



Temas de debate: Zika, microcefalia, derechos de la mujer y derechos de las personas con discapacidad

15 de abril de 2016

Es frecuente ver en las noticias discusiones en relación con el virus del Zika, la microcefalia, el acceso al aborto y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer; a veces, desde la perspectiva médica, otras, desde la perspectiva de la salud de la comunidad, otras tantas, desde la perspectiva de los derechos humanos de la mujer y, en ocasiones, desde la perspectiva de los derechos de las personas con discapacidad. El lenguaje utilizado en los diálogos no siempre tiene los matices necesarios para tratar este asunto de tanta carga emocional en un clima de incertidumbre e inseguridad médica. Tras leer varias de estas perspectivas, Women Enabled International (WEI) propone un enfoque más balanceado para dar marco a un debate que refleje la dignidad y los derechos inherentes de todas las personas afectadas por el virus del Zika desde una perspectiva interseccional de derechos de las mujeres y derechos de las personas con discapacidad. Para asegurarnos de asentar el debate sobre una comprensión común de la evidencia existente, comenzaremos con un análisis de los datos médicos clave y su entendimiento con base en la evidencia científica actual, sin perder de vista que todo el tiempo surge nueva información. Concluimos con un panorama de las obligaciones legales internacionales en función de las perspectivas que delineamos en este documento.

Información actual médica y científica sobre el virus del Zika

- Aún no se cuenta con un conocimiento completo sobre todos los efectos de la infección por el virus del Zika en mujeres embarazadas.
- Hay estudios todavía en curso que intentan explicar mejor el vínculo entre la microcefalia y el Zika, así como también otras implicancias del Zika en materia de salud. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud concluyó que el consenso científico apoya la existencia de una relación causal entre la infección por el virus del Zika y la microcefalia¹. Sin embargo, aún se desconoce la tasa de probabilidad en que la infección por virus del Zika en embarazadas puede resultar en microcefalia².
- En general, la microcefalia no puede diagnosticarse hasta avanzado el segundo trimestre o ya iniciado el tercer trimestre de embarazo. Además, la exactitud del diagnóstico prenatal depende de varios factores y no siempre es posible detectar

¹ Organización Mundial de la Salud, *Emergencias: Zika Situation Report*, <http://www.who.int/emergencies/zika-virus/situation-report/7-april-2016/en/>, 7 de abril de 2016.

² Michaeleen Doucleff, *Zika Is Linked to Microcephaly, Health Agencies Confirm*, NATIONAL PUBLIC RADIO (NPR), 31 de marzo de 2016), disponible en <http://www.npr.org/sections/thetwo-way/2016/03/31/472607576/health-agencies-confirm-zika-is-linked-with-microcephaly>.

la microcefalia antes del nacimiento³. Según el Boston Children's Hospital, no siempre es posible detectar la microcefalia incluso en un neonato y puede que muchos niños y niñas nacidos con microcefalia no presenten síntomas hasta después de pasadas varias semanas o meses desde su nacimiento.⁴

- El efecto que la microcefalia puede tener sobre el desarrollo mental y físico de los niños o las niñas es notablemente variable. En los casos más graves la microcefalia puede resultar en dificultades de aprendizaje y problemas de la memoria considerables, así como complicaciones físicas como convulsiones. Sin embargo, algunos niños y niñas con microcefalia presentan una inteligencia promedio sin síntomas físicos más allá de la cabeza de tamaño menor al promedio.⁵
- Intervenciones tempranas, tales como la fisioterapia y el juego, pueden tener un efecto beneficioso sobre las habilidades motoras y el desarrollo cognitivo de los infantes nacidos con microcefalia.⁶
- A pesar de los rumores que vinculan al pesticida piriproxifen (el cual se usa para matar larvas de mosquito) con un incremento en la tasa de microcefalia, no hay evidencia actual que corrobore tal vínculo.⁷
- Estudios recientes sugieren que, además de microcefalia, el virus del Zika puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo y mortinatalidad, así como otras complicaciones del embarazo, por ejemplo, escaso desarrollo de la placenta, reducción o carencia de líquido amniótico y retraso del crecimiento intrauterino.⁸
- El virus no sólo se transmite por la picadura del mosquito, de la madre al feto (contagio intrauterino) o al infante (en el nacimiento). Estudios recientes sugieren que el virus del Zika puede sobrevivir durante más tiempo en el semen que en la sangre y que el hombre puede transmitirlo a la mujer por vía sexual.⁹

³ Center for Disease Control and Prevention (CDC), *Zika Virus: Questions and Answers for Healthcare Providers Caring for Pregnant Women and Women of Reproductive Age with Possible Zika Virus Exposure*, <http://www.cdc.gov/zika/hc-providers/qa-pregnant-women.html>, visitado por última vez el 29 de febrero de 2016.

⁴ Boston Children's Hospital, *Microcephaly Symptoms and Causes*, <http://www.childrenshospital.org/conditions-and-treatments/conditions/microcephaly/symptoms-and-causes>, visitado por última vez el 29 de febrero de 2016.

⁵ Boston Children's Hospital, *Microcephaly Symptoms and Causes*, <http://www.childrenshospital.org/conditions-and-treatments/conditions/microcephaly/symptoms-and-causes>, visitado por última vez el 29 de febrero de 2016.

⁶ Hannah Kuper, *Focus on Disability: 'Zika babies' need support now*, SciDev.Net, <http://m.scidev.net/global/children/analysis-blog/zika-babies-support-brazil.html>, 24 de febrero de 2016.

⁷ Ver, por ej., Yasmin Tayag, *Birth Defects in Brazil Are Not Caused by Pesticide, Say Zika Experts*, <https://www.inverse.com/article/11611-birth-defects-in-brazil-are-not-caused-by-pesticide-say-zika-experts>, 17 de febrero de 2016.

⁸ Dana Meaney-Delman, et al., CDC, *Zika Virus Infection Among U.S. Pregnant Travelers – August 2015 – February 2016*, 26 de febrero de 2016, disponible en http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6508e1er.htm?s_cid=mm6508e1er_e; Rob Stein, *Study Finds Multiple Problems in Fetuses Exposed to Zika Virus*, NPR, 4 de marzo de 2016, disponible en <http://www.npr.org/sections/health-shots/2016/03/04/469179452/study-finds-multiple-problems-in-fetuses-exposed-to-zika-virus>.

⁹ CDC, *Zika Virus: Transmission & Risks*, <http://www.cdc.gov/zika/transmission/>, visitado por última vez el 29 de marzo de 2016.

Culpabilización y difamación de la mujer y derechos de la mujer

- Mientras los Estados responden al desafío que supone el aumento de infecciones por el virus del Zika y de niños y niñas nacidos con microcefalia, es primordial asegurar que la carga de la respuesta a esta epidemia no recaiga exclusivamente sobre los hombros de las mujeres.
- Las mujeres de bajos ingresos tienen un mayor riesgo de infección por el virus del Zika debido a sus condiciones precarias de vivienda y a la presencia de aguas estancadas, así como también a obligaciones laborales y familiares que dificultan la posibilidad de evitar quedar expuestas al mosquito. Además, las mujeres de bajos ingresos tienen un acceso más limitado a servicios de salud de calidad y a repelentes de mosquito.¹⁰ Es esencial que los gobiernos aseguren que todas las mujeres puedan acceder a servicios de salud de calidad, lo que incluye un servicio de salud sexual y reproductiva completo y cuidados prenatales. Los gobiernos deberían también tomar medidas para abordar los problemas de saneamiento, vivienda y otras condiciones que exponen a las mujeres de bajos ingresos a un riesgo más elevado de infección por el virus del Zika.
- El llamado de los gobiernos a que las mujeres en áreas afectadas por el virus del Zika resuelvan la crisis de salud pública por su propia cuenta evitando quedar embarazadas hace recaer toda la carga y responsabilidad sobre las mujeres e ignora tanto el rol del hombre en la reproducción humana como las obligaciones legales de los estados de respetar, proteger y realizar el derecho a la salud, entre otros derechos fundamentales.
- No es práctico ni adecuado pedir a las mujeres que eviten quedar embarazadas durante los próximos dos años, en especial frente a la existencia de leyes y políticas que restringen la capacidad de las mujeres de tomar decisiones voluntarias e informadas sobre su propia salud sexual y reproductiva y frente a la carencia de acceso a métodos de planificación.
- Tras dar a luz un infante con microcefalia, existe la posibilidad de que tanto la mujer como su niño o niña se vean abandonados por parte del hombre, de modo que la culpa de la microcefalia del niño o niña y de la decisión de continuar con el embarazo parece recaer sobre la mujer.¹¹ No puede pretenderse que sean las mujeres las únicas responsables de cuidar a los niños y niñas nacidos con microcefalia. Los estados deben asegurar que los infantes con microcefalia y sus familias cuenten con el apoyo, la capacitación y los servicios necesarios para criar a un niño o niña con discapacidad.

¹⁰ Ver, por ej., Debora Diniz, *Op-Ed: The Zika Virus and Brazilian Women's Right to Choose*, THE NEW YORK TIMES, 8 de febrero de 2016), disponible en <http://www.nytimes.com/2016/02/08/opinion/the-zika-virus-and-brazilian-womens-right-to-choose.html>; Alex Cuadros, *Zika exposes class differences in Brazil, where most victims are poor*, THE WASHINGTON POST, 4 de febrero de 2016, disponible en <https://www.washingtonpost.com/news/world/wp/2016/02/24/zika-exposes-class-differences-in-brazil-where-most-victims-are-poor/>.

¹¹ Ver, por ej., Lourdes Garcia-Navarro, *Moms and Infants Are Abandoned in Brazil Amid Surge in Microcephaly*, NPR, http://wamu.org/programs/all_things_considered/16/02/18/moms_and_infants_are_abandoned_in_brazil_amid_surge_in_microcephaly, 18 de febrero de 2016.

- Los servicios y la infraestructura de las comunidades afectadas por el virus del Zika también deben responder a las necesidades tanto de las mujeres embarazadas expuestas al virus del Zika como de sus familias. Es fundamental que las comunidades se adapten para poder hacerse cargo de un número creciente de familias que necesitarán servicios de asistencia y apoyo basados en la comunidad para minimizar el riesgo de aislamiento, segregación y estigma de las mujeres que dan a luz a un niño o una niña con microcefalia.

Salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos

- Todas las mujeres deben contar con acceso a un espectro completo de servicios de anticoncepción para evitar embarazos no deseados. Esta afirmación continúa siendo cierta en el momento actual de creciente preocupación en relación con la epidemia del virus del Zika, pero tal necesidad excede a esta circunstancia tan limitada.
- Las mujeres embarazadas que se encuentran expuestas al virus del Zika, o que ya tienen la infección, deben contar con acceso a la información necesaria que les permita tomar su propia decisión informada con respecto a su embarazo. Para ello, los estados deben asegurar que cuenten con información precisa, completa e imparcial sobre:
 - su propio embarazo (teniendo en cuenta que el diagnóstico prenatal, los ultrasonidos y demás tipos de pruebas de diagnóstico deben realizarse con el consentimiento informado de la mujer embarazada);
 - el riesgo que implica el virus del Zika para el desarrollo del feto;
 - las implicancias de criar a un infante con microcefalia; y,
 - la disponibilidad de recursos educativos, sanitarios, financieros, sociales y de apoyo de cualquier otro tipo necesarios para sostener una familia, tales como aquellos exigidos por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (CDPD).¹²
- Los gobiernos también deben combatir activamente la desinformación sobre la epidemia del Zika y sus efectos sobre el embarazo, ya que tal desinformación puede contribuir a un clima de pánico, que puede influir de manera inadecuada sobre la decisión de las mujeres embarazadas expuestas al virus del Zika y sobre los consejos que reciben por parte de sus proveedores de atención médica.
- Las mujeres embarazadas expuestas al virus del Zika, o infectadas por este, deben, además, contar con acceso a un servicio de salud materna capaz de responder a los riesgos específicos asociados al virus del Zika.
- Se ha vinculado al virus del Zika con un riesgo elevado de aborto espontáneo, mortinatalidad y otras complicaciones del embarazo. Se desconocen aún las complicaciones que la infección por virus del Zika puede provocar durante el embarazo y tal vez no sea posible diagnosticar el efecto que la infección por el virus del Zika tiene sobre el desarrollo del feto. La ansiedad e incertidumbre a la que se enfrenta una mujer embarazada e infectada con el virus del Zika, así

¹² Ver, por ej., *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, AG/Res 61/106, Doc. ONU A/Res/61/106, art. 24, 25, 26 y 28, 13 de diciembre de 2006 (de aquí en adelante, CDPD).

como los efectos físicos y psicológicos de un potencial aborto espontáneo o mortinatalidad, pueden tener un impacto significativo sobre la salud mental y física de la embarazada.

- Las mujeres y sus familias son los únicos en posición de evaluar la información disponible (y las implicancias de salud psicológica, física y emocional que conlleva continuar con el embarazo) y determinar si en sus circunstancias de vida particulares deberían continuar o no con el embarazo hasta que llegue a término.
- Dadas las leyes restrictivas respecto del aborto, alrededor de un 95% de los abortos en Latinoamérica son inseguros, lo cual conlleva un riesgo más elevado de mortalidad y morbilidad materna.¹³ Los problemas de salud asociados a la continuación del embarazo tras la infección por el virus del Zika, así como también el clima de miedo y pánico que hoy en día enmarca al discurso sobre el Zika y el embarazo, llevan a cada vez más mujeres a buscar acceder al aborto en países con leyes que lo restringen¹⁴ y muchas de ellas lo hacen o harán en circunstancias inseguras o clandestinas, con los consiguientes riesgos para su vida y salud.
- La criminalización del aborto aumenta también las implicancias sobre la salud mental de las embarazadas que tienen la infección del virus del Zika, ya que las mujeres que se encuentran en esos contextos se enfrentan a miedos y ansiedades adicionales a la hora de tomar decisiones en un contexto en que el aborto implica un riesgo de encarcelamiento o, incluso, muerte.
- Las mujeres afectadas por el virus del Zika no deberían recibir presión o ser coaccionadas para abortar, así como tampoco deberían ver restringida esa posibilidad. Las mujeres que deciden interrumpir su embarazo debido a riesgos asociados al Zika deberían contar con un acceso seguro y legal a servicios de aborto.
- A las mujeres embarazadas se les debe garantizar la posibilidad de tomar decisiones autónomas e informadas sobre si continuar o interrumpir su embarazo, y las leyes y políticas deberían apoyar su toma de decisión autónoma.

Derechos económicos y sociales de las familias con infantes con microcefalia y otras discapacidades

- Las mujeres que dan a luz a niños o niñas con microcefalia y otras discapacidades, y sus familias, deberían contar con el apoyo necesario para que

¹³ Ver, por ej., Guttmacher Institute, *In Brief: Facts on Abortion in Latin America and the Caribbean*, noviembre de 2015 (teniendo en cuenta que, al menos, un 10% de la mortalidad maternal en Latinoamérica se debe a prácticas de aborto inseguras), disponible en https://www.guttmacher.org/pubs/IB_AWW-Latin-America.pdf.

¹⁴ Ver, por ej., Michael E. Miller, *With abortion banned in Zika countries, women beg on web for abortion pills*, WASH. POST, 17 de febrero de 2016, disponible en <https://www.washingtonpost.com/news/morning-mix/wp/2016/02/17/help-zika-in-venezuela-i-need-abortion/>; Sarah Boseley y Bruce Douglas, *Zika outbreak raises fears of rise in deaths from unsafe abortions*, THE GUARDIAN, 29 de enero de 2016, disponible en <http://www.theguardian.com/world/2016/jan/29/zika-virus-unsafe-abortions-contraception-latin-america>.

la crianza de su niño o niña sea libre de estigmas que afecten tanto al infante como a su familia.

- La dignidad y humanidad de los niños y las niñas con discapacidades, incluyendo aquellos con microcefalia, deben respetarse y ellos y ellas deben recibir el cuidado que necesitan.
- Hay informes que indican que los niños y niñas con microcefalia corren riesgo de abandono por parte de sus padres, en especial después del primer o segundo año de vida, lo cual sugiere que la tasa de abandono de niños y niñas puede acrecentarse de manera considerable en los próximos años.¹⁵ En pos de minimizar el riesgo de abandono, resulta fundamental que los estados asignen recursos suficientes a programas de capacitación y apoyo que confieran a las familias con infantes con microcefalia la capacidad de cuidar a su niño o niña en su propio hogar. Los estados deben también asignar recursos y apoyo suficientes a las instituciones públicas y privadas en aras de asegurar la existencia de cuidados oportunos a la cantidad creciente de niños y niñas que puedan requerir asistencia estatal.
- Los estados deben asegurar que las mujeres y sus familias tengan acceso a información correcta, completa e imparcial sobre la disponibilidad de los recursos educacionales, de salud, financieros, sociales y de cualquier otro tipo que resultan necesarios para criar a un niño o una niña con discapacidades, tales como aquellos exigidos por la CDPD.¹⁶
- Los estados deben asegurar la existencia de recursos educacionales, de salud, financieros, sociales y de cualquier otro tipo para el apoyo de individuos con discapacidades y sus familias, tales como aquellos exigidos por la CDPD, así como su disponibilidad, asequibilidad y asiento dentro de la comunidad local.¹⁷
- Hay diferentes maneras en las que los gobiernos pueden proveer apoyo tanto a los padres como a los niños y niñas nacidos con microcefalia. Por ejemplo, los programas de intervención comunitarios pueden ayudar a los niños y niñas con microcefalia a fortalecer sus habilidades motoras y su desarrollo cognitivo. Los grupos de apoyo para padres pueden proveer apoyo tanto emocional como práctico, ayudándolos a sobrellevar la ansiedad y el aislamiento que puedan sentir, así como pueden brindar herramientas para responder de manera más acertada a las necesidades de desarrollo de su hijo o hija.¹⁸
- Los servicios y la infraestructura en las comunidades afectadas por el virus del Zika también deben ser capaces de responder a las necesidades de los niños y niñas con microcefalia y las de sus familias. La inclusión y el apoyo de los niños y niñas con discapacidades y sus familias comienza a nivel de la comunidad y es fundamental que las comunidades respondan y se adapten al creciente número

¹⁵ Ver, por ej., Lourdes Garcia-Navarro, *Moms and Infants Are Abandoned in Brazil Amid Surge in Microcephaly*, NPR,

http://wamu.org/programs/all_things_considered/16/02/18/moms_and_infants_are_abandoned_in_brazil_amid_surge_in_microcephaly, 18 de febrero de 2016.

¹⁶ Ver, por ej., CDPD, art. 24, 25, 26 y 28.

¹⁷ Ver, por ej., CDPD, art. 19, 24, 25, 26 y 28.

¹⁸ Hannah Kuper, *Focus on Disability: 'Zika babies' need support now*, SciDev.Net,

<http://m.scidev.net/global/children/analysis-blog/zika-babies-support-brazil.html>, 24 de febrero de 2016.

de familias que puedan necesitar asistencia y apoyo para continuar viviendo dentro de la comunidad.¹⁹

El estigma de la discapacidad, estereotipos y selección de lenguaje e imágenes

- Términos tales como “devastador”, “trágico”, “anormal”, “defectuoso” o “defectos de nacimiento” no son imparciales. El uso de este lenguaje para describir la epidemia del Zika y sus efectos puede contribuir a generar estigma y discriminación de los niños y niñas nacidos con microcefalia al reforzar la idea de que estos son, de algún modo, “defectuosos” o menos merecedores de derechos fundamentales que los niños y las niñas nacidos sin microcefalia.
- Las mujeres embarazadas que puedan estar expuestas al virus del Zika necesitan contar con acceso a información imparcial y completa sobre el virus del Zika y la microcefalia. El uso de lenguaje parcial o cargado cuando se habla sobre microcefalia puede tener una influencia inadecuada tanto sobre los proveedores de servicios de salud en su manera de aconsejar a las mujeres embarazadas como sobre las mujeres que se enfrentan a tomar una decisión sobre si continuar o no con su embarazo.
- El modo en que los medios, activistas y otros actores que tratan los efectos del Zika muestran a los niños y las niñas con microcefalia y a sus madres puede tener una influencia indebida en cómo los individuos y la sociedad en general perciben la microcefalia. Ver a niños y niñas que reciben el cuidado de sus madres como cualquier otro (en vez de mostrar al infante sobre una mesa de examen, por ejemplo) es una manera de resaltar la humanidad de los bebés nacidos con microcefalia.

Marco de derechos humanos

Las preocupaciones y posiciones expresadas en estos puntos de debate se asientan sobre las obligaciones legales de los estados. Al firmar y ratificar tratados internacionales de derechos humanos, los estados se han comprometido a respetar, proteger y realizar una serie de derechos que son parte de los derechos humanos de todas las personas afectadas por la epidemia del Zika. En concreto, los tratados fundamentales de derechos humanos de las Naciones Unidas obligan a los estados a:

- Tomar medidas para eliminar prejuicios y prácticas que se basan en roles estereotípicos de las mujeres.²⁰
- Tomar medidas para combatir estereotipos, prejuicios y prácticas perjudiciales hacia las personas con discapacidad.²¹
- Tomar conciencia en la sociedad, incluso a nivel familiar, sobre las personas con discapacidad y promover el respeto de los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad.²²

¹⁹ Ver, por ej., CDPD, art. 19.

²⁰ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, art. 5(a), AG/Res. 34/180, GAOR ONU, Sesión N.º 34, Sup. N.º 46, en 193, Doc. ONU A/34/46 (1981).

²¹ Ver, por ej., CDPD, art. 8(b).

²² Ver, por ej., CDPD, art. 8(a).

- Asegurar la disponibilidad y el acceso a elementos determinantes básicos para asegurar el derecho a la salud, lo que incluye una infraestructura sanitaria adecuada.²³
- Asegurar el acceso a información completa, científicamente precisa e imparcial sobre métodos anticonceptivos²⁴ y proveer tal información en lenguaje y formato entendibles y accesibles.
- Asegurar la disponibilidad y el acceso a una amplia gama de bienes y servicios anticonceptivos y que estos sean aceptables y de buena calidad, así como también asegurar que las personas sean capaces de realizar elecciones conscientes y voluntarias sobre el método anticonceptivo que les resulte más conveniente.²⁵
- Asegurar el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva que sea imparcial, completa y científicamente precisa, lo cual incluye la información necesaria para evitar un embarazo no deseado e información sobre la disponibilidad de opciones de aborto legal.²⁶
- Asegurar el acceso a salud maternal de buena calidad y accesible.²⁷
- Asegurar el acceso voluntario²⁸ al aborto seguro, en donde sea legal, y tomar

²³ Ver, por ej., Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (CESCR), *Comentario general N.º 14: El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, ¶ 12(a) (2000), Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I), en 78 (2008).

²⁴ Ver, por ej., Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), *Recomendación general N.º 21: La igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares*, ¶ 22 (1994), Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), en 337 (2008); Comité de los Derechos del Niño, *Comentario general N.º 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño*, ¶ 28 (2003), Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), en 410 (2008).

²⁵ Ver, por ej., Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, *Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, ¶ 65(d), Doc. ONU A/66/254 (2011).

²⁶ Comité de Derechos Humanos, *Comentario general N.º 28: Artículo 3 (La igualdad de derechos entre hombres y mujeres)*, ¶ 10 (2000), Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I), en 168 (2008); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales: Benín*, ¶ 158, Doc. ONU A/60/38 (2005); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales: Bosnia y Herzegovina*, ¶ 36, Doc. ONU CEDAW/C/BIH/CO/3 (2006); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales: Burkina Faso*, ¶ 350, Doc. ONU A/60/38 (2005); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales: Cabo Verde*, ¶ 30, Doc. ONU CEDAW/C/CPV/CO/6 (2006); Comité de los Derechos del Niño, *Observaciones finales: Antigua y Barbuda*, ¶ 54, Doc. ONU CRC/C/15/Add.247 (2004); Comité de los Derechos del Niño, *Observaciones finales: Chile*, ¶ 56, Doc. ONU CRC/C/CHI/CO/3 (2007); Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observaciones finales: Benin*, ¶ 42, Doc. ONU E/C.12/Add.78 (2002); Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observaciones finales: Bolivia*, ¶ 43, Doc. ONU E/C.12/1/Add.60 (2001); Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observaciones finales: México*, ¶ 43, Doc. ONU E/C.12/1/Add.41 (1999); Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, *Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, ¶ 65(l), Doc. ONU A/66/254 (2011).

²⁷ Ver, por ej., Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación general N.º 24: Artículo 12 de la Convención (la mujer y la salud)*, ¶ 22 (1999), Doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), en 358 (2008) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 10(2), AG/Res. 2200A (XXI), GAOR ONU, Sup. N.º 16, Doc. ONU A/6316 (1966).

²⁸ Ver, por ej., Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observaciones finales: Argentina*, ¶ 32, Doc. ONU CRPD/C/ARG/CO/1 (2012) (el cual subraya que el estado tiene la obligación

medidas para asegurar el aborto legal en ciertas circunstancias, tales como cuando la continuación del embarazo implica un riesgo de vida o salud de la embarazada.²⁹

- Asegurar que los niños y niñas con discapacidad, incluyendo aquellos nacidos con microcefalia, cuenten con el acceso necesario a servicios de salud en general y específicos a su discapacidad “incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades,”³⁰. Los servicios de salud necesarios deben estar lo más cerca posible a las comunidades de las personas, lo que incluye las zonas rurales.³¹ Los estados deben también proveer de servicios de habilitación y rehabilitación que apunten a permitir que las personas con discapacidades logren obtener una capacidad social, física y mental plena.³²
- Asegurar un sistema de educación inclusivo³³ y tomar medidas para salvaguardar el derecho a un nivel de vida adecuado de las personas con discapacidad y sus familias, incluyendo programas de protección social y reducción de la pobreza.³⁴ Los estados deben garantizar que las familias de las personas con discapacidades que viven en la pobreza cuenten con asistencia en gastos relacionados con la discapacidad, incluyendo capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados.³⁵

© Copyright Women Enabled International 2016.

Info@WomenEnabled.org

Traducido al español por Julieta Turquet, [Translators without Borders](#).

de asegurar que la mujer embarazada por su propia cuenta debe dar su consentimiento informado para un aborto legal en vez de dejar la toma de decisión en manos de su curador).

²⁹ Ver, por ej., L.C. v. Perú, Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer, N.º 22/2009, ¶¶ 9(b)(i), 9(b)(iii); Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer, *Observaciones finales: Sri Lanka*, ¶ 283, Doc. ONU A/57/38, Parte I (2002); Comité de los Derechos del Niño, *Observaciones finales: Chad*, ¶ 30, Doc. ONU CRC/C/15/Add.107 (1999); Comité de los Derechos del Niño, *Observaciones finales: Chile*, ¶ 56, Doc. ONU CRC/C/CHL/CO/3 (2007); Comité de los Derechos del Niño, *Observaciones finales: Guatemala*, ¶ 40, Doc. ONU CRC/C/15/Add.154 (2001); Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales: República Dominicana*, ¶ 15, Doc. ONU CCPR/C/DOM/CO/5 (2012); Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales: Guatemala*, ¶ 20, Doc. ONU CCPR/C/GTM/CO/3 (2012); Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales: Panamá*, ¶ 9, Doc. ONU CCPR/C/PAN/CO/3 (2008); CESCR, *Observaciones finales: Chile*, ¶ 53, Doc. ONU E/C.12/1/Add.105 (2004); CESCR, *Observaciones finales: Costa Rica*, ¶¶ 25, 46, Doc. ONU E/C.12/CRI/CO/4 (2008); CESCR, *Observaciones finales: Nepal*, ¶ 55, Doc. ONU E/C.12/1/Add.60 (2001); Comité contra la Tortura, *Observaciones finales: Perú*, ¶ 23, Doc. ONU CAT/C/PER/4 (2006).

³⁰ Ver, por ej., CDPD, art. 25(b).

³¹ Ver, por ej., CDPD, art. 25(c).

³² Ver, por ej., CDPD, art. 26.

³³ Ver, por ej., CDPD, art. 24.

³⁴ Ver, por ej., CDPD, arts. 28(1), 28(2)(b).

³⁵ Ver, por ej., CDPD, art. 28(2)(c).