

Informe Alternativo

Séptimo Informe Periódico de Brasil (CEDAW/C/BRA/7), Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, CEDAW, 51ª sesión

Elaborado por las organizaciones y redes:

- CLADEM/Brasil, Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer)
- IPAS
- Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (Red Nacional Feminista de Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos)
- GESTOS Soropositividade Comunicação e Gênero (Soropositividad Comunicación y Género)
- AÇÃO EDUCATIVA (Acción Educativa)
- ECOS Comunicação e Sexualidade (Comunicación y Sexualidad)
- THEMIS Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero (Asesoría Jurídica y Estudios de Género)
- Relatorias Nacionais para o Direito Humano à Educação e pelo Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva da Plataforma Dhesca Brasil (Relatorías Nacionales para el Derecho Humano a la Educación y por el Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva de la Plataforma Descha Brasil)
- NIEM –Núcleo Interdisciplinar de Estudos Sobre Mulher e Gênero da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Núcleo Interdisciplinario de Estudios Sobre Mujer y Género de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul)
- REGES - Rede de Educação Sexualidade e Gênero e Jovens Feministas (Red de Educación Sexualidad y Género y Jóvenes Feministas)
- Comissão de Cidadania e Reprodução (Comisión de Ciudadanía y Reproducción)
- Coletivo Feminino Plural (Colectivo Femenino Plural)

ÍNDICE

Presentación	2
Introducción y Contextualización	2
Artículo 4º (Acciones Afirmativas) y 7º (Derecho a la Vida Pública y Política)	3
. En el plano de las recomendaciones (<i>Párrafo 26</i>)	4
. La Recomendación	4
Artículo 5º - Estereotipos de Género, Violencias contra Mujeres, Ley Maria da Penha y Trata de Mujeres	5
. Ley Maria da Penha.....	5
. Trata de Mujeres	7
Artículo 10 – Educación	7
. Perfil Educativo y Mercado Laboral	8
. Políticas de Educación.....	9
. Situación de la Educación Brasileña: mapeo de algunas desigualdades	11
. Analfabetismo	13
Artículo 12 – Salud sexual y reproductiva, aborto	13
. Aborto inseguro: cuarta causa de mortalidad materna en Brasil.....	14
. Salud de Mujeres Negras, derechos sexuales y reproductivos, violencia	19
. Restricción de acceso a la información	19
. Feminización de la epidemia del VIH y relación con violencia	20

Presentación

Este reporte alternativo al 7º Informe Nacional Brasileño al Cedaw, relativo al período 2006 – 2009 es una contribución del movimiento feminista y de mujeres para apoyar el Comité CEDAW en su análisis y manifestación sobre el informe oficial enviado por el Estado brasileño en el año 2010, y garantizar el necesario y efectivo cumplimiento de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

Elaborado por las organizaciones y redes CLADEM/Brasil (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer), IPAS, Red Nacional Feminista de Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, GESTOS Soropositividad Comunicación y Género, AÇÃO EDUCATIVA, ECOS Comunicación y Sexualidad, THEMIS Asesoría Jurídica y Estudios de Género, Relatorías Nacionales para el Derecho Humano a la Educación y por el Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva de la Plataforma Descha Brasil, NIEM – Núcleo Interdisciplinario de Estudios Sobre Mujer y Género de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul, REGES - Red de Educación Sexualidad y Género y Jóvenes Feministas, Comisión de Ciudadanía y Reproducción, Colectivo Femenino Plural, entre otras¹, el informe manifiesta la acumulación resultante de las reflexiones teóricas sobre las cuestiones de género y de la práctica política del movimiento feminista y de mujeres.

El reporte ha sido elaborado con base en las informaciones disponibles en bancos de datos de organismos gubernamentales brasileños, en publicaciones elaboradas a partir de la producción de las organizaciones de la sociedad civil y de universidades, además de aquellas vehiculadas en los medios de comunicación y que apoyan y confirman a través de los hechos las afirmaciones contenidas en informes. Aunque observe la secuencia en la cual son apresentados los artículos de la Convención, enfoca los siguientes artículos: 1º y 2º (de las discriminaciones), 5º (violencia, trata y explotación sexual), 7º, 10 (educación) y 12 (salud sexual y reproductiva, aborto y AIDS).

Introducción y Contextualización

El documento *Informe Alternativo al Séptimo Informe Nacional de Brasil* reúne contribuciones de un conjunto de redes, articulaciones y organizaciones de mujeres y núcleos de estudios de género de universidades y refleja, por un lado, los avances obtenidos en las últimas décadas, cuando el país se convirtió signatario de todos los más importantes compromisos relativos a las garantías de los derechos humanos, en especial aquellos direccionados a asegurar mejores y más elevados niveles de ciudadanía a las mujeres. En esta perspectiva, refleja el recogido de políticas públicas elaboradas a partir de los conceptos de la igualdad y equidad, universalidad e indivisibilidad de los derechos humanos, y de la dignidad de las mujeres. En las dos últimas décadas, particularmente en la década pasada, período de análisis por el Comité Cedaw, Brasil ha aprofundado el proceso de democratización de sus estructuras políticas y sociales, de acuerdo con la Constitución Federal de 1988. En relación a las mujeres, también en la última década ha fructificado un conjunto de políticas públicas elaboradas por el Gobierno Federal, con la participación de la sociedad civil, para lo cual las Conferencias Nacionales de Políticas para las Mujeres (2004, 2007 y 2011) desempeñaron importante papel, aportando a los tres Planos Nacionales de Políticas para las Mujeres. Se ha verificado en este período, además, el surgimiento de una nueva legislación relativa a la violencia contra la mujer, inspirada en la Convención de Belém do Pará, la Ley Maria da Penha, un salto conceptual para prevenir, sancionar y eliminar la violencia contra la mujer en Brasil.

El movimiento de mujeres y feminista viene integrando los procesos de rendición de cuentas del Estado Brasileño en las instancias internacionales, en especial con relación a la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación a la Mujer, además de haber actuado de manera destacada en la Campanha internacional que logró el Protocolo Facultativo a la Cedaw y ha llevado

Brasil a su adhesión. Presentó el Informe Alternativo en el 2003 y el 2007, y ha hecho el acompañamiento para el cumplimiento de las Recomendaciones.

Por tercera vez el Movimiento de Mujeres presenta su Relatório Alternativo, que expresa la visión crítica y propositiva de sectores de la sociedad brasileña, reconociendo las limitaciones de su abordaje, lo que apunta para la necesidad de procesos más participativos y de mayor divulgación de la Cedaw en Brasil.

Artículo 4º (Acciones Afirmativas) y 7º (Derecho a la Vida Pública y Política)¹

Las mujeres brasileñas están menos representadas en numerosos sectores de la sociedad. Independientemente de esto hay un consenso de que su presencia es imperativa en las esferas de toma de decisiones. Por ese motivo se recurre a las cuotas para promover la participación de la mujer en instancias de representación. Pero las cuotas por sí mismas no han sido garantía de la representación equitativa de mujeres y hombres. Los números resultantes de procesos electivos, según registros del Tribunal Superior Electoral brasileño, no suponen igualdad automática. Brasil presenta, de forma recurrente, uno de los peores índices en el empoderamiento político femenino.

Estadísticas de la Unión Inter-Parlamentaria (IPU, 2011) muestran Brasil en 108º posición en el ranking de participación política de las mujeres en 188 países y 265 casas parlamentarias, consideradas las elecciones de octubre de 2010. En este momento, la representación parlamentaria femenina es de 8,6%, con 44 electas del total de 513 diputadas federales; cifra bastante inferior al promedio mundial (19%) y, también, de América Latina (20%). Es capitaneada en el Cone Sur por Argentina – en 12º posición en la clasificación mundial (38,5%) –, como uno de los países a denotar tendencia regional al incremento de la representación parlamentaria femenina, mientras los números brasileños permanecen estancados².

La comparación de los resultados electorales de 2006 y 2010 demuestra ese estancamiento en Brasil. El aumento de candidatas en la última disputa electoral, en la cual 23 diputadas fueron reelegidas (50%), no altera la sumatoria de la legislatura de 2007/2011, con 46 diputadas federales (8,9%). En el Senado, ese desempeño tiende a ser en parte mejor. En el mismo comparativo, el cómputo de senadoras, entre 81 representantes, aumenta de 10 (12,35%) para 13 (16%), mientras en la vecina Argentina las mujeres detienen 26 (36%) de las 72 plazas del Senado, proporción bastante superior al promedio mundial: aproximadamente 18% para las cámaras altas³.

Los déficits de empoderamiento político de las brasileñas tienen reflejos en otros indicadores sociales. Mientras las mejorías en educación, renta y expectativa de vida llevan Brasil a mejores posiciones mundiales en su Índice de Desarrollo Humano (IDH), lo mismo no se verifica en relación al conjunto de aspectos de la condición femenina. Situación afianzada en análisis que miden disparidades de género referentes a la salud reproductiva (mortalidad materna, embarazo precoz), la actividad económica (capacitación y participación en el mercado laboral) y la participación en espacios de poder y decisión. Dichas evaluaciones refuerzan que las desventajas de las mujeres identificadas en esas áreas representan factores de perdidas potenciales de desarrollo humano.

¹ Las informaciones de esa sección han sido articuladas con base en: PRÁ, Jussara Reis. Reflexões sobre gênero, mulheres e política. [Reflexiones sobre género, mujeres y política]. In: PAIVA, Denise (Org.). *Mulheres, política e poder* [Mujeres, política y poder]. Goiânia: Editora da UFG, 2011. p. 101-126.

² IPU - INTER-PARLIAMENTARY UNION. *Women in national parliaments: situation as of 31 January 2011 – World Classification*. [Mujeres en parlamentos nacionales: situación a partir de 31 de Enero de 2011 – Clasificación Mundial] Disponible en: <<http://www.ipu.org/wmn-e/classif.htm>>.

³ Ídem.

En las dos ocasiones en que Brasil rindió cuentas sobre la aplicación de la Convención CEDAW (2003 y 2007), la exclusión política de las mujeres aparece en el documento “Observaciones Finales” (*Concluding Comments*), listada entre las “Principales esferas de preocupación y recomendaciones” del Comité.

En el 2007, las preocupaciones referidas por el Comité (*Párrafo 25*) sirven para reintroducir aspectos de la relación mujer y política anteriormente tratados, entre ellos, la fragilidad de dispositivos legales como el del sistema de cuotas. Asociado a eso, surge el problema de los *déficits* de participación y representación política de las mujeres. En estos términos, el Comité señala para el no cumplimiento del artículo 7º de la Convención, que exhorta sus signatarios a enfrentar la discriminación política de género, garantizando a las mujeres: a) derecho de voto y elegibilidad en órganos de elección pública; b) participación en el diseño y ejecución de políticas públicas y representación en todos los niveles y esferas de gobierno; c) participación en asociaciones no gubernamentales, como partidos políticos y sindicatos, entre otros.

En el plano de las recomendaciones (*Párrafo 26*), los posicionamientos del Comité afianzan reflexiones sobre el impacto de factores de orden cultural e institucional en el fenómeno de la sub-representación política de las mujeres. Debe señalarse, en ese sentido, la Recomendación General n. 23, que sugiere la definición de un plazo concreto para aumentar el número de mujeres en cargos públicos y políticos.

La Recomendación, dirigida a la inserción de las mujeres en la vida pública y política, “recupera los antecedentes políticos y normativos de la construcción de los derechos humanos de las mujeres sobre participación política”⁴. Igualmente, los analiza e interpreta en vista del contexto contemporáneo. Para ello, se basa en dos otros artículos de la Convención, a saber: el artículo 4º, que requiere la adopción de medidas especiales (cuotas de género) para acelerar la igualdad *de facto* entre el hombre y la mujer, y el artículo 5º (ítem a), que demanda la modificación de patrones socioculturales y la eliminación de estereotipos de género. Desde esta perspectiva, la discriminación política de género es abordada a partir de la incidencia de factores normativos y culturales, con énfasis recurrente en los últimos.

El aporte de la dimensión cultural puede ser sintetizado en las observaciones del Comité sobre el fracaso de medidas legales (ley de cuotas) para potenciar la representatividad política femenina. De ahí la recomendación para que el gobierno brasileño conjugue leyes con campañas de concientización sobre la importancia de la inclusión política de las mujeres, entendiéndola como algo intrínseco de una sociedad democrática.

También sobre las cotas, se puede afirmar que el tema, sin duda, volverá a salir a la luz en la evaluación del VII informe brasileño. Todavía más cuando se tiene en cuenta que la revisión de ese dispositivo, firmada en la Ley n. 12.034, de la mini-reforma política de 2009, ha sido insuficiente para incidir, mínimamente, sobre la ausencia de las mujeres en esferas de poder y decisión. Situación evidenciada anteriormente cuando se ha referido las estadísticas parlamentares y los bajos índices de empoderamiento político femenino, recordando resultados electorales. Por tanto, está pendiente el compromiso del país de enfrentar el problema de la sub-representación de las brasileñas en la política.

⁴ PIMENTEL, Silvia. *Experiências e desafios: Comitê sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW/ONU) – relatório bienal de minha participação*. [*Experiencias y desafios: Comité sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW/ONU) – reporte bienal de mi participación*]. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. p.48-49.

Artículo 5º - Estereotipos de Género, Violencias contra Mujeres, Ley Maria da Penha y Trata de Mujeres

La política brasileña de enfrentamiento a las violencias contra mujeres está formulada en dos documentos principales: I y II Plan Nacional de Políticas para las Mujeres (2003 y 2007) y en el Pacto Nacional de Enfrentamiento a la Violencia contra las Mujeres (2007).

El Pacto Nacional fue recién revisado y ha ampliado de cuatro para cinco sus ejes constitutivos⁵: A) Garantía de la aplicación de la Ley Maria da Penha; B) Ampliación y fortalecimiento de la red de servicios para mujeres en situación de violencia; C) Garantía de la seguridad ciudadana y acceso a la Justicia; D) Garantía de los derechos sexuales y reproductivos, enfrentamiento a la violencia sexual y a la trata de mujeres; E) Garantía de la autonomía de las mujeres en situación de violencia y ampliación de sus derechos. De acuerdo con lo que relatamos abajo, si bien el Pacto dispone sobre la garantía de la aplicación de la Ley Maria da Penha, la plena implementación de la Ley está lejos de concretarse.

Además, el presupuesto asignado para la Secretaría de Políticas para las Mujeres de la Presidencia de la República (SPM/PR), órgano destinado a coordinar las políticas de género, viene sistemáticamente sufriendo cortes. El área de violencia, en la propuesta presupuestaria para el próximo año (PPA) ha sufrido una reducción de cerca de un 40%⁶, comprometiendo la ejecución de la política nacional de enfrentamiento a las violencias contra mujeres y la efectividad de la Ley Maria da Penha.

Ley Maria da Penha

Desde su creación, la Ley Maria da Penha ha sido contestada por magistrados que la consideran inconstitucional por proteger de manera exclusiva a las mujeres. Además, aplican los mecanismos de la conciliación y suspensión condicional del proceso, o exigen la representación de la víctima en los crímenes de lesión corporal de naturaleza leve, es decir, la manifestación formal del deseo de la víctima de procesar al agresor. Esos institutos han sido expresamente prohibidos por la Ley Maria da Penha porque trivializan la violencia contra mujeres e impiden la punición de los agresores.

Esas interpretaciones contrarias a la Ley han generado dos acciones ante el Supremo Tribunal Federal: una Acción Declaratoria de Constitucionalidad (ADC No. 19) propuesta por la Abogacía General de la Unión en el 2007 solicitando que la Suprema Corte decida que la Ley no es inconstitucional por proteger solamente a las mujeres. Hay también una Acción Directa de Inconstitucionalidad (ADIN No. 4424, de Abril de 2010), propuesta por la Procuraduría de la República para que no sea exigida la representación de la mujer en los crímenes de lesión corporal de naturaleza leve. Sin embargo, ninguna de esas acciones ha sido juzgada por el Supremo Tribunal Federal. Es fundamental una decisión del STF para poner fin a dichas controversias jurídicas.

Asimismo, el Supremo Tribunal Federal ha prohibido la aplicación de la suspensión condicional del proceso, pero muchos jueces la siguen aplicando, pues no hay sanción para los que incumplen dicha decisión.

Además, la Ley prevé la creación de Juzgados Especializados para el enjuiciamiento de los crímenes de violencia doméstica, con equipo multidisciplinario integrado por profesionales del derecho,

⁵ La primera versión del Pacto había previsto cuatro ejes constitutivos: 1 Fortalecimiento de la Red de Atención e Implementación de la Ley Maria da Penha; 2. Protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos y Enfrentamiento de la Feminización del Sida; 3. Combate a la Explotación sexual de la Mujer y Adolescente y la trata de mujeres e 4. Promoción de los derechos humanos de las mujeres en situación de prisión. Ver: Pacto Nacional de Enfrentamiento a la Violencia contra la Mujer, p. 21. Disponible online. Acceso en 18/12/2011. http://www.sepm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2010/PactoNacional_livro.pdf

⁶ Cf. Cfemea. www.cfemea.org.br

psicólogos y asistentes sociales. No obstante, hay dificultad en la creación de esos juzgados y de los equipos multidisciplinarios.

Según el Consejo Nacional de Justicia (CNJ), actualmente, hay 42 juzgados adaptados y 52 juzgados especializados⁷, y la mayoría de ellos se ubica en las capitales de los estados⁸. Aunque tengamos hoy, un juzgado en cada estado, este número es insuficiente para la demanda. Para ejemplificar: el estado de São Paulo, con más de 41 millones de habitantes, cuenta con un juzgado especializado, lo que demuestra la resistencia del Poder Judicial local en crear los juzgados. Igualmente, en el estado de Rio Grande do Sul, hay también solo uno juzgado con más de 20 mil procesos en el año de 2011. Comparando con procesos de familia, donde hay 8 juzgados de familia cada una con cerca de 1500 procesos, se observa la total desproporción.

El número de procesos en los Juzgados crece día a día. Según el CNJ, de septiembre del 2006 hasta marzo del 2011 fueron registrados más de 330 mil procedimientos involucrando violencia doméstica y familiar contra mujeres; sentenciados 111 mil procesos, y realizadas más de 9 mil prisiones en flagrante y decretadas 1.500 prisiones preventivas⁹.

Sin embargo, hay problema en la recolección de esas informaciones, ya que ellas no cubren los juzgados criminales y los juzgados adaptados, y eso significa decir que el número de procesos de violencia doméstica es muy superior al que se ha reportado. La falta de uniformidad en la recolección de datos sobre la Ley Maria da Penha impide que se tenga una idea precisa del número de procesos efectivamente juzgados.¹⁰ Es necesario que el Consejo Nacional de Justicia uniformice la recolección de datos de los tribunales referentes a los crímenes de la Ley Maria da Penha.

La estructura de los Juzgados no es compatible con el dispuesto en la Ley Maria da Penha, pues un juzgado con 2000 procesos debería disponer de un juez titular y equipo multidisciplinario y aquellos con más de 5 mil procesos, de dos jueces titulares y equipos multidisciplinarios¹¹. La actual situación de los juzgados de violencia doméstica, en la grande mayoría de los tribunales, no corresponde a esas condiciones. Para ejemplificar, según el Juez del Juzgado de Violencia Doméstica de Porto Alegre, RS, el 05 de agosto de 2011, el Juzgado de VD poseía 20 mil procesos y solo un Juez titular¹², contrariando expresamente el Manual de Rutinas del CNJ.

Además, hay numerosos procedimientos registrados en las Comisaría de la Mujer que no deberían generar averiguaciones policiales. Pero la falta de capacitación por un lado y defensores en las comisarias por otro, hace con que todo y cualquier procedimiento se vuelva en un proceso criminal, saturando los Juzgados Especializados.

La Ley Maria da Penha prevé mecanismos para monitoreo y evaluación de su implementación. En el año de 2007 fue instituido el Observatorio para la Implementación de la Ley Maria da Penha – Observe, una instancia autónoma de la sociedad civil, que funciona a través de un Consórcio integrado por núcleos de pesquisa y organizaciones no-governamentais de todo el país, y tiene por objetivo primordial acompañar el proceso de efectividad de la Ley Maria da Penha (Ley 11.340/2006), a partir de la recolección, análisis y

⁷ <https://sistema3.planalto.gov.br//spmu/atendimento/busca.php?uf=TD&cod=24>, en el 2010, había 43 juzgados especializados de violencia doméstica.

⁸ <https://sistema3.planalto.gov.br//spmu/atendimento/busca.php?uf=TD&cod=25>

⁹ Véase: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/13542-lei-maria-da-penha-resultou-em-111-mil-sentencas-ate-julho-de-2010-constata-balanco-parcial-do-cnj>

¹⁰ Ídem.

¹¹ Cf. el Manual de Rutinas y Estructuración de los Juzgados de Violencia Doméstica y Familiar contra la Mujer, editado por el Consejo Nacional de Justicia (2010)

¹² O sofrimento das mulheres. [El sufrimiento de las mujeres]. Artículo de Opinión, publicado en Jornal Zero Hora, el 05/08/2011, p. 14. Disponible online: http://www.spm.rs.gov.br/conteudo.php?cod_conteudo=1189&cod_menu=6

divulgación de determinadas informaciones. Sus resultados se encuentran consolidados en Informes con base en Evaluación de la red nacional de las comisarias especializadas para las mujeres y Juzgados de Violencia Doméstica y Familiar¹³. Sin embargo, por la falta de continuidad de la financiación pública de esta iniciativa, este Observatório se encuentra sin los medios para desarrollar las actividades para las cuales ha sido creado¹⁴.

Trata de Mujeres

En reciente Reporte sobre violencia contra mujeres en el Cone Sur¹⁵, el UNODC reconoce que la violencia en las relaciones familiares incrementa el riesgo y la exposición de niñas y mujeres a otras formas de violencia, como la explotación sexual y la trata de personas. Es sabido que la trata no se limita a las mujeres, pero su incidencia tiene relación con la desigualdad de género.

La ausencia de datos concretos sobre la trata ha sido un obstáculo a la formulación de políticas públicas y represión más eficaz. El primer levantamiento que reunió datos nacionales sobre esa violación a los derechos humanos fue la Pesquisa sobre Trata de Mujeres, Niños/as y Adolescentes en Brasil [Pesquisa sobre Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para Fins de Exploração Sexual Comercial no Brasil], con fecha de 2002. El estudio reveló 241 rutas para la trata transnacional e interestatal, el perfil de víctimas, de agresores y ha sugerido políticas públicas para enfrentamiento del problema. Casi 10 años después no se cuenta con datos que puedan identificar de modo más efectivo las rutas de la trata, la manera cómo las mujeres brasileñas son traficadas para dichos fines y las medidas concretas para su impedimento. Al igual, son insuficientes las medidas gubernamentales adoptadas para prevenir y sancionar la explotación sexual de niños y niñas en Brasil.

Artículo 10 – Educación

Así como en otros países de América Latina, predomina un entendimiento por parte de sectores gubernamentales y de la sociedad civil que en Brasil los desafíos de la garantía de los derechos de las mujeres y, de forma más amplia y relacional, la equidad de género (entre hombres y mujeres) en la educación ya han sido “resueltos”. Esta visión es reforzada por diversos reportes producidos por el Estado brasileño en las últimas décadas, los cuales apuntan a la mayor escolaridad y mejor desempeño de las mujeres en la educación como respuesta definitiva para las metas internacionales referentes a las inequidades de género en la educación.

No se puede negar el avance expreso en los indicadores nacionales de educación con relación al acceso de las mujeres a la escolarización. Pero esa conquista es insuficiente para afirmar que el país ha alcanzado la equidad entre hombres y mujeres en esta área y cumplido las metas internacionales de una educación no-sexista y no-discriminatoria. El momento en que el país se encuentra en ese desafío exige una mirada más

¹³ Violencia doméstica y acceso de las mujeres a la justicia en Brasil: http://www.observe.ufba.br/_ARQ/UNIFEM.pdf.

¹⁴ Frente a los persistentes y elevados índices de violencia contra las mujeres, una importante acción de la Sociedad Civil brasileña ha sido la realización de Campañas, entre las cuales se destaca la Campaña Punto Final en la Violencia Contra Mujeres y Niñas. Esta iniciativa está dirigida a cambios de patrones culturales que legitiman la violencia. En el documento de Línea de Base de la Campaña Punto Final en cuatro países en que se desarrolla (We Can Stop the Violence Against Women, Brazil, Bolivia, Guatemala, Haiti) a pesar de se detectar la percepción por parte de los funcionarios y agentes políticos a cerca de los índices y la gravedad de la violencia, los estados no son capaces de garantizar a las mujeres una vida sin violencia, o porque las políticas son insuficientes, o porque la aceptación social es tan elevada que los esfuerzos no son significativos. Esta problemática es agravada por la presencia de problemas sociales como la delincuencia, la explotación sexual y la trata de personas, que colocan a las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad¹⁴.

¹⁵ Véase: UNODC. <http://www.unodc.org>

compleja y matizada que permita captar las desigualdades y discriminaciones de género perpetuadas en la educación brasileña y reconfigurar una agenda de acción más precisa en las políticas públicas.

El Informe Brasil Género y Educación¹⁶ indica que las problemáticas de género en la educación brasileña se vinculan de modo predominante a cinco grandes desafíos, profundamente interrelacionados:

1. **Desigualdades persistentes entre las mujeres brasileñas:** el avance en los indicadores de acceso y desempeño es marcado por las desigualdades entre mujeres de acuerdo con ingresos, raza y etnia y lugar de residencia (rural y urbano), donde resalta la situación de las mujeres negras e indígenas;
2. **Situación de peor desempeño y de mayores obstáculos para la permanencia en la escuela por parte de los niños brasileños,** en especial, de los niños negros;
3. **Manutención de una educación sexista y discriminatoria** en el ambiente escolar y **de la concentración de las mujeres en cursos y carreras “dichas femeninas”;**
4. **Baja valoración de las profesionales de la educación básica,** que representan casi un 90% del total de los profesionales de educación, quienes – en su gigantesca mayoría – perciben sueldos indignos y ejercen la profesión en condiciones precarias de trabajo;
5. **Acceso desigual a la educación infantil de calidad.**

Perfil Educativo y Mercado Laboral

En lo que atañe al perfil educacional de la población brasileña, los datos presentados revelan que, en el promedio, las mujeres brasileñas han alcanzado niveles educativos superiores al de los hombres, presentando mejor desempeño en la mayoría de los indicadores educacionales. En el 2005, del total de la población concluyente de la enseñanza elemental, 54,3% han sido del sexo femenino. En la educación secundaria, las mujeres llegaron a 57,6% dos concluyentes y en la educación superior representan más de 60% del total de matriculados y exceden 65% de los concluyentes. Solo 42,2% de los muchachos entre 15 y 18 años se encontraban matriculados en la educación secundaria en el 2006, mientras esa tasa llegaba a 52,3% para las jóvenes de misma edad¹⁷.

Las mujeres representan cerca de 55% de la población con nivel superior completo (graduación) y han superado los hombres en la obtención de títulos de doctorado a partir de 2004. Sin embargo, cuando se trata de los niveles más elevados de escolarización (pós-graduación), las mujeres responden por apenas 43% del total de personas con más de 16 años de estudio. Tanto en la educación superior como en la educación de jóvenes y adultos, las mujeres de grupos de edad más elevados presentan indicadores peores que los hombres de misma edad.

A pesar de los avances, es fundamental destacar que aún existen grandes desigualdades entre ellas, sobre todo con relación a las variables color/raza y lugar de residencia (urbano/rural). Pero, todavía hay pocos datos disponibles que permiten visualizar y analizar con más precisión las desigualdades —cruzadas entre las variables sexo, color/raza, lugar de residencia, región, edad, presencia de discapacidad, entre otras.

¹⁶ El Informe Brasil – Género y Educación fue producido en el marco de la Campaña Educación No Sexista y Anti-Discriminatoria por la organización Ação Educativa, con la colaboración de la organización Ecos – Comunicación y Sexualidad, del Centro de Referencia a las Víctimas de Violencia (CNRVV) del Instituto Sedes Sapientiae/SP y de la Relatoria Nacional para el Derecho Humano a la Educación de la Plataforma DHESCA Brasil. Disponible en: <http://www.acaoeducativa.org/images/stories/pdfs/informegeneroeducacaoout2011.pdf>

¹⁷ IPEA, SPM, UNIFEM (2008). *Retrato das Desigualdades de gênero e raça*. [Retrato de las Desigualdades de género y raza]. [Luana Pinheiro et al.] Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) y Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (Unifem). 3. ed. Disponible en: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf/livreto_retrato_3edicao.pdf

País marcado por profundas desigualdades sociales, económicas, políticas y educacionales, Brasil ha experimentado en las últimas décadas el incremento del acceso a la educación primaria, pero aún insuficiente para garantizar la universalización de la escuela obligatoria. Cerca de 700 mil niños/as y adolescentes están fuera de la escuela; específicamente entre la franja etaria de 4 a 17 años son más de 4 millones de niños/as y jóvenes fuera de la escuela. El país presentaba en el 2010 la mayor tasa de repetición en la educación básica de la América Latina (18,7%)¹⁸, y la mayor tasa de evasión escolar del Mercosul (3,2% para la enseñanza primaria y 10% para la educación secundaria)¹⁹. Dicha realidad lleva a que poco más de la mitad de los alumnos que ingresan a la enseñanza primaria logren llegar al final de la secundaria.

El embudo se agrava en las regiones más pobres, entre la población negra y entre las comunidades que viven en zonas rurales del país. En la mayoría de los estados del Nordeste, el índice de conclusión de la educación primaria es inferior a 40%. Para todas las regiones, cuanto mayor el grado cursado, mayor el desfase medio de los alumnos²⁰.

Entre los fuertes diferenciales de escolarización de la población según la situación de domicilio vale destacar que el promedio de años de estudio de la población urbana es de 7,3 años de estudio contra 4,2 años de estudio de la población rural. Otro elemento importante a ser observado, entre las desigualdades de color/raza en la educación, es la fuerte selectividad en la educación básica, en la cual los niños negros son los más afectados por la exclusión escolar. En la educación superior, mientras entre la población general tenemos 4,7% de personas con más de 15 años de estudio, ese porcentual cae para 1,7% en relación a la población negra y es de apenas 0,12% entre el total de la población indígena.

La expansión del acceso a la educación no ha venido acompañada de una educación de calidad, haciendo con que grande parte de niños/as y jóvenes que pasen por la escuela no logren alcanzar los niveles mínimos de aprendizaje en lectura, escrita y matemática. Tal cuadro lleva a que el país cuente en la actualidad con más de 20,3% de su población considerada analfabeta funcional, cerca de 30 millones de personas que no son capaces de interpretar textos simples (PNAD/IBGE/2010). En la región nordeste, el problema afecta más de 30% de la población mientras que en la región sudeste el porcentual queda en 15%.

Diversos estudios nacionales apuntan que, si bien las mujeres presentan una escolaridad mayor que la de los hombres, tal ventaja todavía no se refleja directamente en la mejora de rendimientos, condiciones de trabajo, en la ocupación de puestos de liderazgo y en la división del trabajo doméstico, aún bajo responsabilidad predominante de las mujeres. Según documento de la OIT, vinculado a las iniciativas de la organización para la promoción del trabajo decente²¹ en Brasil, y elaborado a partir de datos de la Pesquisa Nacional por Muestra de Domicilios (PNAD/2008), de los 97 millones de personas con más de 16 años presentes en el mercado de trabajo, las mujeres correspondían a cerca de 42,5 millones (43,7% del total) y la población negra (hombres y mujeres) a cerca de 48,5 millones de personas (cerca de 50%).

Políticas de Educación

Políticas orientadas a erradicar los estereotipos de género (en los contenidos y en el cotidiano escolar)

¹⁸ UNESCO (2010). *Relatório sobre educação mundial*. [Informe sobre educación mundial]. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco). Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001886/188644por.pdf>

¹⁹ IBGE (2010). Síntese de Indicadores Sociais – uma análise das condições de vida da população brasileira. [Síntesis de Indicadores Sociales – un análisis de las condiciones de vida de la población brasileña]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponible en: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf

²⁰ Haddad, S. (2007). *Educação e Exclusão no Brasil*. [Educación y Exclusión en Brasil]. São Paulo, Ação Educativa, 2007.

²¹ Según la definición de la OIT, trabajo decente es un trabajo productivo, remunerado de forma adecuada, ejercido en condiciones de libertad, equidad y seguridad y que sea capaz de garantizar una vida digna para trabajadores e trabajadoras.

El tema es contemplado en los programas de compra y distribución de material didáctico (Programa Nacional del Libro Didáctico – PNLD, Programa Nacional del Libro Didáctico para la Alfabetización de Jóvenes y Adultos – PNLA y Programa Nacional del Libro Didáctico para la Enseñanza Secundaria – PNLEM). Sus anuncios determinan, por ejemplo, que los libros inscriptos en los programas deben reconocer y tratar de manera adecuada la diversidad de género. Hay recomendaciones similares sobre temas como la diversidad étnico-racial y regional. Pero, no hay evaluaciones sistemáticas sobre los impactos de esas recomendaciones en el mercado editorial, siendo aún muy presente la existencia de libros didácticos bastante estereotipados con relación a las cuestiones de género, raza, diversidad sexual, aspectos regionales, etc.

Por su vez, el Premio Construyendo la Igualdad de Género/Programa Mujer y Ciencia puede ser considerada una acción que contribuye a la erradicación de los estereotipos de género en la medida en que coloca como su objetivo el estímulo a la reflexión acerca de las relaciones de género en el ámbito de la comunidad estudiantil y de profesores(as), tanto de la enseñanza secundaria y profesional como de la educación superior. En el 2009 fue incluida una nueva categoría de premiación: además de escoger las mejores redacciones (educación secundaria) y trabajos de investigación (graduación, maestría y doctorado), también pueden concurrir escuelas públicas y privadas que tengan desarrollado acciones en la comunidad escolar en favor de la igualdad de género. Eso amplía el reconocimiento en prol de la igualdad entre mujeres y hombres desde la esfera estrictamente individual de cada participante para una esfera colectiva.

Hay, por fin, dos acciones en curso que poseen la temática de género como su foco principal y que tratan tanto de la erradicación de estereotipos como de actitudes y prácticas discriminatorias basadas en sexo, raza, origen étnico, embarazo, orientación sexual, identidad de género, enfermedades, condición socioeconómica, entre otras.

El Curso Género y Diversidad en la Escuela es una acción interinstitucional²², iniciada en 2006, cuyo objetivo es formar, de manera semi-presencial, educadores(as) de las redes públicas de educación básica en los temas género, orientación sexual y relaciones étnico-raciales, visando proveerlos(as) de herramientas para que puedan reflejar críticamente sobre la práctica pedagógica individual y colectiva y combatir toda forma de discriminación en el ambiente escolar. Faltan evaluaciones sistemáticas sobre los impactos de esas formaciones en el cotidiano escolar y hay el desafío de cómo expandirlas, de manera a posibilitar que esa agenda entre en la pauta de actuación del conjunto de los profesionales de la educación del país.

El Plan Nacional de Educación en Derechos Humanos – PNEDH, por su parte, posee cuatro metas relativas directamente a las cuestiones de género, tres de ellas para la educación básica y una para la enseñanza superior. Sin embargo, según el MEC, la implementación de las metas del PNEDH empezaría en el 2009, en especial por medio de la formación y de la capacitación de profesionales de la educación básica y de la financiación a la elaboración de material didáctico. En este sentido, todavía es difícil evaluar cómo son ejecutadas dichas políticas y cuales son sus resultados. De todo modo, vale la pena mencionar que esas cuatro metas, de cierta manera, ya se encontraban contempladas por el Plano Nacional de Educación, elaborado el 2001, aunque sin tanto detalle. Son ellas: 1) fomentar la inclusión, en la currícula escolar, de las temáticas relativas a género, identidad de género, raza e etnia, religión, orientación sexual, personas con discapacidades, entre otros, así como todas las formas de discriminación y violaciones de derechos, asegurando la formación continua de los(as) trabajadores(as); 2) apoyar proyectos de enfrentamiento a todas las formas de discriminación y violaciones de derechos en la escuela; 3) proponer acciones fundadas en principios de convivencia, para que se construya una escuela libre de prejuicios, violencia, abuso sexual, intimidación y punición corporal, incluyendo procedimientos para la resolución de conflictos y maneras de lidiar con la violencia y persecuciones o intimidaciones; y 4) desarrollar políticas estratégicas de acción afirmativa en las IES que posibiliten la inclusión, el acceso y la permanencia de personas con discapacidad y aquellas blanco de discriminación por motivo de género, de orientación sexual e religiosa, entre otros y seguimientos generacionales y étnico-raciales.

²² Secretaría Especial de Políticas para las Mujeres, Secretaría Especial de Políticas Públicas de Igualdad Racial e Ministerio de la Educación.

Políticas compensatorias dirigidas a grupos en situación de vulnerabilidad, en especial a grupos de mujeres

No han sido encontradas políticas compensatorias dirigidas de modo exclusivo o particular a las mujeres. De la misma manera, las políticas compensatorias implantadas²³ en el período no explicitan metas o acciones dirigidas, específicamente, a mujeres o a hombres. Los datos desagregados por sexo disponibles tampoco son muy detallados. En el caso de ProUni, el sitio web informa que, en el año 2009, 47,55% de las personas beneficiadas con becas han sido mujeres. Faltarían, por ejemplo, datos desagregados por curso, región y tipo de beca (parcial o integral).

Por fin, es importante resaltar que otros programas de formación e capacitación, cuyo ejecutor también es el Ministerio de la Educación, no dejan evidente abordaje de temas relativos a la igualdad de género. No ha sido posible encontrar mención a la promoción de prácticas igualitarias entre mujeres y hombres en los siguientes programas: Programa Nacional Escuela de Gestores de la Educación Básica Pública, Programa de Apoyo a la Formación Superior y Licenciaturas Indígenas – PROLIND, Red Nacional de Formación de Profesores y Programa Nacional de Capacitación de Consejeros Municipales de Educación – Pró-Consejo.

Situación de la Educación Brasileña: mapeo de algunas desigualdades

Número de personas en edad escolar fuera del sistema educativo

Según la PNAD 2007, 2,4% de los/as niños/as de 7 a 14 años – referente a la etapa obligatoria de la educación primaria – están fuera de la escuela. Son cerca de 680 mil niños/as de 7 a 14 años: a mayoría de ellos/as negros/as, indígenas, quilombolas, discapacitados/as, pobres, bajo riesgo de violencia y explotación. De ese total, cerca de 450 mil son negros/as, lo que explicita, una vez más, el desafío de la desigualdad racial en la educación²⁴. Del total de niños/as fuera de la escuela, 312 mil son niñas y 368 mil son niños, más un dato que configura la situación de desventaja de los niños con relación a las niñas en la educación brasileña.

Cerca de 18% de los jóvenes de 15 a 17 años brasileños están fuera de la escuela, más de 1 millón de adolescentes. Las niñas presentan ventaja con relación a los niños tanto en lo que se refiere a la escolaridad y a la menor distorsión edad-grado. Son 18,7% de niños y 17% de niñas en la franja etaria de 15 a 17 años fuera de la escuela. Sin embargo, de ese total, 44% no han concluido la enseñanza elemental y apenas 48% cursaban la educación secundaria, el nivel que sería adecuado a esa franja etaria. El grupo de 15 a 17 años presenta una grande distorsión edad-grado, aunque los indicadores de frecuencia neta esteen mejorando en el país. La tasa de frecuencia neta en la educación secundaria el 2007 fue de 53,8% para las mujeres, mientras entre los hombres fue de 42,4% (Unicef 2009).

Para la franja etaria de 18 a 25 años 70% de los hombres y 68,2% de las mujeres están fuera de la escuela. Según el reporte *Derecho de Aprender*²⁵ la diferencia en la escolarización entre hombres y mujeres en esa franja etaria es mayor en las regiones sudeste y sul, las más desarrolladas económicamente.

No se encuentran disponibles informaciones desagregadas por sexo sobre el número de personas en edad escolar fuera de la escuela con discapacidades y según área de residencia, para las poblaciones indígena y negra.

Indicadores de permanencia y conclusión

²³ Programa Universidad para Todos – ProUni, Programa de Acciones Afirmativas para la Población Negra en las Instituciones Federales y Estatales de Educación Superior – Uniafro y Programa Diversidad en la Universidad.

²⁴ Unicef (2009). *O direito de aprender: potencializar avanços e reduzir desigualdades*. [El derecho de aprender: potenciar avances y reducir desigualdades]. Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). [Coordenação geral Maria de Saete Silva e Pedro Ivo Alcântara]. Brasília, DF: UNICEF.

²⁵ UNICEF (2009). *O direito de aprender: potencializar avanços e reduzir desigualdades* [El derecho de aprender: potenciar avances y reducir desigualdades]. Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). [Coordenação geral Maria de Saete Silva e Pedro Ivo Alcântara]. Brasília, DF: UNICEF.

No hay información desagregada por sexo para las tasas de conclusión de la educación primaria y secundaria, de ingresantes a la educación primaria (según edades), ingresantes a la educación primaria con pré-escuela, tasas de transición del último año/grado de la educación primaria al primer año de la educación secundaria, tasas de repetición escolar. Estudios cualitativos y desde los estados en lo Brasil apuntan que la repetición es más presente entre los niños.

Los datos de distorsión edad-grado una vez más explicitan las desigualdades de género, en desventaja de los niños y adolescentes²⁶. Las brechas entre niños y niñas crecen a lo largo de la enseñanza elemental y se intensifican en la enseñanza secundaria. Se destaca la desigualdad existente entre niñas blancas, que presentan la tasa de distorsión edad-grado en la educación primaria en 19,1%, y niños negros, con tasa de 41,6%. La diferencia entre niños y niñas es más intensa en el campo de que en la ciudad, llegando a 11,8% en el mundo rural y 7,3% en el urbano.

El trabajo doméstico, ejercido en su mayoría por niñas, y la inserción en el mercado de trabajo por parte de los niños constituyen factores que perjudican la escolarización de muchachas y muchachos, en particular de los niños negros de las regiones más pobres del país²⁷. Pero, el trabajo es solo uno de los factores – entre otros - que impactan las trayectorias escolares, sin que exista una relación directa y lineal de causa y efecto (desfase en la escuela + trabajo)²⁸. De cada diez niños, cinco están desfasados y solamente uno de estos trabaja. Hay la necesidad de volver la mirada para factores intra-escolares a fin de comprender de forma más amplia y compleja dicha realidad, en especial, el lugar de las masculinidades y femineidades, asociadas a la pertenencia racial, dentro de las escuelas²⁹.

Según el reporte Derecho de Aprender³⁰, el embarazo en la adolescencia se encuentra entre las principales causas de evasión escolar de niñas en Brasil. De acuerdo con el estudio Situación Educativa de los Jóvenes Brasileños en la Franja Etaria de 15 a 17 años, mencionado en el reporte, 1,6% de las niñas de ese grupo que estudian son madres. Ese número salta para 28,8% entre las jóvenes que están fuera del salón de clases, lo que muestra que el embarazo en la adolescencia es un factor importante para la evasión y el abandono de niñas, en especial entre las jóvenes de familias de bajos ingresos. Además, si analizamos los datos sobre la tasa de natalidad entre adolescentes, es posible constatar que las regiones con mayor número de madres jóvenes son también aquellas con mayores tasas de abandono escolar.

En la franja etaria entre 15 y 18 años, en un movimiento inverso al de las niñas blancas y negras, los niños blancos y negros tienen una ligera disminución en su tasa de asistencia bruta a lo largo de la década, con el descenso mayor entre los niños negros. Las adolescentes blancas y negras aumentan su asistencia pasando de 83,6% para 86% (niñas blancas) y 76,4% para 80,5% (niñas negras) entre 2001 y 2007. El descenso de la tasa de asistencia bruta de niños blancos y negros se intensifica en la franja etaria de 19 a 24 años, todavía mayor entre los jóvenes negros que pasan de 31,7% para 27,2%. En esa franja etaria, las niñas negras también enfrentan el descenso de la tasa de escolarización bruta, pasando de 31,7% para 27,7%. Solamente las jóvenes blancas mantienen la estabilidad de asistencia en la franja etaria de 19 a 25, con el porcentual en 36,1%.

²⁶ IPEA, SPM, UNIFEM (2008). *Retrato das Desigualdades de gênero e raça [Retrato de las Desigualdades de género y raza]*. [Luana Pinheiro et al.] Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) y Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (Unifem). 3. ed. Disponible en: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf/livreto_retrato_3edicao.pdf

²⁷ Artes, A. C. A.; Carvalho, M. P. de (2010). —O trabalho como fator determinante da defasagem escolar dos meninos no Brasil: mito ou realidade? [El trabajo como factor determinante de desfase escolar de los niños Brasil: ¿mito o realidad? Cadernos Pagu (34), enero-junio de 2010. Campinas, Núcleo de Estudos de Género Pagu/Unicamp.

²⁸ Idem.

²⁹ Idem.

³⁰ Unicef (2009). *O direito de aprender: potencializar avanços e reduzir desigualdades [El derecho de aprender: potenciar avances y reducir desigualdades]*. Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). [Coordenação geral Maria de Saete Silva e Pedro Ivo Alcântara]. Brasília, DF: UNICEF.

Con relación a la desigualdad entre niños/as negros/as y blancos/as en la educación infantil de 0 a 3 años, la diferencia llega a 5%, en desventaja para la población negra. Cuando observamos la diferencia entre niños/as de zonas urbanas y rurales, la desigualdad alcanza 13 puntos en perjuicio de niños/as rurales. Hay una pequeña ventaja en la educación infantil de 0 a 3 años por parte de los niños con relación a las niñas a lo largo de la década, pasando de 10,8% y 10,4% en 2001, para 18,4% y 17,8% en 2008, respectivamente (Observatorio de la Equidad, 2009), derivado del perfil de la población en esa franja etaria, en la cual los niños se encuentran en ligera mayoría.

Analfabetismo

La tasa de analfabetismo para la población de 15 años o más de edad ha sufrido una bajada en la última década pasando de 13,6% en el 2000 para 11,4% en el 2004 y llegando a 10% en el 2008. El 2010, la tasa fue de 9,6%. Según datos de la Pnad 2008, la tasa ha estancado entre 2007 y 2008, aunque el número absoluto haya aumentado, de 14,687 millones para 14,736 millones de personas. Entre los años de 2000 y de 2008, la tasa de analfabetismo entre los hombres tuvo un descenso de 12,4% para 10,2% y entre las mujeres, el declive fue de 12,3% para 9,8%. Es importante destacar que fue a partir del año 2000 que las mujeres brasileñas han pasado a presentar tasas de analfabetismo inferiores a las de los hombres.

Las tasas de analfabetismo son más elevadas entre las franjas etarias de mayor edad. A pesar de que todos los grupos etarios han experimentado disminución en la tasa de analfabetismo en el período de 2001-2007, y de modo proporcional, el descenso ha sido mayor entre los jóvenes de 15 a 17 años y de 18 a 24, que pasaron de 3% para 1,7% y de 4,8% para 2,4%, respectivamente. Entre los pesquisados con edad de 25 años o más, aunque haya habido descenso, se concentra la mayor proporción de brasileños que no saben leer ni escribir.

A pesar de la mejora de los indicadores en los últimos años, el analfabetismo entre jóvenes negros de 15 a 29 años es casi dos veces mayor que entre blancos – tasa que había sido tres veces mayor al inicio de la década (Unicef/2009)³¹. La brecha ha incrementado entre blancos y negros en las franjas etarias superiores; se observa que es mayor entre los hombres que entre las mujeres, en desventaja de los jóvenes y hombres negros.

Otra vez, se observa que la incidencia mayor del analfabetismo ocurre en áreas rurales. Entre 2001 y 2007, la tasa de analfabetismo de personas con 15 años o más de edad ha variado de 28,7% para 23,3%, y a la diferencia de las áreas urbanas, los hombres representan la mayoría de las personas no-alfabetizadas. Entre 2001 y 2007, las mujeres aún constituyen la mayoría de las personas no-alfabetizadas en el área urbana.

Con respecto al analfabetismo funcional en la población de 15 a 64 años, los hombres constituyen la mayoría. La tasa relativa a ellos pasó de 40% el 2001 para 29% el 2009 y de las mujeres de 39% para 27% en el mismo período, según la pesquisa Indicador Nacional de Analfabetismo Funcional (Inaf), desarrollada por las organizaciones Instituto Paulo Montenegro/Ibope y Ação Educativa.

A pesar de la mejora de los indicadores en los últimos años, el analfabetismo entre jóvenes negros de 15 a 29 años es casi dos veces mayor que entre blancos – tasa que había sido tres veces mayor al inicio de la década (Unicef/2009). Nuevamente, se observa que la incidencia mayor del analfabetismo ocurre en las áreas rurales y junto a las mujeres y hombres negros.

Artículo 12 – Salud sexual y reproductiva, aborto

Según reporta el Informe Nacional de Monitoreo de los Objetivos del Milenio de marzo de 2010³², Brasil no va alcanzar la meta de reducción de la mortalidad materna hasta 2015, en la razón de 35

³² Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento [Objetivos de Desarrollo del Milenio – Informe Nacional de Monitoreo] – Brasília: Ipea, 2010.

óbitos por 100.000 nacidos vivos. En la actualidad, la razón de mortalidad materna es de 75 óbitos por 100.000 nacidos vivos y la proyección de 2008 a 2015 es de 69 a 77 óbitos por 100.000 nacidos vivos. Según el Informe, hubo reducción de 56% en las causas obstétricas directas y aumento de 33% en las causas indirectas relativas a las enfermedades preexistentes que fueron agravadas por problemas circulatorios y respiratorios en el embarazo.

El Informe reporta que para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5, referente a la salud materna y reducción de mortalidad materna, sería necesario la implementación de acciones de salud orientadas para la planificación familiar, la atención al aborto previsto en ley, la calificación de la atención del prenatal realizada por los equipos de salud de la familia, el envío oportuno de las gestantes de riesgo a servicios especializados, la atención adecuada durante el trabajo de parto y en el pre-parto y el tratamiento de urgencias y emergencias obstétricas. El mayor problema para la reducción de mortalidad materna en Brasil se refiere a la mejora de la calidad de la atención y la organización de los servicios de atención a la mujer, toda vez que la cobertura del acceso es considerada prácticamente universal, con un mínimo de una consulta de prenatal realizada y parto asistido (76% de los partos son realizados en el Sistema Único de Salud) y alta prevalencia de uso de métodos contraceptivos.

Desde el último informe al Comité CEDAW, el gobierno ha implementado algunas acciones dirigidas a la reducción de la mortalidad materna que no han sido suficientes para garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva. Dentre las principales causas de mortalidad materna en Brasil, desde 1990, se tiene la hipertensión, las hemorragias, las infecciones puerperales y el aborto. Para reducir la muerte materna, el gobierno ha creado, en el año 2011, el programa Red Cigüeña (Rede Cegonha)³³ que ofrece atención adecuada a las mujeres y sus hijos respondiendo a una necesidad concreta de las mujeres que deseen quedar embarazadas – ya que muchas reciben atención de mala calidad por los servicios públicos y pierden sus hijos o mismo sus vidas a la espera de camas en hospitales abarrotados. Pero, el Programa asiste apenas a mujeres gestantes, y es un retroceso en relación a una visión de salud integral de la mujer³⁴, cuyo derecho al amparo de la salud pública es independiente de optar o no por la maternidad. El Programa privilegia la asistencia al prenatal, parto y puerperio como estrategia para la reducción de la mortalidad materna, lo que se revela insuficiente para alcanzar tal finalidad.

Aborto inseguro: cuarta causa de mortalidad materna en Brasil

En Brasil, el aborto inseguro está entre las principales causas de mortalidad materna, representando 11% del total de las muertes de mujeres ocurridas durante el embarazo, parto o posparto. Las mujeres negras presentan un riesgo 3 veces mayor de morir por aborto inseguro de que las mujeres blancas; mujeres con baja escolaridad poseen acceso deficiente a las políticas de planificación familiar para prevención de un embarazo no deseado. En Salvador, donde la población es en su gran mayoría negra, desde el inicio de la década de 90 el aborto es la primera causa aislada de mortalidad materna³⁵ y es la tercera causa de muerte materna en la ciudad de São Paulo.

³³ [Rede Cegonha: programa voltado para o atendimento integral das mães e das crianças](http://blog.planalto.gov.br/rede-cegonha-programa-voltado-para-o-atendimento-integral-das-maes-e-das-criancas). [Red Cigüeña: programa dirigido para la atención integral de las madres y niños/as]. Disponible en: <http://blog.planalto.gov.br/rede-cegonha-programa-voltado-para-o-atendimento-integral-das-maes-e-das-criancas>. Acceso en sept. 2011.

³⁴ La Política Nacional de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer (PNAISM, 2004), que es la continuidad del Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer (PAISM, 1984), ya había superado la concepción de salud materno-infantil por la noción de salud de la mujer, que corresponde a una visión integral.

³⁵ Cf. Dossier “A Realidade do Aborto Inseguro na Bahia: a ilegalidade da prática e seus efeitos na saúde das mulheres em Salvador e Feira de Santana” [“La Realidad del Aborto Inseguro en Bahia: la ilegalidad de la práctica y sus efectos en la salud de las mujeres en Salvador y Feira de Santana”] (ARAÚJO, SIMONETTI, SOUZA, 2008) revela que la muerte por aborto ocurre sobre todo en mujeres de las camadas sociales más desfavorecidas, jóvenes, negras, en la franja etaria de 14 a 29 años, con el promedio y la mediana de 23 e 21 años, respectivamente.

Estadísticas revelan datos alarmantes que colocan el aborto como un problema de salud pública. Estimase que en Brasil ocurran más de 1 millón de abortos³⁶ y el vínculo entre su ilegalidad y la mortalidad materna ya es reconocido. Además, a cada año son registradas 250 mil internaciones derivadas de complicaciones en razón de la práctica del aborto.³⁷

El mismo estudio realizado en Recife y Petrolina, estado de Pernambuco, informa que el porcentual de aborto con relación a las internaciones obstétricas entre 2003-2007 fue de 9,7%. En Bahía, 20,1% del total de abortos inducidos ocurrieron en mujeres con menos de 20 años de edad (GRUPO CURUMIM; CFEMEA; IPAS-Brasil, 2008). En Porto Alegre, en los años de 1999, 2000 y 2001 se ha identificado que la infección pos-aborto y el disturbio de hipertensión de la gestación representaban, cada uno, 15% de las causas de óbito materno (RIQUINHO y CORREIA, 2006).

En la publicación *Veredas de Salud de las Mujeres, de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*³⁸, Araújo refiere que, de acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS), (...) casi 50% de las gestaciones son indeseadas y una de cada nueve mujeres recurre a la práctica del aborto para interrumpirlas. De las 46 millones de mujeres que a cada año deciden por el aborto, 78% residen en países en vías de desarrollo y 22% en países desarrollados. A cada año, cerca de 19 millones de abortos inseguros son realizados en escala mundial, y 96% de ese total ocurre en los países pobres. Estimase que, en América Latina y el Caribe, ocurren 18 millones de gestaciones por año, y de estas 52% no han sido planificadas, con 23% terminando em aborto” (OMS *apud* ARAÚJO, 2010).

Análisis de la Comisión de Ciudadanía y Reproducción³⁹ sobre datos del Ministerio de la Salud informa que, en el período de 2003 a 2007, hubo una reducción de 16,6% en las internaciones para curetajes por aborto, pasando de 250 mil en el 2003 para 200 mil en el 2007, en consecuencia de la política de planificación reproductiva que resultó en el incremento de la compra y distribución de métodos contraceptivos para un mayor número de municipios. Según Menezes y Aquino, (...) las internaciones por aborto son más frecuentes en el Nordeste y Sudeste del país, observándose, todavía, en esas regiones, así como en el Sur, en todas las franjas etarias, una reducción de su ocurrencia entre 1992 y 2005 (MENEZES y AQUINO, 2009, p. S196).

En acuerdo a los datos de 2008, de las 215 mil hospitalizaciones del SUS por complicaciones de abortos, 3.230 estaban asociadas a abortos legales, suponiendo que uno en cada cinco abortos resultó en admisión al hospital, esos datos sugieren que más de un millón de abortos inducidos han sido realizados en el 2008 (21 por 1.000 mujeres con edad entre 15 y 49 años (VICTORA et al., 2011).

Tales muertes y secuelas no tienen recibido la debida atención de la sociedad ni una respuesta eficaz del Estado brasileño, a pesar de que grupos de defensa de los derechos de las mujeres, profesionales del área de la salud y algunos sectores del gobierno ya se hayan posicionado acerca de la necesidad de debate sobre este grave problema de salud pública.

Pesquisa de la Universidad de Brasília (UNB), de 2010, en colaboración con el Anis - Instituto de Bioética, Derechos Humanos y Género, y subsidiada por el Fondo Nacional de Salud, realizada en todos los estados del país, reveló que la mujer que interrumpe el embarazo es casada, tiene hijos, religión y proviene de todas las clases sociales. De las 2.002 entrevistadas en el estudio, de 18 a 39 años, 15% declararon que ya se han sometido a por lo menos un aborto. Proyectado sobre la población femenina del país en esa franja etaria, que es de 35,6 millones, según el Instituto Brasileño de

³⁶ Adesse, Leila e Monteiro, Mario. 2007. Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais. [Magnitud del aborto en Brasil: aspectos epidemiológicos y socioculturales]. IPAS Brasil/IMS/UERJ. (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/magnitude_aborto_brasil.pdf).

³⁷ REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS, Dossiê Aborto Inseguro [Dossier Aborto Inseguro], 2001.

³⁸ Rede Feminista de Saúde, Caderno 01, 2010 [Red Feminista de Salud, Cuaderno 01, 2010].

³⁹ O boletim da CCR [El boletín de la CCR], de 31/08/2010 (CEBRAP, 2010).

Geografía y Estadística (IBGE), ese número representaría 5,3 millones de mujeres. Del total de mujeres que declararon en la pesquisa ya haberse sometido a por lo menos un aborto, 64% son casadas, 81% son madres y 80% de ellas tienen religión; 24% de las entrevistadas que han abortado tienen entre 20 y 24 años.⁴⁰ En acuerdo a los resultados de la pesquisa, una en cada siete brasileñas entre 18 y 39 años ya se ha sometido a por lo menos un aborto en la vida, lo equivalente a una multitud de 5 millones de mujeres. Según el estudio, entre 35 y 39 años la proporción es todavía mayor: una en cada cinco mujeres ya practicó un aborto.

La legislación brasileña no prevé la interrupción del embarazo en casos de anencefalia, lo que afecta en especial a las mujeres con bajo poder adquisitivo que recurren al sistema público de salud para la práctica de este procedimiento. Las decisiones judiciales muchas veces son concedidas cuando ya hubo el nacimiento. Se encuentra pendiente de juzgamiento la ADPF54⁴¹ desde el 2004, en el STF. Mujeres embarazadas de fetos anencéfalos son obligadas a recurrir al Poder Judicial prologando su sufrimiento físico y psíquico⁴².

Diversos Comités de monitoreo de los tratados internacionales de derechos humanos de las Naciones Unidas han identificado las implicaciones en materia de derechos humanos relativas al aborto inseguro y la necesidad de revisar sus legislaciones restrictivas con relación al aborto. El Comité CEDAW ha establecido en la Recomendación General 24 que: “*En la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos*” [COMITÉ CEDAW, 1999]. En julio de 2007, el Comité CEDAW recomendó al gobierno brasileño que “ *siga esforzándose por aumentar el acceso de las mujeres a la atención de salud, en particular a los servicios de salud sexual y reproductiva*” y que “*acelere la revisión de la legislación que penaliza el aborto a fin de eliminar las sanciones punitivas impuestas a las mujeres que se someten a un aborto, en consonancia con la Recomendación General 24 del Comité y la Plataforma de Acción de Beijing*” [COMITÉ CEDAW, 2007]⁴³⁻⁴⁴.

⁴⁰ Ver: O Liberal PA, 13 de junho de 2010, Pesquisa revela detalhes sobre o aborto [Pesquisa revela detalhes sobre el aborto] <<http://www.orm.com.br/projetos/oliberal/interna/default.asp?modulo=247&codigo=475518>>; Folha de São Paulo, 22 de mayo de 2010, 1 em cada 7 brasileiras de 18 a 39 anos já fez aborto [Una en cada siete brasileñas de 18 a 39 años ya practicó un aborto] <http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/images/stories/PDF/noticias/not_aborto/folhasp220510.pdf>.

⁴¹ Argüición por incumplimiento de precepto fundamental nº54, que prevé la posibilidad de interrupción de gestación de fetos anencéfalos sin necesidad de autorización judicial, si deseado por la mujer y con evaluación médica. La acción fue propuesta en el 2004, por la Confederación Nacional de los Trabajadores de la Salud.

⁴² En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, en el Cairo, 1994, y después, en la Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing, 1995, los Estados reconocieron que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos. A partir de entonces, se ha cambiado el paradigma de control de la fecundidad femenina para una perspectiva de promoción de la igualdad formal y sustancial entre hombres y mujeres en todas las dimensiones de su existencia, como la autodeterminación sexual y reproductiva,⁴² sin discriminación, coerción o violencia. Los documentos internacionales originados en estas Conferencias – el Programa de Acción de Cairo y la Plataforma de Acción de Beijing – son directrices para acciones gubernamentales en el área de salud sexual y reproductiva. El gobierno brasileño, cuando firmó dichos documentos, pasó a asumir un compromiso político de alcanzar las metas allí previstas. El párrafo 106 K de la Plataforma de Acción de Beijing, de 1995, dispone que los gobiernos deven “*considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales*”.

⁴³ Véase: CEDAW/C/BRA/CO/6, 10 de agosto de 2007, párrafo 30 <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N07/460/28/PDF/N0746028.pdf?OpenElement>>.

⁴⁴ El Consejo de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) reconoce la morbimortalidad materna evitable como una cuestión de derechos humanos. Más de 79 Estados Miembros de las Naciones Unidas reconocen que la cuestión de la salud materna es un desafío para el ejercicio de los derechos humanos y que los gobiernos deben intensificar esfuerzos para disminuir las altas e inaceptables tasas globales. En anexo a este documento sigue copia de la resolución del Consejo de Derechos Humanos de la ONU sobre la

A pesar de ello, en Brasil la práctica del aborto es considerada crime, y apenas permitida en los casos de riesgo de vida para la mujer y embarazo resultante de violación y violencia sexual⁴⁵. La criminalización del aborto impide a las mujeres de acceder plenamente a su derecho a la salud, generando flagrante discriminación en su acceso a la salud, constituyendo una forma de discriminación contra la mujer que restringe el ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales en los términos incluso definidos en el artículo 1 de la Convención CEDAW⁴⁶. Impone a las mujeres elevados costos, pero no impide su práctica, e implica riesgos a la salud inherentes a la clandestinidad. La restricción criminal viola los derechos de las mujeres a una decisión autodeterminada (autonomía y libertad), sus derechos sexuales (decisión sobre la sexualidad libre de coerción, discriminación y violencia) y derechos reproductivos y sujeta a las mujeres a constreñimientos y exposición pública por parte de autoridades policiales, judiciales y de los medios de comunicación. Además, viola su derecho a la privacidad, e infringe sus derechos constitucionales de trato digno y acceso a la justicia.

Aunque el aborto sea un problema de salud pública con flagrantes implicaciones para los derechos humanos de las mujeres, la permanencia de la criminalización ha permitido ofensivas sistemáticas de carácter altamente represivo y policíaco, que significan, a menudo, violaciones a los derechos humanos de las mujeres.⁴⁷ En situaciones extremas ocurren denuncias a la policía contra las mujeres asistidas en los servicios de salud, con violación del secreto profesional.⁴⁸

Las Normas Técnicas del Ministerio de la Salud sobre atención al aborto afirman que *“el objetivo del servicio de salud es garantizar el ejercicio del derecho a la salud. Sus procedimientos no deben ser confundidos con los procedimientos reservados a la policía o a la Justicia”*.⁴⁹ Sin embargo, el derecho

mortalidad materna y morbilidad prevenibles y los derechos humanos, incluyendo la indicación de los países que apoyaron la resolución, entre ellos Brasil (Anexo II, A/HRC/11/L.16/Rev.1, 12 de junio de 2009).

⁴⁵ La legislación brasileña pune el aborto en su Código Penal, en el artículo 124, con una pena para la mujer que practica el aborto de 1 año a 3 años de prisión. El crime de aborto se encuentra caracterizado como un crime contra la vida en el Código Penal.

⁴⁶ Convención CEDAW. Art. 1. “A los efectos de la presente Convención, la expresión “discriminación contra la mujer” denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.”. También de conformidad con la Recomendación General 24 del Comité.

⁴⁷ Prisão de médico em clínica no Bairro de Vila Isabel, Rio de Janeiro [Prisión de médico en clínica en el Barrio de Vila Isabel, Rio de Janeiro]: <http://oglobo.globo.com/rio/agentes-da-inteligencia-da-secretaria-prendem-dois-medicos-em-clinica-de-aborto-em-vila-isabel-2760889>

Ministério Público solicita prisão de médico que realiza abortos em Manaus [Ministerio Público requiere prisión de médico que practica abortos en Manaus]: http://acritica.uol.com.br/manaus/MPE-medico-realiza-aborto-Manaus_0_584941550.html

Mulher presa em Nova Andradina por aborto G. C. A.S. (19 anos) [Mujer detenida en Nueva Andradina por aborto G.C. A.S. (19 años)]: <http://www.acritica.net/index.php?conteudo=Noticias&id=28664>

⁴⁸ En este sentido, véase los casos narrados en el Informe Mortalidade Materna e Direitos Humanos, as mulheres e o direito de viver livre de morte materna evitável [Mortalidad Materna y Derechos Humanos, las mujeres y el derecho de vivir libre de muerte materna evitable], ADVOCACI, 2005, p. 267 a 82. *Disponibile en:* http://www.ipas.org.br/arquivos/Livro_Mortalidade_Materna_site.pdf

⁴⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes [Norma Técnica de Prevención y Tratamiento de los Agravos Resultantes de la Violencia Sexual contra Mujeres y Adolescentes]. Ministério da Saúde: Brasília DF, 2005. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Técnica Atensão Humanizada ao Abortamento*. [Norma Técnica de Atención Humanizada al Aborto]. Ministério da Saúde: Brasília - DF, 2005b.

a la privacidad de las mujeres no se tiene preservado cuando ellas son investigadas por la práctica de aborto ilegal, a pesar de la protección legal de la privacidad⁵⁰.

Importa mencionar que el 26 de diciembre del 2011, la Presidente Dilma Rouseff ha lanzado la Medida Provisional 557 (MP 557) que instituye el **Sistema Nacional de Catastro, Vigilancia y Acompañamiento de la Gestante y Puerpera para Prevención de la Mortalidad Materna**. La MP 557 busca garantizar la mejora del acceso, de la cobertura y de la calidad de la atención a la salud materna, particularmente en las gestaciones de riesgo (Artículo 1º). El Sistema es constituido por el catastramiento universal y compulsório de todas las gestantes y puerperas. Sin embargo, la MP 557 viola el derecho a la vida privada por las siguientes razones: prevé expresamente que la mujer gestante firme un termo de consentimiento informado para autorizar y limitar la disponibilidad de informaciones sobre su vida reproductiva a introducirse en el catastro; amplía el control por parte del Estado en el embarazo y en la vida privada reproductiva de las mujeres, que pasan a ser monitoreadas y vigiladas a partir de su inscripción en el catastro desde el prenatal hasta el parto y posparto; el catastro es realizado de modo obligatorio por el establecimiento de salud público o privado y contendrá información sobre el diagnóstico y el proyecto terapéutico; viola el secreto profesional e interfiere en la relación médico-paciente.

Además, confiere al nasciturus el mismo status moral y jurídico de las mujeres gestantes, lo que viola la Constitución y tiene por objetivo impedir el aborto legal⁵¹. Así, la MP 557 no es satisfactoria para prevenir la mortalidad materna, pues está enfocada en el acceso al prenatal y no garantiza la calidad de la atención, principal problema a ser enfrentado. Además, no responde a las recomendaciones del Comité CEDAW en el caso de muerte materna evitable de *Alyne da Silva Pimentel v Brasil*⁵².

Brasil está en la dirección contraria en el cumplimiento de sus obligaciones internacionales de protección de los derechos humanos relativos a la autodeterminación reproductiva y la reducción de la mortalidad materna, de conformidad con lo que señala el Informe del Relator Especial para el Derecho a la Salud de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Según Anand Grover⁵³ salud es “el

⁵⁰ La legislación brasileña protege el derecho a la privacidad en el artículo 5º de la Constitución Federal. El Artículo 154 del Código Penal brasileño penaliza la revelación ilegal del secreto profesional con detención que puede llegar a un año.

⁵¹ Al establecer en su artículo 16, que altera la Ley 8.080 de 1990 e introduce el artículo 19-J que: “Los servicios de salud públicos y privados quedan obligados a garantizar a las gestantes y a los nasciturus el derecho al prenatal, parto, nacimiento y puerperio seguros y humanizados.” Tal artículo colide de frente con la Constitución Federal que protege el derecho a la vida a partir del nacimiento y no desde la concepción. Además, colide con la garantía del derecho al aborto previsto en ley para casos de riesgo de vida o violación, establecido en el Artículo 128, II del Código Penal y genera inseguridad jurídica, violando su derecho a la igualdad, la libertad y la autonomía reproductiva.

⁵² Según el Cedaw, el Estado brasileño violó sus obligaciones en relación con el acceso a la salud, la Justicia y la obligación de reglamentar las actividades de los prestadores de servicios particulares. En razón de ello, determinó la reparación adecuada de la familia de Alyne, incluyendo una indemnización financiera. Ha hecho también las siguientes recomendaciones generales: a) Asegurar el derecho de las mujeres a la maternidad segura y al acceso a la asistencia médica emergencial adecuada, a precios accesibles; b) Proporcionar formación profesional adecuada para los trabajadores del área de salud, especialmente sobre los derechos reproductivos de las mujeres a la salud, incluyendo tratamiento médico de calidad durante el embarazo y el parto, así como asistencia obstétrica emergencial adecuada; c) Asegurar el acceso a medidas eficaces en los casos en que los derechos de las mujeres a la salud reproductiva hayan sido violados y proveer la formación del personal del poder judicial y de aquello responsable por la aplicación de la ley; d) Asegurar que sanciones adecuadas sean impuestas a profesionales de salud que violen los derechos de salud reproductiva de las mujeres; e) Reducir las muertes maternas evitables a través de la implementación del Pacto Nacional por la Reducción de la Mortalidad Materna en los niveles de los estados y municipios, inclusive a través de la creación de Comités de mortalidad materna en localidades donde tales Comités aún no existen.

⁵³ <http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=9051&sid=7>

derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.⁵⁴ Al relacionar leyes penales y salud, el informe defiende la remoción de esas barreras criminales como una obligación de los Estados y apunta que “estas leyes atentan contra la dignidad y autonomía de la mujer al restringir gravemente su libertad para adoptar decisiones que afecten a su salud sexual y reproductiva” y “perpetúan la estigmatización y la marginalización de las mujeres”.

Salud de las Mujeres Negras, derechos sexuales y reproductivos, violencia

La complejidad del fenómeno de la mortalidad materna en el contexto brasileño exige que la variable raza/color sea profundamente analizada. Los óbitos maternos, sucediendo en su mayoría en mujeres de clases sociales más bajas, con baja escolaridad y bajos sueldos, incide de modo especial sobre mujeres negras. Utilizando datos de óbitos maternos ocurridos en las capitales brasileñas, en el Municipio de São Paulo, en tres municipios de Bahia (Alagoinhas, Feira de Santana y Salvador) en el Estado del Paraná, Martins⁵⁵ en el año 2001 ya destacaba que las tasas de mortalidad materna entre mujeres pretas han sido cerca de siete veces mayores (275/100 mil nacidos vivos) de que entre mujeres blancas (43/100 mil nacidos vivos) o entre mujeres pardas (46/ 100 mil nacidos vivos). Dato que permanece actual⁵⁶, como evidencian registros del sistema de informaciones sobre salud del Ministerio de la Salud de Brasil, demostrando la diferencia de la Razón de Mortalidad Materna de 72,94 y 54,86/100.000 n.v., respectivamente para la región Nordeste y Sur, y la diferencia de la Razón de Mortalidad Materna para las diferentes raza/cor: mujeres blancas 49,66, mujeres negras (pretas + pardas) con 75,14, teniendo en cuenta que las mujeres pretas alcanzan 438,31/100.000 n.v. (DATASUS en 30/09/2011).

Considerandose las diferencias regionales de que el maior porcentual de población negra en Brasil se concentra en las regiones norte y nordeste es evidente que dichas regiones necesitan de más atención para reducir la mortalidad materna.

El caso de la afro-brasileña *Alyne da Silva Pimentel* demostró la falta de atención adecuado a la hora del parto e insta al Estado brasileño revisar la política y los programas de atención a la salud de las mujeres, especialmente en el perfeccionamiento de la gestión, la capacitación de personal y la efectiva implementación de otras políticas como la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra (2006), que reconoce la existencia del racismo institucional, generador de enfermedades y agravios y disminuye años de vida de la población negra, en los servicios de salud brasileños⁵⁷.

Restricción de acceso a la información – El Estado brasileño, por medio de su Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa) ha editado normas que restringen la diseminación de información sobre salud sexual y reproductiva, en especial con relación al uso del misoprostol. Esta medicación ha sido crecientemente controlada en el país desde la década de 1980. En 1998, Anvisa expidió el Reglamento 344/1998 (véase Appendix) el cual limitó el acceso al medicamento solamente a las instalaciones

⁵⁴ A/66/254 Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, 3 August 2011 http://www.clam.org.br/publique/media/Anand_Grover_Report.pdf

⁵⁵ TANAKA, ACD'A. Dossiê mortalidade materna [Dossier mortalidade materna]. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2001, disponible en <http://www.redesaude.org.br/publicacoes>.

⁵⁶ REDE FEMINISTA DE SAUDE. Jornal da Rede [Periódico de la Red], n. 29.p.13-15. Dez. 2011, disponible en www.redesaude.org.br/publicacoes.

⁵⁷ El impacto del racismo puede ser verificado también en la producción de violencia contra las mujeres negras relacionada a causas externas como homicidios y suicidios, analizadas en un estudio que describe datos epidemiológicos del DATASUS sobre la situación de violencia fatal de las mujeres según raza/color en todas las unidades de la federación brasileña en una serie histórica de 6 años (2003-2005/2006-2008). El estudio evidenció mayores coeficientes de violencia fatal comparandose mujeres negras (74,1%, en el primero trienio y 77,8% en el segundo) con mujeres blancas. Fernanda Bairros y Maria Luisa Pereira de Oliveira. Violência fatal, a vulnerabilidade das mulheres negras. [Violencia fatal, la vulnerabilidad de las mujeres negras]. Trabajo presentado en el III Seminário Internacional Rutas Críticas de la Violencia. Mayo, 2011. Porto ALEGRE.

hospitalarias, impidiendo, por lo tanto, el acceso al misoprostol por las personas en las farmacias. En la actualidad se intenta controlar el flujo de información sobre el fármaco en los sitios de Internet y las redes sociales, por medio de las Resoluciones N° 911/2006 y No.1050/2006, actualizada por la Resolución 1534 de abril de 2011 (véase el apéndice). Además de cuestionar la competencia de Anvisa para regular sobre dicha materia, creemos que la violación del derecho a la información no puede seguirse desde las restricciones existentes al acceso a la droga en sí. La medicación para el aborto puede ser legalmente proporcionada por el sistema nacional de salud brasileño (SUS) en los casos de violación y grave riesgo para la vida de las mujeres. Si las mujeres tienen acceso a esa tecnología de salud, por diversos medios, ellas no deben ser impedidas de tener el acceso a la información sobre cómo utilizar con seguridad la medicación para llevar a cabo el aborto (Comisión de Ciudadanía y Reproducción, CCR)⁵⁸.

Evidencias científicas sobre la efectividad del misoprostol como un método de aborto es uno de los factores que llevan a las mujeres a adoptarlo. Existen otras razones, tales como el bajo costo y la privacidad en que se permite hacerlo. El misoprostol y otros factores que han sustituido a los anteriores métodos agresivos (por ejemplo, recurrir a los objetos punzantes) están vinculados a cambios en el perfil de las muertes maternas y en los datos de abortos inseguros en el país.

La capacidad de tomar decisiones informadas se inscribe en la relación entre la autonomía y la información: cuando la mujer tiene acceso a la comprensión de las transformaciones en su propio cuerpo, puede decidir de acuerdo con su realidad. Prohibir la información sobre cuestiones relacionadas al aborto lleva a la probabilidad de daño en la salud reproductiva de mujeres y jóvenes - y no impide el aborto. La retención de información, así, no es eficaz en la reducción del número de abortos y, por el contrario, contribuye al empeoramiento de las condiciones en las cuales las decisiones de recurrir al aborto son hechas.

Femenización de la epidemia del VIH y relación con violencia - El crecimiento de la epidemia del VIH y del Sida entre mujeres y mujeres jóvenes ha sido verificado por los organismos sanitarios brasileños. Según el Ministerio de la Salud⁵⁹, de 1980 hasta junio de 2011, Brasil tiene 608.230 casos registrados de Sida. En 2010, fueron notificados 34.218 casos de la enfermedad y la tasa de incidencia del Sida en Brasil fue de 17,9 casos por 100 mil habitantes. Aunque los hombres todavía son la mayoría entre los enfermos, esa diferencia viene disminuyendo a lo largo de los años. Al dividir el número de casos de Sida entre mujeres y hombres, de acuerdo con la población, se puede observar que: en el 1989, la razón de sexos ha sido alrededor de 6 casos de Sida en el sexo masculino para cada 1 caso en el sexo femenino. El 2010 llegó a 1,7 caso en hombres para cada 1 en mujeres.

La franja etaria en la cual el Sida é más incidente, en ambos sexos, es la de 25 a 49 años de edad. Sin embargo, entre jóvenes de 13 a 19 años el número de casos de Sida é mayor entre las mujeres, configurando lo que se denomina de feminización de la epidemia del VIH y del Sida en Brasil. Según los propios organismos sanitarios, las relaciones desiguales de género y las vulnerabilidades específicas de las mujeres y de las mujeres jóvenes en particular, influyen fuertemente en este perfil epidemiológico. Según estudio elaborado por Gestos⁶⁰, en colaboración con el estudio multicéntrico, hay fuertes evidencias de que la violencia de género y el HIV se articulan imponiendo a las mujeres fuertes discriminaciones.

58 MISOPROSTOL AND VIOLATION OF THE RIGHT TO HEALTH AND THE RIGHT TO INFORMATION ON SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH. [Misoprostol y violación del derecho a la salud y del derecho a la información sobre salud sexual y reproductiva] Periodic universal review, cycle 2, June 2012. The Commission for Citizenship and Reproduction / CCR, Comisión de Ciudadanía y Reproducción, SP, Brazil, 2011.

⁵⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 2011. Aids no Brasil. [Ministerio de la Salud. Boletín Epidemiológico. Sida en Brasil]. <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>

⁶⁰ Violência contra a mulher e feminização do HIV/Aids no Mercosul. Estudo multicêntrico internacional. [Violencia contra la mujer y feminización del VIH/Sida en Mercosur. Estudio multicéntrico internacional]. Brasil – Gestos Soropositividade, Comunicação e Gênero. Uruguai, Argentina, Brasil y Chile (2010)

A pesar de haber una política nacional oficial de enfrentamiento a la violencia contra las mujeres coordinada por la Secretaría Especial de Políticas para las Mujeres en Brasil, en los estados la política es reproducida en los planes de los estados para combatir la violencia contra las mujeres con diferentes niveles y calidad. Son establecidas redes de servicios para enfrentar la violencia contra las mujeres y centros de referencia para ofrecer apoyo a las mujeres víctimas de violencia en polos municipales, y por medio de la creación de consejos estatales de mujeres y casas-abrigo para mujeres víctimas en situaciones de riesgo de vida.

Sin embargo la articulación entre esos servicios y la articulación con las políticas para prevenir o tratar la infección del VIH y el SIDA entre mujeres y jóvenes aún constituye una gran brecha en el país. Lo mismo es ocurre en relación con las redes establecidas, incluyendo las casas abrigo, los centros de referencia, los servicios ambulatorio especializados, y los Consejos Tutelares; la notificación de casos de violencia, que ahora es obligatoria y está bajo los términos de la Ley Maria da Penha, y también los servicios alternativos para tratar los agresores. La calidad de atención y asistencia en los refugios está siendo abiertamente cuestionada. El régimen de reclusión impuesto transforma la mujer de víctima en acusada y ha llevado a un nivel muy bajo de adhesión del usuario/a al servicio en todas las esferas. En este espacio, la discusión relacionada al VIH y SIDA es todavía un tabú y fuertemente ausente, excepto en algunas pocas capitales.

En general, en Brasil no hay propuestas para acciones previas a la violencia ser cometida (prevención, derechos de las mujeres y ciudadanía) y la mayoría de los servicios solamente son implantados en las capitales de los estados, de modo que el acceso a ellos es limitado para muchas de las mujeres que realmente los necesitan. Solamente más recién, debido a esfuerzos hechos por ONGs, investigaciones empezaron a ser implementadas para analizar el nivel de conexión entre violencia contra las mujeres (todos los tipos) como un factor que hace las mujeres más vulnerables al VIH y SIDA.

Otra pesquisa en el ámbito de la Campaña Women Won't Wait⁶¹ ha evidenciado la insuficiencia y mismo omisión de políticas públicas en la relación entre VIH y violencia contra la mujer (VCM). Según el estudio que buscó datos en 11 estados brasileños, aunque los casos de violencia contra la mujer son de notificación obligatoria en Brasil, no han sido encontrados registros o datos sobre el acceso de las mujeres víctimas de violencia a servicios de salud y que tengan recibido Profilaxia Pos-Exposición (PEP) o Contracepción/Anticoncepción de Emergencia (AE), o mismo de aquellas que han recibido asesoría legal o atención psicológica.

La inexistencia de un sistema nacional oficial para registrar e unificar los casos de violencia contra las mujeres es un problema a ser enfrentado. Pese a que hayan pesquisas que aborden las relaciones entre VIH y Violencia de género, de acuerdo con el Ministerio de la Salud, la Secretaría de Políticas Públicas para las Mujeres y el Área Técnica de la Salud de la Mujer, no hay estadísticas oficiales que correlacionen VIH y VCM. Ante la falta de datos para apoyar acciones tal vez se justifique la inexistencia, en Brasil, de campaña nacional en los medios de comunicación que relacione HIV y VCM, y que apunte la violencia como factor de riesgo para VIH.

La pesquisa ha evidenciado la ausencia de datos sobre capacitación en escuelas que permita reconocer alumnos/as en riesgo o que viven con VIH o en situación de violencia, o aún informaciones sobre protocolos de PEP y AE, pues son tecnologías recientes de prevención que todavía no están en el dominio general ni mismo por parte del personal de la salud en Brasil.

A pesar de haber, en Brasil, servicios nacionales relacionados a VIH que trabajan con reducción de daños, atención a la violencia, prevención de transmisión vertical, tratamiento, cuidado y apoyo al Sida, estos actúan de forma aislada y con poca interacción. Lo que se puede ver en la práctica son servicios que, no obstante promuevan la atención de personas viviendo con VIH, no dan cuenta de la diversidad de necesidades del agraviado de la epidemia del VIH y su relación con la violencia.

⁶¹ Campaña Women Wont Wait. <http://www.womenwontwait.org>, en Brasil coordinada por Gestos, Coletivo Feminino Plural y Rede Feminista de Saúde en el 2011.

Cáncer de mama - El cáncer de mama, a pesar de ser anunciado por el gobierno federal como una prioridad en las políticas públicas de salud, continúa impactando la vida de las mujeres brasileñas de forma creciente. En 2001, fueron cerca de 35 mil casos nuevos al año. En 2011 son cerca de 52 mil casos nuevos al año, correspondiendo a 52 casos a cada 100 mil mujeres. Es la segunda causa de muertes femeninas en el país. Según el Instituto Nacional del Cáncer⁶², exceptuando los melanomas de pele que son los más frecuentes entre las brasileñas, el cáncer de mama es el cáncer que más afecta las mujeres en todas las regiones, configurándose en la segunda causa en la región norte. La detección a tiempo de salvar la vida de las mujeres y el acceso al tratamiento constituyen todavía desafíos. Eso porque, a pesar de que exista legislación adecuada y políticas diseñadas inclusive con la participación de la Red Feminista de Salud, organización no gubernamental especializada en salud de la mujer, la efectividad de estos planes encuentra barreras en la condición socioeconómica de las mujeres y en el acceso y calidad de la atención que les ofrece el Sistema Único de Salud.

Las mujeres privadas de libertad - La situación de las mujeres privadas de libertad llama la atención por la persistencia de graves violaciones de derechos humanos fundamentales en el sistema penitenciario brasileño. Según Reporte del Grupo de Trabajo Ministerial (Reformulación del Sistema Penitenciario Femenino Brasileño, 2008)⁶³ hubo un incremento de 135% de esta población de 2000 a 2006, mientras el aumento de la población carcelaria masculina en el mismo período fue de 53,36%.

Las mujeres presas constituían, en Junio del 2007, cerca de 25.909 de los 308.000 detenidos en el sistema, correspondiendo a 6,2% de la población encarcelada en penitenciarías y comisarías de policía. En 2009, de la población penitenciaria de 473 mil personas presas en el país, 31 mil eran mujeres, según datos del Departamento Penitenciario Nacional, vinculado al Ministerio de la Justicia.

En los últimos años también se han tornado frecuentes las denuncias de violencias sexuales en los presidios, como el caso de la adolescente mantenida por 20 días en una prisión con más de veinte hombres, en Abaetetuba, estado del Pará, en noviembre de 2007, donde sufrió violencias sexuales.

En 2010, la Relatoría del Derecho a la Salud Sexual y Salud Reproductiva de la Plataforma Brasileña de Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales, coordinada por la médica Maria José de Oliveira Araújo, de la Red Feminista de Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, realizó Misiones (visitas in loco) en presidios femeninos en cuatro estados, distribuidos en tres regiones brasileñas - estados de Bahia y Pernambuco (Nordeste), Pará (Norte) y Rio Grande do Sul (Sur), clasificando como "...tenebrosa la situación de las mujeres encarceladas en Brasil".

El Reporte⁶⁴ constató: "Torturas, tanto físicas cuanto psicológicas, sumadas a la falta de estructura, de atención médica y psicológica y al acceso precario al sistema de justicia, componen un cuadro lamentable de violaciones". En todas las celdas, según la Relatoría había una "celda del castigo", donde las detenidas no recibían medicaciones, como antidepresivos y hasta antirretrovirales. Una interna embarazada, que reportó estar con un feto muerto, no ha sido asistida en el hospital y aguardaba la expulsión espontánea del feto. En Pará, mujeres aprisionadas en containers de acero, bajo el de la región norte del país, son asistidas apenas cuando gritan o golpean en las celdas. Durante las misiones, la Relatoría observó mujeres durmiendo en el suelo, con la presencia de ratones, baños estropeados, inexistencia de agua canalizada, basura por los pasillos, ventanas rotas. Muchas no poseen abogado y ni defensor público, o entonces no logran comparecer a las audiencias judiciales por falta de transporte.

⁶² <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>

⁶³ Reformulação do Sistema Prisional Feminino Brasileiro. Grupo de Trabalho Ministerial. [Reforma del Sistema de Penitenciarío Femenino. Grupo de Trabajo Ministerial]. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasília, 2008.

⁶⁴ Relatorias de Derechos Humanos. Plataforma Dhesca Brasil. In: <http://www.dhescabrasil.org.br/index.php>.

Según aun este Reporte, las mujeres privadas de libertad en Brasil tienen baja escolaridad, bajos ingresos, inseridas en mercado de trabajo informal. Muchas han sido presas cuando llevaban drogas, a pedido de sus compañeros, lo que sugiere una situación de subordinación de género. Se ha constatado aún que la situación de negligencia con la salud de las mujeres con VIH se torna aún más grave por la superpoblación, precariedad de las instalaciones, dificultad de acceso a insumos de prevención y de higiene, violencia y asistencia deficitaria a la salud. Las visitas a los presídios fueron definidas a partir de denuncias recibidas por movimientos sociales y entidades feministas.

Derechos sexuales y reproductivos de mujeres en prisiones - El desrespeto a los derechos sexuales y reproductivos y a la dignidad de las mujeres privadas de libertad se mantiene como práctica inclusive en el Estado de São Paulo, el más populoso y desarrollado de Brasil, donde el uso de esposas en mujeres en trabajo de parto en hospitales fue denunciado en noviembre del 2011 por la Asociación de los Jueces por la Democracia (AJD)⁶⁵ después de inúmeros relatos elaborados por el movimiento de mujeres. En Brasil, el uso de esposas solamente es lícito en casos absolutamente excepcionales y determina la aplicación de penalidades en los casos de abuso y constreñimiento físico y moral de los presos o presas, según la Súmula Vinculante n° 11 del Supremo Tribunal Federal.

En su posicionamiento, la Asociación de Jueces por la democracia argumenta que: a) esposar a las mujeres durante el parto constituye, incuestionablemente, un atentado a la dignidad humana (art. 1° de la Constitución Federal), un desrespeto a la integridad moral de las mujeres (art. 5° XLIX, de la Constitución Federal) y una ofensa a la especial protección a la maternidad y a la infancia, instituida como derecho social (art. 6° de la Constitución Federal); (b) constituye incumplimiento de garantía a la mujer de una asistencia apropiada en relación al parto, instituida en el art. 12, § 2° de la Convención de la ONU relativa a los derechos políticos de la mujer (1952); (c) somete también al recién-nacido a la discriminación en razón del parentesco, con violación de las garantías y derechos constitucionales de protección a la infancia (art. 227 de la Constitución Federal); (d) subvierte la lógica constitucional de acceso universal e igualitario a los servicios de salud (art. 196 de la Constitución Federal); (e) representa flagrante incumplimiento del deber de atención individualizada y tratamiento diferenciado a que tienen derecho las gestantes en los términos de la Ley Federal n° 10.048/00 y, aún; (f) desvela evidente violación del artículo 143 de la Constitución de São Paulo, que determina que la política penitenciaria estatal debe observar las reglas de la ONU para el tratamiento de presos, entre las cuales se destaca la regla n° 11 de las “Reglas de Bangcoc”, según la cual la presencia de personal penitenciario y de seguridad, durante la atención médica, observará la dignidad de la presa.

ⁱ Colaboraron para este Informe:

Carmen Hein de Campos (Cladem/Brasil - Themis Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero), *Beatriz Galli* (IPAS), *Telia Negrão* (Rede Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Coletivo Feminino Plural), *Alessandra Nilo* (Gestos Soropositividade Comunicação e Gênero – Laccaso), *Fernanda Tussi* (Coletivo Feminino Plural - Campanha Women Won't Wait), *Renata Jardim* (Coletivo Feminino Plural - Núcleo de Pesquisa sobre Corpo e Sexualidade da UFRGS), *Maria José Araújo* (Relatora de Saúde – Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos da Plataforma Dhesca Brasil), *Jussara Reis Prá* (Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Mulher e Gênero da UFRGS), *Maria do Espírito Santa Tavares dos Santos* (Conselheira da Rede Feminista de Saúde no Conselho Nacional de Saúde), *Margareth Arilha* (Comissão de Cidadania e Reprodução), *Maria Luisa Pereira de Oliveira* (Rede Feminista de Saúde, Plataforma Dhesca Brasil - Maria Mulher Organização de Mulheres Negras), *Ingrid Leão* (Cladem/Brasil), *Thais Gava* (ECOS – Comunicação e Sexualidade), *Tamara Gonçalves* (Cladem/Brasil), *Thais Lapa* (Cladem/Brasil)

⁶⁵ Juizes pedem fim do uso de algemas em partos de detentas em São Paulo [Jueces piden poner fin al uso de esposas en las reclusas durante los partos en São Paulo] (<http://www.redebrasilatual.com.br/temas/cidadania/2011/11/juizes-pede-fim-do-uso-de-algemas-em-partos-de-detentas-em-sao-paulo>).