con la SS y R y derechos

- Violación de derechos con la recomendación del Ministerio de salud de no embarazarse durante la epidemia de Zika y postergar embarazo hasta 2018
- No hay una separación entre la responsabilidad del funcionario y la visión personal y sus creencias culturales y religiosas en relación a la SSR y los derechos
- No existen instrumentos y mecanismos para la aplicación y el cumplimiento de las normativas relacionadas a la SSR.
- Poca conciencia de los derechos de las mujeres en general
- Construcción de la masculinidad y la femineidad actual limitada. Ausencia de valores hacia la mujer. Presión social a las mujeres para ser madres
- Discriminación existente hacia una mujer que quiere planificar su maternidad, sea que no quiera tener hijo o retrasar la maternidad
- Alta de prevalencia de la violencia y el abuso sexual en la sociedad salvadoreña.
- Los hombres no se incorporan a la atención sanitaria y específicamente SS y R
- El conservadurismo en relación a la sexualidad es trasladado a las legislaciones e instituciones
- Fuerte influencia de la religión y de características "fundamentalista" en la SS y R y derechos
- No se aplican las observaciones hechas por los organismos regionales (Ej: DESC y CEDAW)
- Las diferencias partidarias se vuelcan en la discusión de DS y R
- El aborto es ilegal y no hay causales
- En 1998 se cambió la constitución y usando un concepto religioso se considera persona desde el momento de la concepción, hasta 1998 existía el aborto terapéutico. Esta situación "ata las manos del médico"
- El aborto se complejiza y es más traumatizante en mujeres con discapacidad
- Hay una oposición muy seria de los grupos católicos y la interrupción de los embarazos por cuestiones terapéuticas.
- Los médicos forman parte del sistema que termina criminalizando a las mujeres
- La Ley LEPINA limita el acceso a los servicios de salud ya que requiere la autorización de los padres
- Normas y patrones socioculturales predominantes
- Falta de inclusión de los jóvenes a la hora de cómo desean la atención en salud sexual y reproductiva

## Otras

- Barreras de acceso a la salud por causa de la violencia entre pandillas
- Contexto de mucha marginalidad y violencia
- Falta de trabajo coordinado entre el Estado y Sociedad Civil
- Violencia y criminalización de los jóvenes
- No se educa al pueblo en tema derechos, no hay campañas
- La intersectorialidad a veces es más bien una cuestión meramente declarativa
- Insuficientes espacios para recreación para los jóvenes
- Medios de comunicación que refuerzan patrones socioculturales vigentes, limitadas redes de protección social, insuficiente conocimiento de SS y R, todo esto hace una educación sexual muy débil.

**Para pensar:**

**Luego de leer las barreras presentadas en este apartado, le invitamos a pensar e identificar ¿Cuáles son las principales barreras para las políticas del Zika en su comunidad, en su municipio, en su país?**

## 9. Estrategias/opciones de política

Los sistemas de salud y de protección social, incluida la atención comunitaria, deben dar respuestas intersectoriales para brindar atención y apoyo a los niños, adultos y familias afectados por las complicaciones asociadas con el virus Zika, al tiempo que preservan el respeto y la dignidad.

El ingreso familiar puede verse reducido por el aumento de las necesidades de atención de las personas afectadas por malformaciones congénitas y otros trastornos por lo que es necesario brindar un apoyo especial a dichas familias. La garantía al acceso y a la atención de calidad de la salud sexual y reproductiva, además de las acciones para control del vector, fue el mayor desafío que marco a la epidemia de Zika.

**Para formular las opciones de política se usaron 2 grupos de fuentes de evidencias e información:**

- a. Por un lado, evidencias globales con recomendaciones específicas para Zika dirigidas a gestores y planificadores, y evidencias globales de efectividad de intervenciones para barreras.
- b. Por otro, evidencias construidas localmente a través de recomendaciones basadas en consensos y en documentos de análisis y seguimiento de políticas y compromisos nacionales e internacionales, principalmente relacionadas con derechos humanos en El Salvador. Las recomendaciones sobre control de vectores, manejo clínico de la enfermedad y seguimiento de embarazadas y niños ya se abordaron en otros capítulos.

Como evidencias globales se usaron el [WHO Toolkit](#) de 2017 específico para Zika, el [marco estratégico](#) de OMS 2016 también para Zika, la nota técnica programática "Atención y apoyo a las familias con niños afectados por el vi-

rus del Zika y discapacidades” de UNICEF 2016, algunas revisiones sistemáticas específicas y las intervenciones contenidas en los marcos propuestos por Fretheim 2009 y la SURE Collaboration 2011. Estos últimos principalmente sirvieron para abordaje de barreras en cuanto a la efectividad de intervenciones en usuarios/as, proveedores y en el sistema de salud. Para el abordaje de las barreras sociales, políticas y de contexto en general, se usaron (además de las fuentes mencionadas anteriormente) las recomendaciones emanadas de los siguientes documentos locales: 1) el Informe Especial sobre el Estado de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos con énfasis en Niñas, Adolescentes y Mujeres en El Salvador de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, 2) la Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes 2017-2027 y 3) el reporte del [seminario y taller internacional](#) “Salud Sexual y Reproductiva de los Jóvenes y Adolescentes en América Latina: Incorporando la Perspectiva de Derechos Humanos en las Inversiones de la Salud Pública” 2012.

En cuanto a los “Lineamientos técnicos para la atención integral de personas con Zika” del Ministerio de Salud de El Salvador de 2016, cabe mencionar que las recomendaciones allí presentes, no fueron usados para este capítulo. Las mismas están desarrolladas para manejo clínico y de seguimiento de las complicaciones por el virus Zika. Además, no hay recomendaciones relacionadas a la promoción y prevención en el campo de la salud sexual y reproductiva, eje importante de este capítulo.

A continuación se presentan listado de estrategias generales (opciones de política) informadas por las fuentes antes mencionadas, con el fin de abordar las barreras -que ya fueron presentadas- siguiendo la taxonomía de Fretheim y la colaboración SURE.

**Tabla 2: Estrategias políticas generales para abordaje de barreras. Adaptado de Fretheim 2009 y SURE Collaboration 2011.**

Estrategias para Usuarios *	Estrategias para Proveedores**
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provisión de educación o información</li> <li>• Respaldo para cambiar las conductas</li> <li>• Respaldo para desarrollar habilidades y competencias</li> <li>• Respaldo personal</li> <li>• Facilitación de la comunicación y toma de decisiones</li> <li>• Participación en el sistema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiales educativos</li> <li>• Reuniones educativas</li> <li>• Visitas de alcance educativo</li> <li>• Líderes de opinión local</li> <li>• Procesos de consenso local</li> <li>• Revisión por pares</li> <li>• Auditoría y devolución (Feedback)</li> <li>• Recordatorios y referencias</li> <li>• Intervenciones adaptadas</li> <li>• Intervenciones mediadas por el paciente</li> <li>• Intervenciones multifacéticas</li> <li>• Difusión</li> </ul>

Estrategias para limitaciones del sistema***	Estrategias para restricciones sociales, políticas y de contexto****
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar una estrategia de comunicación orientada a las barreras de comunicación identificadas</li> <li>• Demostrar los beneficios de reconsiderar el flujo de trabajo para los equipos</li> <li>• Proporcionar estructuras apropiados para respaldar las iniciativas (Ej. Grupos de auto ayuda)</li> <li>• Plantear arreglos en la provisión de servicios (por ej. Culturalmente adecuada multidisciplinaria, de calidad, etc.)</li> <li>• Arreglos financieros (por ej. Incentivos para trabajadores comunitarios, revisar transferencias condicionadas de dineros, etc.)</li> <li>• Arreglos de gobernanza (por ej. Acreditaciones, participación comunitaria en las decisiones sanitarias, trabajo intersectorial, etc.)</li> <li>• Desarrollar mecanismos para evaluar el progreso y mantener cualquier resultado positivo obtenido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer partícipe a los líderes en los cambios que se propongan</li> <li>• Capacitación en derechos humanos y específicamente derechos sexuales y reproductivos (incluir jueces, medios de comunicación, líderes religiosos, comunitarios)</li> <li>• Monitoreo de Leyes y compromisos internacionales asumidos por el país</li> </ul>

\*Incluye familia y comunidad.

\*\* incluye medios de comunicación como proveedores de información específica.

\*\*\* Incluye Salud, Educación y Seguridad Social.

\*\*\*\* Incluye contexto (Ej ejercicio de derechos, genero, religión, etc.), Poder Legislativo y Judicial.

A continuación, se desarrollan algunos ejemplos específicos sobre como funcionarían las intervenciones. Cuando la intervención provenga de evidencia científica de alta calidad (revisiones sistemáticas de estudios de efectividad) incluye e pondrá el link de acceso correspondiente:

## 9.1. Ejemplos de estrategias para usuarios y usuarias:

Es fundamental para los/las usuarios/as del sistema (Salud, Educación o Protección social) tener conocimientos sobre la enfermedad, sobre todo motivarse para cambiar y adoptar prácticas preventivas.

## **Ejemplos de cómo funcionarían las estrategias (opciones) informadas por evidencias en usuarias/os del sistema:**

**A. Frente a factores relacionados con falta de información sobre Zika por parte de los usuarios del sistema, se deben considerar las intervenciones para mejorar la provisión de información.**

- La estrategia comunicacional sobre Zika elaborada por El Salvador, serviría como un fuerte elemento de promoción y prevención.
- Una investigación mostró que las intervenciones en los medios de comunicación, "puede alentar una mayor utilización de los servicios de salud". Sin embargo, este hallazgo debe abordarse con precaución dado que el estudio se basó casi exclusivamente en estudios de países de altos ingresos y, por consiguiente, no siempre puede aplicarse a otros lugares (Fretheim 2009).

**B. Frente a situaciones socioeconómicas desventajosas es posible que deban considerarse incentivos financieros, como por ejemplo, las transferencias condicionadas de dinero.**

- Las barreras en Zika y discapacidad están relacionadas con la situación socioeconómica. La protección social, en este sentido, indica que podrían tener un impacto en el acceso y en el uso de los servicios de salud (Fretheim 2009).

**C. Frente a limitaciones en la entrega de servicios de salud:** Varias investigaciones evaluaron los efectos de las intervenciones que tratan las limitaciones para la entrega efectiva de servicios de salud a nivel de los receptores de atención de la salud y de los ciudadanos.

- Por ejemplo, se encontraron efectos positivos de la participación de la comunidad en lo que respecta a superar esas limitaciones.
- En esta instancia, la participación de la comunidad se obtuvo utilizando una variedad de intervenciones que incluyen: educación sanitaria (ejemplo: reuniones, capacitaciones grupales), que alienta a un enfoque participativo (incentiva a los líderes y a las partes interesadas a comprender y "comprar" la intervención), utilizando una estrategia de alcance (que se orienta a la familia a los grupos de alto riesgo), y la capacitación y supervisión de los prestadores (ejemplo: enfermeras y/o madres).
- Estas intervenciones dieron como resultado un mayor conocimiento relacionado con la salud y mayor participación de la comunidad y mejoraron la cobertura en las prácticas sanitarias (Fretheim 2009).

## 9.2. Ejemplo de estrategias para proveedores

Es fundamental para los/las proveedores/as del sistema (Salud, Educación o Protección social) incrementar conocimientos y sobre todo, motivarse para cambios. Proveedores de educación y protección social deben abordarse en este mismo sentido.

### Ejemplos de Como funcionarían las estrategias (opciones) informadas por evidencias en proveedores del sistema:

**A. Implementación de intervenciones multifacéticas:** Se trata de estrategias múltiples que tienen como objetivo lograr un cambio de conducta entre los profesionales de la salud.

- Son estrategias de implementación de las guías de práctica orientadas directamente a los profesionales de la salud. Las investigaciones muestran que varias intervenciones en paralelo pueden influenciar la conducta del profesional, por ejemplo, no solo difundir información pasivamente sino usar procesos recordatorios, reuniones de discusión, auditoria y retroalimentación, etc.
- La sola circulación de las guías tienen poco impacto. Esta recomendación proviene de una revisión sistemática de 14 estudios experimentales y 17 intervenciones (Fretheim 2009,WHO Toolkit 2017). Podríamos asumir indirectamente, que proveedores de educación en las escuelas (por ej. educación sexual integral) debería funcionar de manera similar.

**B. Desarrollo de capacidades en los trabajadores comunitarios** para apoyar a las personas afectadas por las complicaciones asociadas con el virus de Zika y sus cuidadores y sus familias (WHO Toolkit 2017):

- Promover la salud mental y apoyo psicosocial en iniciativas a nivel local y comunitario para las personas afectadas (incluidas embarazadas, familias de niños alteraciones neurológicas o en riesgo de ellas y las personas con otros trastornos neurológicos, incluyendo a cuidadores y familias
- **Monitorear y hacer un seguimiento de la salud y el desarrollo que pueden experimentar los niños/as con complicaciones causadas por el virus de Zika** o en riesgo de desarrollarlos y reconocer cuando la referencia es necesaria.

- **Apoyar las actividades diarias que incluyen transporte y desplazamiento por la comunidad y preparación para la escuela**
- **Cooperar con los grupos de autoayuda o facilitar la creación de dichos grupos** donde no existen.

**C. Fortalecimiento de las competencias de la fuerza de trabajo (WHO Toolkit 2017). En este sentido, se espera que todos los profesionales de la salud están capacitados para:**

- Proporcionar asesoramiento adecuado sobre la infección por Zika y los riesgos asociados
- Abogar por las necesidades de las mujeres y niñas en edad fértil que están afectadas o en riesgo.
- En comunicación de apoyo, intervenciones psicosociales básicas y primeros auxilios psicológicos.
- Al menos un profesional de la salud en cada hospital está capacitado para proporcionar servicios en salud mental, incluida la depresión perinatal.
- Al menos un profesional de la salud en cada hospital tiene una relación de cooperación con grupos de apoyo de pares y servicios basados en la comunidad.

**D. Para mejorar la SS y R para adolescentes de El Salvador se recomienda (Seminario y taller internacional 2012):**

- Socializar los protocolos de atención a proveedores de servicios de salud a los adolescentes.
- Los servicios de salud deben trabajar sobre sexualidad con padres y madres, primero dar la información a ellos para dar información en SS y R a los hijos.
- También se deben desarrollar competencias del personal de salud para la consejería en salud sexual y reproductiva.
- Las escuelas formadoras de personal de salud no tiene módulos especializados en SS y R, y se deben integrar estos módulos especializados para formar al personal de educación.

### 9.3. Estrategias para abordar las limitaciones del sistema

El sistema de salud entre otras cosas, debe velar por la calidad de vida de las personas afectadas por las complicaciones asociadas con el virus de Zika. Los servicios de salud del sistema de salud salvadoreño deben estar adecuadamente preparados para atender los posibles casos y las complicaciones.

Esto implica:

- Fortalecer las puertas de entrada de atención y ampliar los servicios de salud comunitarios;
- Mejorar el acceso a la planificación familiar, el asesoramiento y los servicios de salud reproductiva;
- Mejorar los servicios de rehabilitación, protección social, salud mental y apoyo psicosocial;
- Alentar la participación de la comunidad para abordar el estigma y la discriminación; y
- Desarrollar capacidades en los profesionales de la salud y los trabajadores comunitarios para satisfacer las necesidades inmediatas y de largo plazo de todos los afectados/as.

#### **Ejemplos de como funcionarían las estrategias (opciones) informadas por evidencias para facilitar los cambios necesarios en los sistemas:**

**A. Cuando se va a implementar una política, puede resultar necesario realizar cambios a nivel general de un sistema de salud. Estos pueden incluir por ejemplo: cambios en los arreglos de gobernanza, financieros y de provisión de servicios.**

- Cuando se considera la financiación de una opción de la política, ¿El gobierno debe incurrir en todos los gastos o se necesitan fuentes de financiamiento adicionales? ¿El sistema actual puede afrontar la carga de trabajo logística o burocrática adicional o se necesita un nuevo mecanismo para prestar el servicio?
- La base de evidencia sobre cómo implementar tales cambios es pequeña: **aquellos que tomen decisiones generalmente tendrán**

**que basarse en estudios de casos y experiencias en otras jurisdicciones.**

- Cuando se identifica la necesidad de cambios en el sistema, puede resultar útil revisar los componentes de un sistema de salud e identificar dónde se requieren los cambios (Fretheim 2009).

**B. Para garantizar la atención de personas afectadas por el virus de Zika, es necesario hacer arreglos en la provisión de servicios reorientando el modelo de cuidado (WHO Toolkit 2017). Para ello es importante:**

- Brindar atención y apoyo a las personas afectadas en el primer nivel, con el apoyo de servicios especializados cuando estén disponibles
- Fortalecer el acceso a tecnologías de diagnóstico, a dispositivos de movilidad, a equipos de asistencia incluida la atención multidisciplinaria.
- Asegurar el acceso a pruebas integrales (por ejemplo, audición y visión).
- Integrar la vigilancia de las complicaciones asociadas con Zika en los sistemas de vigilancia existentes.

**C. Los sistemas de referencia (y contra referencia) eficaces garantizan una provisión exitosa de atención y apoyo.**

- Por ejemplo, un profesional de la salud o un trabajador de la comunidad pueden referir a una persona con complicaciones asociadas con Zika para pruebas especializadas, asesoramiento psicosocial, dispositivos de asistencia, educación o asistencia financiera o a un servicio de atención social.
- Para que sistema de referencia sea exitoso debe estar coordinado. Debe tener un formulario de referencia uniforme, las vías de derivación deben estar acordadas y estandarizadas (por ejemplo, qué centros de salud o proveedores son los más adecuados para atender a quién);
- El personal de salud debe estar capacitado principalmente en lo concerniente a documentación, estándares y procedimientos, y participar en actividades que promuevan la colaboración entre y dentro de sectores y disciplinas. Estos pasos deben coordinarse a través de un mecanismo como la creación de un grupo de partes interesadas (Stakeholders).

- Se recomienda utilizar un enfoque de colaboración inter e intra-sectorial, con los sectores de salud, bienestar social, educación y trabajo, así como organizaciones de la sociedad civil que brindan servicios tales como grupos de apoyo (WHO Toolkit 2017).

**D. Se recomienda conformar un grupo de partes interesadas (stakeholders) que incluya miembros de varios ministerios y departamentos gubernamentales relevantes y otras partes interesadas nacionales e internacionales.**

- Estos grupos desempeñan un papel decisivo en la promoción de los principales servicios de salud y asistencia social, al tiempo que refuerzan los servicios existentes para que las necesidades de las personas afectadas por las complicaciones asociadas con el virus de Zika se aborden de manera integral.
- Una función importante del grupo de partes interesadas es abogar ante los responsables de la formulación de políticas y los financiadores por la mejora y ampliación de los servicios en un enfoque que ofrece respeto y dignidad. Lecciones aprendidas de Brasil, dan cuenta de la relevancia de contar con una red nacional conformada por expertos en Zika, decisores y la sociedad civil (Who toolkit 2017).

**E. Muchas disciplinas están involucradas tanto en lo inmediato como el largo plazo para garantizar la entrega efectiva de la salud esencial y la asistencia social en el manejo de las complicaciones por el virus de Zika.**

- La atención y el apoyo a las personas afectadas deben ser proporcionados por personal competente y calificado de atención médica y social, y deben integrarse lo más posible en los sistemas existentes de atención médica y social.
- Es posible que los servicios deban reconfigurarse para garantizar el acceso oportuno a una atención de calidad lo más cerca posible de los hogares afectados.
- En los procesos, se debe incluir a las personas afectadas y sus organizaciones representativas. (Who toolkit 2017)

**F. El empoderamiento de la comunidad permite a las comunidades aumentar el control sobre sus vidas.**

- El papel de las comunidades va más allá del control del mosquito vector y es una parte integral de las campañas de concienciación, divulgación, monitoreo y cuidado.

- Se requiere la movilización de la comunidad para aumentar la capacidad del sistema de salud de manera sostenible (particularmente en relación con los recursos humanos) y para garantizar una adecuada prevención y gestión de la atención (WHO toolkit 2017).

**G. Para la prevención de embarazos las [intervenciones comunitarias](#) (empoderamiento) dirigidas a parejas jóvenes, sus familiares directos, miembros de la comunidad y proveedores de servicios de salud contribuyen positivamente a mejorar el acceso y la utilización de los servicios de salud reproductiva en entornos con recursos limitados.**

**H. La violencia doméstica se puede prevenir empoderando a la mujer a través de [grupos de autoayuda](#).**

- Los grupos de autoayuda se implementan en todo el mundo para empoderar a las mujeres y hay suficiente evidencia científica para apoyar su uso, fundamentalmente para mitigar las consecuencias a largo plazo.

**I. Los grupos de autoayuda para el caso concreto de discapacidad asociada al virus de Zika son importantes para identificar prioridades y dar a conocer sus necesidades (WHO toolkit 2017).**

**J. La prevención de embarazos no deseados es una estrategia primaria para reducir los embarazos y los resultados adversos del nacimiento relacionados con la infección por el virus del Zika.**

- La anticoncepción tiene un papel importante en la respuesta al Zika porque la infección por el virus Zika durante el embarazo aumenta el riesgo de microcefalia y otros defectos congénitos severos.
- La anticoncepción también podría ser una estrategia de respuesta clave en otras emergencias de salud pública en las que la exposición prenatal representa un riesgo grave para las mujeres embarazadas y sus bebés.
- Esta estrategia debe atender el contexto social y jurídico de cada país. Ejemplo de [buena práctica](#) durante la epidemia de Zika tenemos en Puerto Rico mediante una estrategia de acceso a redes anticoncepción, con medición de impacto (Lathrop 2018).
- El programa Z-CAN fue el primer programa desarrollado como estrategia de prevención primaria para mitigar el efecto de un brote de virus del Zika, y el primer programa de acceso a la anticoncep-

ción como intervención primaria para prevenir embarazos y partos en el contexto de una respuesta de emergencia de salud pública.

#### **K. La salud del adolescente es una prioridad para el ministerio de salud de El Salvador ([Seminario y taller internacional 2012](#)).**

- Para mejorar la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes propone una educación integral de la sexualidad; servicios integrales de salud sexual y reproductiva;
- Superar la brecha entre las áreas urbana y rural; y posicionar el Estado laico. Como parte de esta estrategia es importante superar ideas conservadoras y fundamentalistas. Específicamente, para la prevención de embarazo en adolescentes el ministerio de salud propone como estrategias: mejorar la accesibilidad a los métodos de planificación familiar en la RIISS; ampliar la oferta de formación de promotores juveniles en SSR; empoderar a las mujeres adolescentes; y utilizar un enfoque intersectorial de la problemática. Además:
- Se recomienda mapeo de recursos en SS y R disponibles para adolescentes (información, atención, insumos).
- Las escuelas formadoras de personal de salud deben introducir en su currículo módulos y materias de sexualidad humana, basados en enfoque de derechos, género y diversidad.
- La educación sexual debe ser integral y los programas deben tener enfoque de género, diversidad y derechos, más allá de lo biológico y tradicional (basarse en estándares internacionales como en las Nuevas Orientaciones de Educación Integral en Sexualidad de Naciones Unidas).
- Las políticas y planes de protección social deben estar definidas para el empoderamiento de los jóvenes.

#### **L. Es importante ayudar a las comunidades a crear entornos inclusivos mediante (WHO toolkit 2017):**

- Compartir información actualizada sobre el virus de Zika y las complicaciones asociadas diseminando mensajes de comunicación de riesgos basados en evidencias, por ej. integrado en mensajes generales de salud pública. Los mensajes no deben crear temor o estigma ni discriminación de las personas afectadas por complicaciones asociadas con virus de Zika, incluyendo niños y adultos con trastornos neurológicos, sus cuidadores y familias
- Integrar los elementos que incluyen la discapacidad en los paque-

tes de capacitación sobre las complicaciones asociadas con el virus de Zika al desarrollar capacidades para los profesionales de la salud y los trabajadores comunitarios;

- Garantizar que la atención y el apoyo para las personas con complicaciones asociadas con el virus de Zika estén disponibles y sean accesibles en la comunidad, con servicios de rehabilitación proporcionados en un enfoque comunitario y otros cuidados y apoyo integrados en las estructuras existentes en lugar de crear servicios independientes; y adaptar los servicios sociales y educativos para que sean accesibles para todos.
- Promover la abogacía (self-advocacy) de personas afectadas por complicaciones asociadas con el virus de Zika; garantizar que las personas afectadas por las complicaciones asociadas con el virus de Zika estén debidamente representadas en instancias pertinentes para garantizar la protección de sus derechos.

## **9.4. Estrategias para abordar restricciones sociales, políticas y de contexto**

El sistema de salud entre otras cosas, debe velar por la calidad de vida de las personas afectadas por las complicaciones asociadas con el virus de Zika. Los servicios de salud del sistema de salud salvadoreño deben estar adecuadamente preparados para atender los posibles casos y las complicaciones.

Se recomienda que el contexto sea alimentado siguiendo los siguientes principios, alineados principalmente con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Convención sobre los Derechos del Niño, además de las legislaciones locales e instrumentos de derechos humanos internacionales a los cuales

Por ejemplo, El Salvador ha adherido a: derechos humanos, género, calidad de vida, enfoque de curso de vida, equidad, enfoque multisectorial, políticas y prácticas basadas en la evidencia, rentabilidad (compartir recursos) y aceptabilidad cultural (WHO toolkit 2017).

Actualmente el enfoque de la SS y R en El Salvador se centra en el marco ético de los derechos humanos, la equidad de género y las determinantes sociales de la salud, atendiendo las necesidades de grupos tradicionalmente excluidos o poco atendidos, tales como la población con discapacidad y aquella con orientación sexual diferente. Según la política de salud sexual y reproductiva de El Salvador, el objetivo general es garantizar la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del curso de vida, a toda la población salvadoreña, fortaleciendo el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud sexual y reproductiva en base a la Atención Primaria de Salud Integral. La reciente Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes 2017-2027 pone fuerte énfasis tres ejes de intervención: además de la prevención, garantizar la protección especial, acceso a la justicia y restitución de derechos en la población objetivo, y la gestión del conocimiento.

### **Ejemplos de cómo funcionarían las estrategias (opciones) informadas por evidencias para facilitar los cambios necesarios en el contexto:**

#### **A. Cumplimiento y garantía de derechos:**

- Garantizar una legislación coherente con los estándares de derechos humanos acordados internacionalmente para satisfacer las necesidades de las personas afectadas.
- Incorporar enfoque de derechos humanos en las políticas públicas es importante y fundamental para la salud sexual y reproductiva.
- El marco de derechos no solamente significa las implicaciones negativas, también significa un marco con las implicaciones positivas. ¿Cómo los gobiernos aplican los derechos positivamente? ¿Y cómo los gobiernos explican los objetivos y metas dentro del enfoque de derechos?
- Se necesita capacidad para probar los derechos, tales como capacitar al personal del Ministerio de Salud; capacitar a jueces y legisladores con evidencia científica y derechos humanos; acceder a audiencias e informes como CEDAW, CIDH, Comité de Derechos Humanos; incorporar normas y estándares de derechos humanos. No solo hay que hablar de derechos reproductivos hay que asociarlos con otros derechos humanos, porque los derechos humanos reproductivos afectan a la vida, la igualdad y no son económicos ni tienen que ver con financiamiento.
- Se necesitan mecanismos para participar en la formulación de las políticas y se requiere la participación social y el empoderamiento

de la sociedad en la definición de esta agenda – es fundamental para combatir la desigualdad y discriminación.

- Los instrumentos de derechos humanos permiten la evaluación de rendición de cuentas para cumplir los compromisos de la Declaración Universal de Derechos Humanos y de otros tratados y estándares de derechos humanos.
- Los derechos civiles debe verse en contexto de país, y sobre lo que se ha logrado continuar avanzando y de acuerdo a las demandas de la población objetivo.
- Hay que considerar que los derechos en SS y R no son progresivos, son garantía de derecho a la vida; si hay derechos progresivos son los de tipo económico, pero el derecho a la vida y la integridad no son negociables.
- Revisión del Marco Regulatorio para facilitar las decisiones de los adolescentes en relación a la SS y R garantizando la confidencialidad
- Redoblar la labor del Estado para reducir la alta tasa de embarazos de adolescentes; asegurar la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva especialmente en las zonas rurales. Asimismo recomienda que amplíe y refuerce la educación, integral y apropiada a cada edad, sobre salud sexual y reproductiva en los programas escolares de la enseñanza primaria y secundaria para ambos sexos; implante programas de educación y concienciación de la opinión pública.
- El Estado parte debe fortalecer los programas de planificación familiar y ofreciendo un mayor acceso a información y servicios de salud reproductiva, incluso para los adolescentes.
- Revisar la legislación respecto a la total prohibición del aborto para hacerla compatible con otros derechos fundamentales como el de la salud y la vida de la mujer, así como con su dignidad y (...) que proporcione atención de calidad para el tratamiento de las complicaciones derivadas de los abortos practicados en condiciones de riesgo en lugar de priorizar su persecución penal.
- El Comité de Derechos Humanos reiteró su recomendación en el sentido de que el Estado Parte revise su legislación sobre aborto para hacerla compatible con las disposiciones del Pacto y que debe tomar medidas para impedir que las mujeres que acuden a hospitales públicos sean denunciadas por el personal médico o administrativo por el delito de aborto. El Estado parte debe suspender la incriminación en contra de las mujeres por el delito de aborto y debe iniciar un diálogo nacional sobre los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

- Se debería eliminar la sanción penal para el acceso a los servicios de salud materna, los cuales incluyen la interrupción del embarazo para garantizar el derecho a la salud de las mujeres.
- Seguir promoviendo el proceso de ratificación del Protocolo Facultativo de la Convención y el logro de la igualdad entre mujeres y hombres y debe adoptar una estrategia general para la eliminación de los estereotipos sexistas, en particular mediante la inclusión de objetivos de concientización en los programas escolares, la capacitación de maestros y la sensibilización de los medios de comunicación y el público en general, incluida la adopción de medidas destinadas concretamente a los hombres y los jóvenes.
- Facilitar un acceso amplio a los anticonceptivos por todas las mujeres y hombres, incluidos los adolescentes y los adultos jóvenes

#### **B. Fortalecimiento de la gobernanza y la rendición de cuentas:**

- Asegurar que las políticas y planes integren las necesidades de las personas afectadas.
- Asegurar la asignación de recursos.
- Establecer un sistema para la participación de todas las partes interesadas, especialmente las personas afectadas.
- Monitorear y evaluar la atención y el apoyo para las personas afectadas.
- Incluir la cobertura de complicaciones por virus de Zika en niños/as y adultos y otros trastornos neurológicos en el seguro de salud nacional.
- Regular el contenido de los medios de comunicación.

## 10. Síntesis:

En esta sección hemos tomado la situación de El Salvador como caso de estudio para analizar y pensar la forma en que se diseñan e implementan las políticas para abordar el Zika.

Como hemos visto es fundamental definir adecuadamente el problema, identificar las barreras que existen para abordarlo y luego definir estrategias intra e intersectoriales para abordar este problema basándonos en un enfoque de género y derechos.

Las mismas deben tener un fuerte énfasis en la promoción y prevención y no solo en la asistencia.

Las políticas deben ser diseñadas, implementadas y evaluadas con la participación de todos los involucrados, en este caso, las mujeres, sus familias, los proveedores de servicios de salud, los distintos ministerios y programas que se vinculan con esta problemática, organizaciones de la sociedad civil, etc.

Es importante que las políticas consideren los aspectos muchas veces olvidados en esta temática del Zika, vinculados al abordaje de la Salud Sexual y Reproductiva. Esta dimensión del problema debe ser reposicionada y fortalecida en las políticas para poder abordar las causas y no solo las consecuencias.

Las estrategias que emplean las políticas efectivas en este tema se deben basar en evidencias, conocimiento de otras experiencias, estudios e investigaciones y en el análisis adecuado del contexto.

Las/os profesionales de salud tenemos un rol importante en abogar para mejorar las políticas de Zika. Dado que participamos directamente en la implementación y desarrollo de las mismas, tenemos mucho que aportar para re direccionarlas.

# 11. Pasando a la acción: Como implementar diálogos deliberativos para desarrollar políticas de Zika

## ¿En qué consiste la metodología de diálogos deliberativos?

Consiste en espacios de encuentros entre la ciudadanía y las autoridades del Estado (gubernamentales y municipales) para el diálogo sobre materias de interés público. Es un proceso donde la ciudadanía canaliza inquietudes, propuestas y soluciones en materias específicas de políticas públicas.

Su metodología cuenta con procedimientos regulados pero flexibles, así como con territorios y actores definidos.

Su objetivo es contribuir a que las políticas públicas promuevan la inclusión y participación de personas y colectivos en igualdad de condiciones, desde un enfoque de derechos ciudadanos, que fortalezca la sociedad civil y favorezca el respeto a la diversidad como un elemento de la cultura democrática.

(SEGEGOB, 2007)

Para ampliar la información sobre esta metodología se sugiere leer: Guía Metodológica Diálogos participativos 2015, Gobierno de Chile. Disponible en: <http://repositoriodigitalonemi.cl/web/handle/2012/925>

Las herramientas SUPPORT también cuentan con una guía metodológica de diálogos de política:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/SPAN%20STP%2014%20KO%2019.08.10.pdf>

Tomando como base la guía mencionada, a continuación se presentan orientaciones para implementar la metodología de "Diálogo deliberativo" con el fin de priorizar y reorientar una política de Zika con el marco de derechos, género y con énfasis en la Salud sexual y reproductiva.

**Le invitamos a revisar los pasos para utilizar esta metodología y le sugerimos tratar de hacer el ejercicio de pensar de que modo podría ponerla en práctica en sus ámbitos de trabajo /localidades para reorientar las políticas y programas de Zika.**



## 12. Bibliografía:

1. Atención y apoyo a las familias con niños afectados por el virus del Zika y discapacidades. Nota técnica programática para las oficinas de país de UNICEF. Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe (LA-CRO), mayo de 2016
2. ESTRATEGIA COMUNICACION ELS: ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DEL ZIKA Y OTRAS ARBOVIROSIS: [http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D957.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D957.pdf)
3. Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes 2017-2027, aprobada por el Gabinete de Gestión Social e Inclusión el 16 de octubre de 2017
4. Fretheim A, Munabi-Babigumira S, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 6. Using research evidence to address how an option will be implemented. Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S6 doi:10.1186/1478-4
5. Harris LH, Silverman NS, Marshall MF. The Paradigm of the Paradox: Women, Pregnant Women, and the Unequal Burdens of the Zika Virus Pandemic. Am J Bioeth. 2016 May;16(5):1-4. doi: 10.1080/15265161.2016.1177367. PubMed PMID: 27111356.
6. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204468/WHO\\_ZIKV\\_MOC\\_16.1\\_spa.pdf;jsessionid=4EABD0EBBC58CD7DDFB04D-76363444B1?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204468/WHO_ZIKV_MOC_16.1_spa.pdf;jsessionid=4EABD0EBBC58CD7DDFB04D-76363444B1?sequence=1)
7. Krauer F, Riesen M, Reveiz L, Oladapo OT, Martínez-Vega R, Porgo TV, Haefliger A, Broutet NJ, Low N; WHO Zika Causality Working Group. Zika Virus Infection as a Cause of Congenital Brain Abnormalities and Guillain-Barré Syndrome: Systematic Review. PLoS Med. 2017 Jan 3;14(1):e1002203. doi: 10.1371/journal.pmed.1002203. eCollection 2017 Jan. Review. PubMed PMID: 28045901; PubMed Central PMCID: PMC5207634).
8. Lowe R, Barcellos C, Brasil P, Cruz OG, Honório NA, Kuper H, Carvalho MS. The Zika Virus Epidemic in Brazil: From Discovery to Future Implications. Int J Environ Res Public Health. 2018 Jan 9;15(1). pii: E96. doi: 10.3390/ijerph15010096. Review. PubMed PMID: 29315224; PubMed Central PMCID: PMC5800195).
9. Manual para la elaboración de directrices– 2a edición. (ISBN 978 92 4 354896 8) © Organización Mundial de la Salud 2015.
10. Prevención de la transmisión sexual del virus de Zika Actualización de las orientaciones provisionales 6 de septiembre de 2016 WHO/ZIKV/MOC/16.1 Rev.3
11. Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos (2015): Informe

Especial sobre el estado de los derechos sexuales y derechos reproductivos con énfasis en niñas, adolescentes y mujeres en El Salvador, San Salvador: PDDHH. Disponible en <http://www.pddh.gob.sv/component/jdownloads/viewdownload/5/187?Itemid=135>

12. Roa M. Zika virus outbreak: reproductive health and rights in Latin America. *Lancet*. 2016 Feb 27;387(10021):843. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00331-7. Epub 2016 Feb 12. Erratum in: *Lancet*. 2016 Feb 27;387(10021):848. PubMed PMID: 26880123).

13. Sarkar A, Chandra-Mouli V, Jain K, Behera J, Mishra SK, Mehra S. Community based reproductive health interventions for young married couples in resource-constrained settings: A systematic review. *BMC Public Health*. 2015;15:1037

14. Seminario y taller internacional: Salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes en América Latina: incorporando la perspectiva de derechos humanos En las inversiones de salud pública: [http://siteresources.worldbank.org/INTLACREGTOPHEANUTPOP/Resources/832436-1363200877627/Informe\\_SSR\\_FINAL.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTLACREGTOPHEANUTPOP/Resources/832436-1363200877627/Informe_SSR_FINAL.pdf)

15. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Zika virus disease outbreak in Brazil: Existing challenges and role of young people in containing the infection. *Ann Trop Med Public Health* [serial online] 2017 [cited 2018 Apr 26];10:1409-10. Available from: <http://www.atmph.org/text.asp?2017/10/6/1409/222687>

16. The SURE Collaboration. SURE Guides for Preparing and Using Evidence-Based Policy Briefs: 5. Identifying and addressing barriers to implementing policy options. Version 2.1 [updated November 2011]. The SURE Collaboration, 2011.

17. Vélez AC, Diniz SG. Inequality, Zika epidemics, and the lack of reproductive rights in Latin America. *Reprod Health Matters*. 2016 Nov;24(48):57-61. doi: 10.1016/j.rhm.2016.11.008. Epub 2016 Nov 28. PubMed PMID: 28024678.

18. ZIKA STRATEGIC RESPONSE FRAMEWORK & JOINT OPERATIONS PLAN

19. Zika Strategic Response Plan Updated 30 June 2016 WHO/ZIKV/SRF/16.3. (REVISED FOR JULY 2016 – DECEMBER 2017).

# ANEXO

Los instrumentos normativos internacionales y nacionales de derechos humanos incluidos en Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Niñas y en Adolescentes 2017-2027 del 16 de octubre de 2017:

## **Normativa nacional**

- Constitución de la República
- Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA)
- Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres
- Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres
- Ley General de Educación
- Ley General de Juventud
- Ley de Desarrollo y Protección Social
- Normativa internacional:
- Convención sobre los Derechos del Niño (1990)
- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, 1979)
- La Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad (2006)
- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Belem do Pará, 1995)
- Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013)
- Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos en Viena (1993)
- Declaración ministerial de la ciudad de México "Prevenir con educación" (2008)

## **Marco programático: Políticas y planes nacionales**

- Objetivos de Desarrollo Sostenible (Agenda 2030)
- Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019
- Política Nacional de Protección Integral de la Niñez y de la Adolescencia, 2013-2023 (PNPNA)

- Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2012
- Política Nacional de Juventud 2011-2024
- Plan Nacional de Igualdad 2016-2020
- Plan Nacional de Desarrollo, Protección e Inclusión Social, 2014-2019
- Plan El Salvador Seguro
- Plan El Salvador Educado



