

UNA CAUSA ABIERTA POR LAS MUJERES EN AMERICA LATINA

IV Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo, CEPAL

1. Análisis del caso¹

El caso se refiere al aumento de la tasa de mortalidad materna (MM) en Brasil durante la pandemia de Covid-19. Un estudio afirmó que, entre febrero y junio de 2020, hubo 160 muertes maternas conocidas en todo el mundo y 124 ocurrieron en Brasilⁱ. En septiembre 2020 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) anunció el aumento de MM por Covid-19ⁱⁱ, colocando a Brasil - junto con México- a la cabeza con 135 muertes. En ese momento la MM entre las mujeres afrobrasileñas era casi el doble que la MM de las mujeres blancasⁱⁱⁱ. Si bien se conocía que el aborto inseguro es una de las principales causas de MM en Brasil^{iv}, se dificultó el funcionamiento a los servicios de aborto legal, disminuyendo los recursos de los programas de atención a las mujeres en situación de violencia, expidiendo medidas^v que podían inhibir la búsqueda del servicio e, incluso, el Ministerio de salud llegó a sugerir que las mujeres trataran de evitar el embarazo^{vi}.

En enero 2021 se inició el Plan Nacional de Vacunación Covid-19^{vii}. Las mujeres embarazadas y puérperas no figuraban en él debido a la falta de información basada en pruebas sobre los efectos secundarios en los fetos^{viii}. En marzo 2021 el Ministerio de Salud publicó una nota técnica^{ix} con directrices para la vacunación de mujeres embarazadas, puérperas y lactantes, incluyendo solo a las que tenían comorbilidades^x. Si bien en abril 2021 se amplió la vacunación a todas las mujeres, tras un caso aislado de una gestante que murió debido a una condición posiblemente asociada con una vacuna en particular, en mayo 2021, el Ministerio suspendió la vacunación de todas las embarazadas y puérperas, incluso con otro tipo de vacunas. Sólo a fines de julio el Ministerio aprobó reanudar la vacunación de esta población. Entre enero y abril de 2021 se conocieron 653 muertes maternas como consecuencia de Covid-19^{xi}. Los datos en 2021 muestran que las mujeres *pretas* y afrobrasileñas representaron el 61,3% de los casos de MM por Covid-19.

2. Relación del caso con el Consenso de Montevideo

a. **Datos y estadísticas:** El Observatorio Obstétrico Brasileño Covid-19 creado para registrar el número de mujeres embarazadas y puérperas infectadas que murieron en la pandemia, encontró un vacío de 42 días sin información actualizada^{xii}. También se generaron dificultades para que los datos pudieran contribuir a la planificación de políticas públicas en medio de la emergencia^{xiii}.

Algunas medidas del Consenso de Montevideo que no se cumplieron y que pueden implementarse

17. **Garantizar también datos estadísticos confiables**, desagregados por sexo, edad, condición migratoria, raza, etnia, variables culturales y ubicación geográfica en materia de educación, **salud, en particular salud sexual y salud reproductiva**, (...);

102. **Mejorar las fuentes de datos**, (...) promoviendo la plena independencia de los sistemas nacionales de estadística (...);

103. **Asegurar recursos financieros y humanos suficientes para desarrollar sistemas integrados de información confiables, oportunos y de calidad, con perspectiva de género.**

b. **Salud sexual y reproductiva:** A pesar de las elevadas tasas de MM identificadas en 2020, en Brasil no se adoptaron acciones efectivas para garantizar la salud de mujeres^{xiv}. Adicionalmente, los servicios de aborto fueron “obstaculizados” y se llegó a sugerir a las mujeres que evitaran el embarazo^{xv}.

Algunas medidas del Consenso de Montevideo que no se cumplieron y que pueden implementarse

33. **Promover, proteger y garantizar la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos** (...);

35. **Revisar la legislación, las normas y prácticas que restringen el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva**, (...) y asegurar el acceso a la información completa sobre todas las opciones de servicios disponibles para todas las personas sin discriminación de ningún tipo (...);

37. **Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad**, tomando en consideración las necesidades específicas (...).

12. **Implementar programas de salud sexual y reproductiva integrales, oportunos y de buena calidad** para adolescentes y jóvenes, incluyendo servicios de salud sexual y reproductiva (...);

40. **Eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando en el conjunto de prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva**

¹ Carmen Cecilia Martínez. Directora Asociada de Estrategias Legales del Programa para América Latina y el Caribe del Centro de Derechos Reproductivos.

UNA CAUSA ABIERTA POR LAS MUJERES EN AMERICA LATINA

IV Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo, CEPAL

medidas para prevenir y evitar el aborto inseguro, que incluyan la educación en salud sexual y salud reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado (...);

42. Asegurar, en los casos en que el aborto es legal (...) la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados y no aceptados e instar a los demás Estados a considerar modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción del embarazo (...).

c. **Discriminación racial**: La MM vinculada a Covid-19 en mujeres afrobrasileñas ha sido casi el doble en comparación con la de las mujeres blancas^{xvi}.

Algunas medidas del Consenso de Montevideo que no se cumplieron y que pueden implementarse

95. Garantizar **el ejercicio del derecho a la salud de las personas afrodescendientes, en particular la salud sexual y la salud reproductiva** (...) tomando en cuenta sus especificidades socioterritoriales y culturales, así como factores estructurales, como el racismo

96. Promover el desarrollo de las poblaciones afrodescendientes, a través de la implementación de políticas públicas, la elaboración de normas y la creación de una institucionalidad rectora que lleve adelante sectorialmente políticas, planes y programas de acción afirmativa que integren los principios de igualdad y no discriminación en todos los niveles de gobierno (...);

97. Garantizar las **políticas para elevar las condiciones de vida de las mujeres afrodescendientes asegurando plenamente sus derechos**, en particular los derechos sexuales y reproductivos.

3. Cuáles son los derechos humanos más seriamente comprometidos en el caso concreto

Los órganos de vigilancia de tratados han desarrollado fuertes estándares sobre el derecho a la atención de la salud materna, enmarcando este derecho dentro de los derechos a la vida, a la salud, a la igualdad y a la no discriminación, entre otros^{xvii}. Los Estados están obligados por el derecho internacional de los derechos humanos a respetar, proteger y cumplir los derechos humanos en relación con la salud materna, el embarazo y el parto^{xviii}.

a. **Derecho a la vida**: En el 2011, ya el Comité CEDAW había condenado a Brasil por la muerte materna de *Alyne da Silva Pimentel Teixeira*, una mujer afrobrasileña a la que no se le brindó la atención obstétrica que necesitaba. A partir de esa decisión Brasil asumió un compromiso internacional para “reducir las muertes maternas prevenibles”^{xix}. El derecho a la vida estipulado en el artículo 4 de la Convención Americana de Derechos Humanos incluye el deber de los Estados de adoptar las medidas necesarias para disuadir cualquier amenaza del derecho a la vida^{xx}. En el caso de la comunidad indígena *Xákmok Kásek*, en donde una de las víctimas era una mujer indígena que murió debido a complicaciones durante el parto y no recibió atención médica, la Corte IDH declaró que el Estado violó el derecho a la vida “por cuanto no adoptó las medidas positivas necesarias dentro del ámbito de sus atribuciones, que razonablemente eran de esperarse para prevenir o evitar el riesgo al derecho a la vida”^{xxi}. En su medida 40 el Consenso de Montevideo establece que los Estados deben eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna.

La prestación de servicios de salud materna es comparable con una obligación esencial que no puede ser derogada bajo ninguna circunstancia. Durante la pandemia, órganos de derechos humanos, como el Comité CEDAW, establecieron que estos servicios son esenciales, por lo que deben seguir ofreciéndose^{xxii}. Brasil incumplió sus obligaciones internacionales al no tomar las medidas positivas y negativas necesarias para prevenir la mortalidad y morbilidad materna durante la pandemia. En consecuencia, se comprometió la vida de cientos de mujeres gestantes en ese país.

b. **Derecho a la Salud**: Los Estados tienen la obligación de garantizar los servicios de salud materna como parte de su deber de garantizar el derecho a la salud, en particular, el derecho a la salud reproductiva^{xxiii}. En el citado caso *Alyne* se determinó que los Estados tienen “el deber de asegurar el derecho de las mujeres a una maternidad segura y a servicios obstétricos de emergencia, y de asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles”^{xxiv}.

En el Consenso de Montevideo, entre otras medidas, se establece la de “garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad”^{xxv}. Durante la pandemia se vieron afectados “de manera desproporcionada los 4 pilares de la cobertura universal en salud sexual y reproductiva: i) la disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva; ii) los recursos y equipamiento; iii) la demanda y iv) el acceso a los servicios de salud”^{xxvi}. Esto fue más que evidente

UNA CAUSA ABIERTA POR LAS MUJERES EN AMERICA LATINA

IV Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo, CEPAL

en Brasil donde la atención en salud materna es un problema histórico, agravado aún más por la pandemia. Ello, tanto por la propia enfermedad que ha afectado de forma desproporcionada a las mujeres embarazadas, como por la falta de calidad de la atención sanitaria y las políticas adoptadas como respuesta, que no han sido capaces de mitigar y prevenir los riesgos agravados durante el embarazo que se vislumbraron en las altas tasas de MM, comprometiendo así la salud de las mujeres gestantes en Brasil.

c. **Estar libre de violencia y discriminación:** La “Convención de Belém do Pará” establece que la violencia contra la mujer es “una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres”^{xxvii} y reconoce el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia^{xxviii}. En el caso *I.V. Vs. Bolivia*, una mujer refugiada esterilizada sin su consentimiento, se determinó que el deber estatal de prevenir la violencia contra la mujer “adquiere especial relevancia cuando se encuentran implicadas violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres”^{xxix}. Los Estados deben garantizar que sus servicios de salud materna satisfagan las necesidades específicas de las mujeres sin discriminación. Dentro de las medidas que establece el Consenso de Montevideo los Estados no solo deben asegurar los servicios de salud sexual y reproductiva sin discriminación, sino que deben “cumplir con el compromiso de promover y asegurar la aplicación de la perspectiva de género y su intersección con la raza, etnia (...)”.

Durante la pandemia, autoridades en derechos humanos pidieron a los gobiernos que abordasen las necesidades sanitarias específicas de “las personas que se enfrentan a formas múltiples e intersectoriales de discriminación que pueden verse afectadas de manera desproporcionada por la pandemia^{xxx}. Las políticas de salud materna de Brasil no garantizaron el acceso a una atención de calidad en salud materna a todas las mujeres en condiciones de igualdad. Tampoco se abordaron necesidades sanitarias específicas y diferenciadas de las mujeres, especialmente de las mujeres de bajos recursos económicos y en particular de las mujeres *pretas* y afrobrasileñas, que, aun después del caso de Alyne, enfrentan discriminación en el ámbito de la salud^{xxxi}. Este aspecto continúa siendo una deuda respecto al abordaje interseccional de las dimensiones de género y raza para enfrentar la discriminación que enfrenta dicho grupo poblacional en el sistema de salud.

4. Recomendaciones de acciones concretas

- a. Aplicar un enfoque de derechos humanos con perspectiva de género, enfoque intercultural e interseccional
- b. Aplicar políticas adecuadas que tengan en cuenta el impacto desproporcionado que la falta de acceso a la atención materna de calidad tiene en las mujeres de comunidades marginadas
- c. Diseñar las políticas y/o programas, en conversación con estos grupos, y siguiendo las recomendaciones de los órganos de vigilancia de los tratados
- d. Asegurar la disponibilidad de la salud materna que implica velar porque haya personal capacitado y calificados formados para prestar todos los servicios de salud sexual y reproductiva
- e. Garantizar la accesibilidad en la atención que incluye la accesibilidad de información e ideas relativas sobre la salud materna para todas las personas y grupos, la cual debe proporcionarse de manera compatible con las necesidades de las personas y tomando en consideración, por ejemplo, los conocimientos lingüísticos
- f. Asegurar la aceptabilidad en la atención de salud reproductiva, siendo los servicios culturalmente apropiados a la par que sensibles al género, raza, etnia, y deben estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas
- g. Garantizar la atención de calidad en los servicios de salud materna, minimizando los retrasos en la atención, incluyendo la difusión de información que permita a las mujeres tomar decisiones a tiempo
- h. Cumplir con la transparencia activa, produciendo información, datos y estadísticas actualizadas y basadas en la evidencia. Para ello debe contemplarse una lógica inclusiva y de ampliación de derechos que pueda contribuir a la elaboración de políticas y programas que promuevan el acceso a servicios de salud reproductiva y que contribuya a que las personas estén en condiciones de tomar decisiones libres y responsables respecto de su propio cuerpo y salud sexual y reproductiva
- i. Eliminar prácticas como: la denegación de información completa sobre salud y los tratamientos aplicables; humillaciones verbales; intervenciones médicas forzadas o coaccionadas; formas de violencia física, psicológica y sexual; prácticas invasivas; y el uso innecesario de medicamentos, entre otras manifestaciones que pueden constituir violencia obstétrica, erradicando también los estereotipos de género y de raza de la atención en salud reproductiva

UNA CAUSA ABIERTA POR LAS MUJERES EN AMERICA LATINA

IV Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo, CEPAL

- j. Dotar los servicios de salud reproductiva con recursos financieros, humanos y tecnológicos para brindar un acceso universal a la salud sexual y la salud reproductiva de todos y todas, tomando en cuenta las especificidades socioterritoriales y culturales, sin discriminación.

- i Maira L. S. Takemoto, Mariane de O. Menezes, Carla B. Andreucci, Marcos Nakamura-Pereira, Melania M.R. Amorim, Leila Katz, Roxana Knobel. *The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting*. Julio 2020. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.13300>
Ver también: *Oito em cada dez gestantes e puérperas que morreram de coronavírus no mundo eram brasileiras*. Julio 2020. Disponible en: <https://emails.estadao.com.br/blogs/ser-mae/oito-em-cada-dez-gestantes-e-puerperas-que-morreram-de-coronavirus-no-mundo-eram-brasileiras/>
- ii Ver: *Sobe para 458 número de mortes de grávidas por covid-19 nas Américas, diz Opas*. Septiembre 2020. Disponible en: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/afp/2020/09/22/sobe-para-458-numero-de-mortes-de-gravidas-por-covid-19-nas-americas-diz-opas.htm>
- iii Ver: *Pretas grávidas e no pós-parto morrem mais por Covid-19 do que brancas*. Agosto 2020. Disponible en: <https://br.noticias.yahoo.com/pretas-gravidas-e-no-pos-parto-morrem-mais-por-covid-19-do-que-brancas-165557563.html?guccounter=1>
- iv Junto con los trastornos hipertensivos, las hemorragias y las infecciones.
- v Ordenanza 2.561/2020. Disponible en: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.561-de-23-de-setembro-de-2020-279185796?fbclid=IwAR2aCOE2Hz16UuMk7fvPkdpN2nze2BJNHyx2vaO7KpwXtqyUDiCJJCOSvKY>
- vi Causa Abierta. Caso Covid-19 en Brasil: cuando el gobierno federal contribuye al aumento de la mortalidad materna. Sección “los hechos, la población afectada y la respuesta del Estado”. 27 de junio de 2022
- vii Ver: *Vacina da Covid será contraindicada para menores de 18 e gestantes, diz portal*. Diciembre 2020. Disponible en: <https://saude.ig.com.br/coronavirus/2020-12-09/vacina-da-covid-sera-contraindicada-para-menores-de-18-e-gestantes-diz-portal.html>
- viii La Federación Brasileña de Ginecología y Obstetricia emitió un dictamen en el que se deja a la discreción de cada médico la evaluación, con sus pacientes, de la aplicación o no de la vacuna. Ver: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1207-recomendacao-febrasgo-na-vacinacao-gestantes-e-lactantes-contracovid-19>
- ix Ministerio de salud de Brasil. Nota técnica N°1/2021. Marzo 2021. Disponible en: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/NT_12021_DAPESSAPS_MS.pdf
- x Comorbilidades que correspondiesen a los grupos prioritarios que debían ser inmunizados.
- xi Ver: *Sem vacina, morte de grávidas será 4 vezes maior que em 2020, diz Fiocruz*. Mayo 2021. Disponible en: <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2021/05/27/mortalidade-materna-covid.htm>
- xii Ver: https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/
- xiii Causa Abierta. CASO. Covid-19 en Brasil: cuando el gobierno federal contribuye al aumento de la mortalidad materna. Sección: Introducción. 27 de junio 2022.
- xiv Entre enero y mayo de 2021 se registraron 575 muertes entre mujeres embarazadas y puérperas. Ver: Francisco RPV, Lacerda L, Rodrigues AS. *Obstetric Observatory BRAZIL - COVID-19: 1031 maternal deaths because of COVID-19 and the unequal access to health care services*. Junio 2021. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8221555/>
- xv Causa Abierta. Caso Covid-19 en Brasil: cuando el gobierno federal contribuye al aumento de la mortalidad materna. Sección “los hechos, la población afectada y la respuesta del Estado”. 27 de junio de 2022.
- xvi DS Santos et al. Disproportionate Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Among Pregnant and Postpartum Black Women in Brazil Through Structural Racism Lens, *Clinical Infectious Diseases*, Volume 72, Issue 11, 1 June 2021, Pages 2068-2069.
- xvii Comité CEDAW, Recomendación General. No. 24; Comité DESC, Observación General No. 20; Comité DESC, Observación General. No. 14; Informe del Relator Especial sobre el Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Doc. A/61/338, 13 de septiembre de 2006.
- xviii Ver: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_MMM_WEB_SP.pdf
- xix Comité CEDAW. Caso Alyne Da Silva Pimentel vs Brasil. CEDAW/C/49/D/17/2008. 10 de agosto de 2011. Recomendación 2.f.
- xx Corte IDH. Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Párr. 169.
- xxi Corte IDH, Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek. Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010. Párr. 234.
- xxii Comité CEDAW, *Guidance Note on CEDAW and COVID-19*. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CEDAW/Statements/CEDAW_Guidance_note_COVID-19.docx
- xxiii De hecho, el Comité CEDAW, en su Recomendación General N° 24 sostuvo que los Estados están obligados a brindar servicios para garantizar que “los embarazos, los partos y los puerperios tengan lugar en condiciones de seguridad”. Comité CEDAW. Recomendación General N° 24. 2 de febrero de 2009. Párr. 27.
- xxiv Comité CEDAW, Alyne da Silva Pimentel Teixeira Vs. Brasil. CEDAW/C/49/D/17/2008. 10 de agosto de 2011. Párrs. 7.3. y 8, núm. 2, lit. a).
- xxv Consenso de Montevideo. Medida N° 37.
- xxvi Diálogo virtual: Los efectos de la pandemia del COVID-19, desafíos para la salud sexual y reproductiva en el contexto del logro del desarrollo sostenible. Octubre 2020. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/eventos/dialogo-virtual-efectos-la-pandemia-covid-19-desafios-la-salud-sexual-reproductiva-contexto>. En “El Sistema de Alertas Regional: una herramienta para el monitoreo y la acción política Segundo informe analítico” Gonzalez, A. Diciembre 2020.
- xxvii Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Preámbulo. Disponible en: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- XXVIII** *Ibidem*. Arts. 3 y 6.
- XXIX** Corte IDH. Caso I.V. Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Párr. 250.

xxx Comité DESC *Statement on the coronavirus disease (COVID-19) pandemic and economic, social and cultural rights*, párr. 15; Comité CEDAW *Guidance Note on CEDAW and COVID-19*; Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas, *Responses to the COVID-19 pandemic must not discount women and girls*; OHCHR, *COVID-19 and Women's Human Rights*.

xxxi Ver: Comité CEDAW, Comunicación nº 17/2008, 27 de septiembre de 2011, Comité CEDAW. Caso Alyne Da Silva Pimentel vs Brasil. CEDAW/C/49/D/17/2008. 10 de agosto de 2011. 7.4, 7.5 y 7.6