

Monitoreando el Reporte Alternativo sobre la Situación de la Mortandad Materna en Brasil para la Convención Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Introducción

El Comité Latinoamericano y del Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), una organización no gubernamental con Status Consultivo ante la Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas, Categoría II, y Litigio Ciudadano por los Derechos Humanos –ADVOCACI- una organización brasileña no gubernamental, presentan este reporte “paralelo” dentro del contexto de la presentación del reporte oficial del Estado brasileño al Comité sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) de las Naciones Unidas.

El objetivo del reporte es proveer información adicional y suplementaria al Reporte Alternativo presentado ante el CDESC por las organizaciones de la sociedad civil brasileña. Dicho reporte enfoca principalmente la situación de la mortandad materna en Brasil y el status de la implementación del derecho a la no-discriminación y a la igualdad en el acceso al cuidado de la salud y al derecho a la salud, bajo la Convención Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CIDESC), de acuerdo al párrafo 21 del documento “Temas Sustantivos que Surgen en la Implementación de la Convención Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (E/C.12/2000/6).

Resumen Ejecutivo

Según el Reporte del Estado brasileño al CDESC, bajo la CIDESC, los índices de mortandad en Brasil son aún significativos. Se estima que 260 muertes maternas ocurren por cada 100,000 nacimientos vivos¹ en Brasil². Sin embargo, la magnitud de la mortandad materna en Brasil es aún desconocida, de acuerdo con los hallazgos de la Comisión Parlamentaria Federal de Investigación (CPFI) sobre la Mortandad Materna, reportada en Agosto del 2001³. Esta Comisión halló que el 98% de los casos de mortandad materna podían ser evitados⁴ y que los índices de mortandad materna no han disminuido en los últimos quince años, a pesar de las mejoras económicas subsiguientes.

La CPFI reportó que el 91.5% de los partos son realizados en hospitales públicos⁵. Adicionalmente, el 65.9% de las mujeres que murieron por causas de mortandad materna dependían totalmente del sistema de salud pública para dar a luz⁶. Más aún, la mortandad materna en Brasil tiene un impacto desproporcionado en la población descendiente de africanos, los mulatos, indígenas, pobres y las mujeres solteras que viven en las regiones más pobres del Brasil, incrementando sus riesgos de morir a causa de una mortandad

materna que podría ser evitada. Este panorama demuestra que el Estado brasileño está violando el derecho a la no-discriminación basada en el sexo (Artículo 2), el derecho a la igualdad entre los hombres y las mujeres (Artículo 3), y el derecho a la salud (Artículo 12) de la CIDESC, debido a su negligencia y omisión en proveer un acceso efectivo al cuidado de la salud a las mujeres embarazadas del Brasil.

El presente reporte recomienda las siguientes medidas que buscan hacer que el Estado brasileño haga cumplir las recomendaciones de la CPFI, y que éste cumpla con sus obligaciones internacionales bajo la CIDESC: establecer Comités de Mortalidad Materna (CMM) en todos los estados del país con recursos humanos y materiales para investigar los casos de muertes maternas que podrían ser evitados; promulgar legislación específica que apunte a uniformizar el trabajo, la metodología y los procedimientos de los CMM en todas las regiones del país; organizar campañas de medios públicos regionales para crear conciencia y dar visibilidad a la mortalidad materna como un tema de justicia social.

Tabla de Contenido:

I. Un panorama general sobre la mortalidad materna en Brasil

II. Comentarios sobre la mortalidad materna bajo artículos específicos del CIDESC

III. Conclusiones y recomendaciones

I. Un panorama general sobre la mortalidad materna en Brasil

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la décima revisión de la Clasificación Estadística Internacional sobre las Enfermedades, Lesiones y Causas de la Muerte (CEI-10), define la muerte materna como *“la muerte de una mujer estando embarazada o dentro de los 42 días de dar a luz, sin importar la duración y el lugar del embarazo, por cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o el manejo de éste, pero no por causas accidentales o incidentales”*⁷.

La información provista en el presente Reporte está basada en los hallazgos de la CPFI, como una fuente de data del Estado brasileño y de información sobre la mortalidad materna. De acuerdo con estos hallazgos, el Estado brasileño estima que entre 3,000 y 5,000 casos de mortalidad materna que podrían ser evitados ocurren cada año, variando según los diferentes estados y regiones⁸. Las muertes maternas son la octava causa de la muerte de mujeres entre los 10 y los 59 años de edad en las regiones pobres del país: Norte, Noreste, y Centro⁹. En estas regiones las mujeres están expuestas a un mayor riesgo de morir por causas de mortalidad materna que en el resto del país.

En 1994 el gobierno brasileño declaró la mortandad materna como una preocupación de salud prioritaria, bajo el Decreto N° 663 emitido por el Ministerio de Salud¹⁰. Más aún, la Constitución define la maternidad como un derecho social en el Artículo 6°. Enumera como “*derechos sociales: educación, salud, trabajo, esparcimiento, seguridad, bienestar, la protección de la maternidad, la niñez y la asistencia a la gente indefensa*”. Con respecto al derecho a estar libre de una muerte materna evitable, esta provisión puede ser invocada en combinación con otros artículos constitucionales tales como el Artículo 5°, *caput*, ítem I y XLI relacionado con la igualdad de derechos entre los hombres y las mujeres. Adicionalmente, el Artículo 196, protege el derecho a la salud a través de un acceso universal e igualitario a accesos y servicios para su promoción, protección y recuperación.

II. Comentarios sobre la mortandad materna bajo artículos específicos de la CIDESC

Artículo 2(2) de la CIDESC

Los Estados Partes de la presente Convención se comprometen a garantizar que los derechos enunciados en la presente Convención serán ejercidos sin discriminación de ninguna clase con respecto a raza, color, sexo, lenguaje, religión, opinión política o de otra naturaleza, origen nacional o social, propiedad, nacimiento u otro status.

El panorama brasileño de mortandad materna demuestra el grado al cual el Estado brasileño no está cumpliendo con sus obligaciones internacionales bajo la CIDESC. Los estudios epidemiológicos han mostrado que las mujeres con acceso limitado a un cuidado de la salud de buena calidad, a la educación y con bajos ingresos son más vulnerables a la mortandad materna¹¹. Mas aún, en las regiones del Norte, Noreste y Centro, los niveles de educación, ingresos y acceso al cuidado de la salud son mucho más bajos en comparación con otras regiones¹². De acuerdo a la información provista a la CPF1, el 33% de las mujeres en estas regiones no habían completado el primer nivel de educación y el 19.3% si lo había completado. El porcentaje de analfabetismo era más alto entre las víctimas de mortandad materna que entre la población general. Mas aún, un tercio de las familias de las víctimas recibían menos de 0.75 salario mínimo mensual.

De acuerdo con el censo brasileño, el 44% de la población brasileña es de descendencia africana¹³. Las mujeres descendientes de africanos tiene un menor acceso a la educación, un status social y económico más bajo, peores viviendas y condiciones de vida que las mujeres blancas. En relación con los aspectos de la salud reproductiva, tienen un menor acceso a métodos anticonceptivos y tienen más embarazos que las mujeres blancas. Las regiones del Norte, Noreste y Centro, concentran la mayoría de las muertes maternas (56.2%) de las mujeres descendientes de africanos, indígenas y mulatas.

Con respecto al estado civil de las víctimas de muertes maternas, se halló que la mayoría eran madres solteras (62.9%)¹⁴. La existencia de los altos índices de mortandad materna y su impacto desproporcionado sobre las vidas de las

mujeres, especialmente en los estados arriba mencionados, es una evidencia de un patrón sistemático de discriminación basado en el sexo, raza, estado civil y ubicación geográfica en su acceso al cuidado de la salud.

Artículo 3 de la CIDESC

Los Estados Partes de la presente Convención se comprometen a asegurar igualdad de derechos para los hombres y las mujeres al goce de todos los derechos económicos, sociales y culturales establecidos en la presente Convención.

Según el Reporte de la PNUD sobre Desarrollo Humano, Brasil es el 79º país con relación a la educación y el 95º con relación a las condiciones de salud de la población. La inequidad social es considerada como altamente desproporcionada, con el 10% de los ricos teniendo 48.7 veces más que el 10% de los pobres (1997)¹⁵. El panorama brasileño indica la falta de accesibilidad, disponibilidad, aceptación y calidad en el cuidado de la salud de las mujeres y por lo tanto la violación del Estado a los derechos humanos de las mujeres a la igualdad en el acceso al cuidado de la salud.

El hecho que sólo las mujeres pueden quedar embarazadas y tienen que asumir el riesgo de morir de mortandad materna en situaciones de embarazo, parto y post-parto, requiere que los Estados adopten medidas específicas para prevenir la muerte materna, garantizando la equidad en el acceso al cuidado de la salud con relación a los hombres.

Artículo 12 de la CIDESC

1. Los Estados Partes de la presente Convención reconocen el derecho de todos al goce de los más altos estándares obtenibles de salud física y mental.

2. Las medidas a ser tomadas por los Estados Partes de la presente Convención para lograr la total realización de este derecho deberán incluir aquellos necesarios para: (a) La provisión para la reducción del índice de partos de fetos muertos y de la mortandad infantil y para el sano desarrollo del niño; (b) la mejora de todos los aspectos de la higiene ambiental e industrial; (c) la prevención, tratamiento y control de las enfermedades epidémicas, endémicas, ocupacionales y otras; (d) la creación de las condiciones que aseguren a todos servicio y atención médica en caso de enfermedad.

El Comentario General 14 de la CIDESC en el Artículo 12¹⁶ establece, en su primer párrafo: “La salud es un derecho humano fundamental para el ejercicio de otros derechos humanos. Todos los seres humanos tienen el derecho de gozar de los más altos estándares obtenibles de salud que lleven a vivir una vida con dignidad”. Así, las principales causas de mortandad materna en Brasil pueden ser prevenidas y se relacionan con la falta de disponibilidad, aceptabilidad, calidad de servicios y equidad en acceder los servicios de salud para las mujeres. Esto es clave para que ellas gocen de la libertad, seguridad, equidad, privacidad y dignidad humana¹⁷. Con respecto al derecho a la salud materna, del niño y reproductiva, estipula, en el párrafo 14 que “La provisión

para la reducción del índice de partos de fetos muertos y de la mortandad infantil y para el desarrollo sano del niño, puede ser entendida como el requerimiento de medidas para mejorar los servicios de salud materna y del niño, y de la salud sexual y reproductiva, incluyendo el acceso a la planificación familiar, al cuidado pre y post-natal, a los servicios obstétricos y a la información, así como a los recursos necesarios para actuar en base a esa información”.

Un caso ejemplar de una muerte materna evitable: Alyne da Silva Teixeira

Alyne falleció el 16 de Noviembre del 2002 en el Hospital de Posse, en la municipalidad de Belford Roxo, en el estado de Río de Janeiro. El 11 de Noviembre fue al hospital buscando cuidado de la salud, quejándose de náusea. El 13 de Noviembre volvió, quejándose de los mismos síntomas. Fue ingresada al hospital y en el examen se descubrió que su feto ya estaba muerto. El 16 de Noviembre se le sometió a una operación quirúrgica para extraer al feto muerto. Su muerte puede ser atribuida, entre otros factores, a la demora de 8 horas en trasladarla a otro hospital con más recursos para su tratamiento. ADVOCACI presentó una acción judicial contra el Estado buscando una indemnización por su muerte, en beneficio de su hija de 5 años y de su marido, la cual está pendiente en la Corte Estatal de Río de Janeiro desde Febrero 2003, bajo el N° 20030010157742.

Existen otras condiciones que incrementan el riesgo de muerte de las mujeres en Brasil, tales como la realización de aborto clandestinos, no seguros, debido a la ilegalidad del aborto según la ley criminal brasileña. Las condiciones económicas, sociales, culturales y raciales también contribuyen a devaluar el estado de salud de las mujeres y de aumentar el riesgo de muerte por causas de mortandad materna¹⁸. Según los estándares de derechos humanos, una legislación nacional que criminaliza un procedimiento médico que sólo las mujeres necesitan, es de por sí discriminatorio¹⁹.

El aborto es la tercera causa de mortandad materna en Brasil²⁰. A pesar del hecho que el aborto está legalmente restringido en Brasil²¹, alrededor de 1 a 1.2 millones de mujeres se someten a este procedimiento cada año y 250,000 mujeres son tratadas en hospitales públicos debido a complicaciones de aborto. En la mayoría de los casos, existen complicaciones relacionadas con las condiciones inseguras que pueden conducir a una infección, una de las principales causas de la mortandad materna. Más aún, la práctica de abortos clandestinos puede ser responsable por la alta incidencia de las muertes maternas entre las mujeres de 15 a 19 años de edad. Las mujeres pobres no pueden pagar las costosas clínicas privadas y afrontan un riesgo más alto de morir de causas relacionadas con la mortandad materna. Adicionalmente, las mujeres no tienen acceso al aborto, ni siquiera en los casos en que éste está legalmente permitido, debido a la falta de disponibilidad de estos servicios²².

III. Conclusiones y Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones enfocan la implementación del derecho a la no-discriminación e igualdad en el acceso de las mujeres embarazadas al

cuidado de la salud y el derecho a la salud. De igual manera, el Comentario General 14 de la CIDESC manifiesta que *“Las violaciones del derecho a la salud también pueden ocurrir a través de la omisión o falla de los Estados en tomar las medidas necesarias que surgen de las obligaciones legales. Las violaciones a través de los **actos de omisión** incluyen el fracaso en tomar las medidas apropiadas hacia la completa realización de los derechos de todos al goce del más alto estándar obtenible de salud física y mental(...)”*²³. La negligencia del Estado en hacer cumplir las recomendaciones de la CPFI es una evidencia de su omisión en tomar medidas efectivas para reducir la mortandad materna.

A) Implementación de los Comités de Mortandad Materna en todos los estados del país con recursos humanos y materiales para investigar los casos evitables de muerte materna.

B) Promulgación de legislación cuyo objetivo sea uniformizar el trabajo, la metodología y los procedimientos de los CMM en todas las regiones del país.

El Estado brasileño estableció, entre otras políticas importantes para tratar la mortandad materna, los Comités de Mortandad Materna y los Comités Neonatales, así como comisiones de infecciones hospitalarias²⁴. El desarrollo de los Comités de Mortandad Materna estatales, regionales y municipales, ha sido implementado en el país desde 1987. Sin embargo, muchos de éstos aún carecen de la implementación y condiciones operativas para que funcionen²⁵. Un ejemplo de la negligencia del Estado brasileño con relación a la situación de la mortandad materna es el hecho que de 24 Comités que se establecieron inicialmente en el país, sólo 14 están activos.

C) Establecimiento de Defensorías del Pueblo dentro de la estructura del sistema de cuidado de la salud para recibir quejas de las familias relacionadas con casos evitables de muerte materna.

El Estado brasileño debe asegurar la no-discriminación e igualdad de las mujeres en el acceso al cuidado de la salud en ciertas regiones del país, para evitar el impacto discriminatorio y desproporcionado sobre la salud de las mujeres. El panorama brasileño contribuye a aumentar el riesgo de las mujeres de morir de causas evitables de mortandad materna en ciertas regiones del país. De manera de lograr este objetivo, el Estado brasileño debe proveer el acceso de las familias de las víctimas a los mecanismos administrativos y judiciales para incentivar la responsabilidad en casos evitables de muerte materna, a través de la creación de defensorías del pueblo en mortandad materna. Las defensorías tendrían un rol preponderante en promover la responsabilidad y fortalecer el rol de los Comités de Mortandad Materna para prevenir las muertes maternas buscando la responsabilidad institucional y proveyendo medidas reparativas.

D) Establecimiento de campañas de medios públicos regionales para crear conciencia y darle visibilidad a la mortandad materna.

El Estado brasileño debe realizar campañas regionales educativas y preventivas sobre mortandad materna para informar a las mujeres sobre las causas de la muerte materna evitable, especialmente en el Centro, Norte y Noreste, donde las mujeres no tienen acceso, disponibilidad, aceptación y calidad en los servicios de salud. Las campañas deben informar a la población acerca de los derechos humanos aplicados a la mortandad materna, orientando sobre el rol de los Comités de Mortandad Materna, las Defensorías del Pueblo y los Fiscales Públicos para buscar responsabilidades institucionales y reparación por las violaciones a los derechos económicos, sociales y culturales de las mujeres.

Notas:

1. Mortandad Materna en 1995: Estimados Desarrollados por la OMS, UNICEF y UNFPA, 2001, 42-47.

2. El índice de mortandad materna es expresado por cada 100,000 nacimientos vivos. La OMS solía calificar los índices de mortandad materna como Bajos: hasta 20/100,000 nacimientos vivos; Medianos: de 20 a 49/100,000; Altos: de 50 a 149/100,000; Muy Altos: más de 150/100,000. Sin embargo, el número real de muertes y nacimientos está en general, sub-reportado.

3. La Comisión Parlamentaria Federal de Investigación sobre la Mortandad Materna fue establecida el 27 de Abril del 2000 por el Poder Legislativo, con el objeto de investigar y elaborar un mapa de la situación de la mortandad materna en el país.

4. Las muertes maternal que podrían ser prevenidas son aquellas en las cuales las mujeres tienen acceso al cuidado de la salud durante el embarazo, el parto y el post-parto.

5. Ministerio de Salud del Brasil, Asistencia à Saúde da Mulher do Ciclo Gravídico-Puerperal SUS 1994 – 1997 (www.saude.gov.br)

6. Reporte CPI, página 45.

7. Ver Birth Rights, New Approaches to Safe Motherhood (Derechos de Nacimiento, Nuevos Enfoques para una Maternidad Saludable) El Instituto Panos, 2001, página 6.

8. Ver la página web del Ministerio de Salud brasileño: Asistencia à Saúde da Mulher do Ciclo Gravídico-Puerperal SUS 1994 – 1997 (www.saude.gov.br)

9. Red Feminista Brasileña sobre Salud y Derechos Reproductivos, Archivo de Mortandad Materna. Por contraste, las muertes maternas son consideradas la última causa de la muerte de mujeres en los países desarrollados.

10. Berquó E. y Cunha E. Morbimortalidade Femenina no Brasil (1979 a 1995), Campiñas, Unicamp, 2000

11. Ver Relatorio CPI Da Mortalidade Materna Federal (Reporte de la Comisión Parlamentaria de Investigación) Pág. 44. El Reporte está disponible en www.cfemea.org.br. Ultimo acceso 7 de marzo del 2003.

12. (Reporte CPI paginas 44-46)

13. Pinto E. y Souzas R. A Mortalidade Materna e a Questau Raza/Etnia: Importancia da ley do Quesito Cor no Sistema de Saude, en perspectivas sobre la salud y derechos reproductivos, la fundación John y Catherine T. MacArthur, Sao Paolo, Mayo del 2002.

14. Ver Reporte CPI en la página 52.

15. Ver Reporte del Desarrollo Humano 2001, Programa de desarrollo de las Naciones Unidas (www.undp.org.br)

16. CIDESC, Comentario General 14, UN ESCOR, 2000, Doc. N° E/C.12/2000/4

17. El Comité CIDESC también desarrolló, en el párrafo 12, el alcance del derecho a la salud,, el cual incluye la disponibilidad, acceso, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud.

18. Ver Cook R., "Protección Internacional de los Derechos Reproductivos de las Mujeres", NYU Journal of International Law & Politics (1992) 645-672.

19. Recomendación General N° 24 de la CEDAW.

20. Ver nota N° 3.

21. Código Penal, artículos 124 al 128. El aborto es legal sólo en casos en los cuales el embarazo resulta de una violación o la vida de la mujer está en peligro. Sin embargo, la jurisprudencia ha reconocido cada vez más el derecho al aborto en casos de anomalía del feto.

22. Al respecto, en 1998, el Ministerio de Salud promulgó una Norma Técnica para "Prevenir y Tratar los Daños Resultantes de la Violencia Sexual contra la Mujer y los Adolescentes", la cual fue un mecanismo importante para garantizar el acceso de las víctimas de violación a servicios legales de aborto y anticoncepción de emergencia.

23. CIDESC, Comentario General 14, en el párrafo 49.

24. Decretos del Ministerio de Salud Nros. 3.016 del 19 de Junio de 1998; 3.018 del 19 de Junio de 1998; 3.447 del 20 de Agosto de 1998; 3.482 del 20 de Agosto de 1998.

25. En 1999, una encuesta nacional sobre el trabajo de estos Comités encontró que de 26 comités estatales, 4 no estaban funcionando y 5 estaban siendo reformados. Adicionalmente, los comités que fueron considerados como que funcionaban eficientemente, estaban localizados en los estados de Acre, Roraima, Amazonas, Tocantins, Bahía, Sergipe, Ceará, Pernambuco, Río Grande do Norte, Río de Janeiro, Sao Paulo, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina, Río Grande do Sul, Goiás, Matto Grosso y Distrito Federal, Ibid.