

2018

Implementando recomendaciones de los derechos humanos internacionales para mejorar la atención obstétrica en Brasil

Alicia E. Yamin, Beatriz Galli y Sandra Valongueiro

Formato de cita recomendado

Alicia E. Yamin, Beatriz Galli y Sandra Valongueiro, "Implementando recomendaciones de los derechos humanos internacionales para mejorar la atención obstétrica en Brasil", Revista Argentina de Teoría Jurídica 19 2 (2018)

Para más trabajos publicados en la Revista Argentina de Teoría Jurídica acceda a revistajuridica.utdt.edu

Este artículo está disponible gratis y de forma pública por la Revista Argentina de Teoría Jurídica de la Universidad Torcuato Di Tella. Para más información, por favor contactarse con ratj@utdt.edu

Implementando recomendaciones de los derechos humanos internacionales para mejorar la atención obstétrica en Brasil

Alicia E. Yamin¹, Beatriz Galli² y Sandra Valongueiro³

Abstracto

En 2011, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas (CEDAW) emitió una decisión innovadora en el caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira contra Brasil que trató la muerte materna de una joven mujer afrobrasileña. La CEDAW hizo notar fallas sistémicas en el sistema de salud brasileño que se combinaron para violar los derechos a la vida, a la salud y al acceso a los servicios de salud materna de Alyne. Casi 5 años después, y luego de intercambios significativos entre las partes involucradas, una comisión técnica de seguimiento fue creada con la ayuda del Centro para los Derechos Reproductivos, y se le fue dada la bienvenida por el gobierno de Brasil. La comisión marcó un precedente al buscar moverse más allá de las brechas del “cumplimiento” y se concentró en cambio en problemas que podrían catalizar un nuevo compromiso por parte de partes interesadas a nivel nacional, tanto gubernamentales como no gubernamentales, con el objetivo de avanzar sobre las recomendaciones del CEDAW a través de no solo la creación, sino también de la efectiva implementación de políticas y programas que promuevan los derechos prácticos sexuales y reproductivos de las mujeres, incluyendo el derecho a una maternidad segura. Aquí se describe el marco de derechos humanos de la comisión técnica de seguimiento, sumado a sus descubrimientos relacionados con marcos legales y políticos, programación basada en la evidencia y el monitoreo y vigilancia de proveedores.

Palabras clave: Responsabilidad; Brasil; Leyes sobre Derechos Humanos; Salud Materna; Mortalidad Materna; Atención Obstétrica; Salud Reproductiva; Derechos Reproductivos.

I. Introducción

¹ Georgetown University Law Center, Washington DC, EEUU

² Ipas, Sao Paulo, Brasil

³ Universidad Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

El 10 de agosto de 2011, el Comité de las Naciones Unidas de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas (CEDAW) emitió una decisión innovadora en el caso de Alyne da Silva Pimentel Texeira contra Brasil. El caso fue presentado por las organizaciones no gubernamentales, el Centro para la Defensa de Derechos Reproductivos y Defensa del Ciudadano para los Derechos Humanos el 30 de noviembre de 2007. En agosto de 2011, el comité del CEDAW encontró que el gobierno brasileño había fallado en asegurar acceso a tiempo a atención obstétrica de calidad (EmOC) en el caso de una joven afro-brasileña que murió una muerte maternal prevenible.⁴ Alyne tenía 28 años y vivía en la pobreza cuando buscó ayuda médica cuando se presentaron eventos adversos al llegar los 6 meses de embarazo. Muere debido a demoras excesivas para recibir cuidados apropiados en dos instalaciones en noviembre del 2001.

La decisión del comité del CEDAW señaló a las fallas sistemáticas del sistema de salud pública brasileño que se combinaron para violar los derechos a la vida, a la salud y al acceso a los servicios de salud materna de Alyne. El comité del CEDAW encontró discriminación inter-racial de Alyne (de descendencia africana), estatus socioeconómico y ubicación geográfica. La decisión fue también la primera adjudicación supranacional en clarificar que el acceso al EmOC es tanto un problema de igualdad de género y un problema de salud, además de abordar directamente el deber del estado de vigilar a los proveedores privados e individuales del sistema de salud.

Los patrones de mortalidad materna revelan problemas fundamentales con respecto al estatus social y económico de las mujeres en la sociedad, además de los problemas del funcionamiento del sistema de salud. Como lo denota el comité del CEDAW, la muerte de Alyne fue emblemática de patrones en el sistema de salud brasileña el cual refleja problemas de discriminación interconectados basados en el género y la raza de la sociedad brasileña.^{5 6}

La información proveída por el Ministerio de Salud entre el 2010 y el 2015⁷ indica que el ratio de mortalidad materna en Brasil disminuyó a 60 muertes por cada 100.000 partos con vida. En febrero de 2017, el gobierno brasileño en proceso de la Revisión Periódica Universal en el Consejo de Derechos Humanos declaró que entre 1990 y 2013, el número de muertes

⁴ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Alyne da Silva Pimentel Teixeira v. Brazil [sitio web de OHCHR]. Publicado en 2011. http://www2.ohchr.org/english/law/docs/CEDAW-C-49-D-17-2008_en.pdf. Accedido el 26 de febrero de 2018.

⁵ Cook RJ, Galli B. Invoking human rights to reduce maternal deaths. *Lancet*. 2004;363:73

⁶ Shaw D, Cook RJ. Applying human rights to improve access to reproductive health services. *Int J Gynecol Obstet*. 2012;119:S55-S59.

⁷ EBC Agencia Brasil. Brazil reduces maternal mortality, but still far from ideal, says expert. [EBC website]. Publicado en 2017. <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-05/brasil-reduz-mortalidade-materna-mas-continua-longo-do-ideal-diz-especialista>. Accedido el 27 de febrero del 2018.



relacionadas a nacimientos y embarazos se redujo en un 43%.⁸ A pesar de este progreso, la reducción en el ratio de mortalidad materna no ha sido la misma como se observa.

Casi 5 años después de la decisión tomada por el comité, y luego de intercambios significativos entre las partes involucradas, una comisión técnica de seguimiento fue creada con el apoyo de los peticionantes –el Centro para los Derechos Reproductivos– y fue bienvenida por el gobierno de Brasil. La comisión marcó un precedente al moverse más allá del cumplimiento formal con las recomendaciones publicadas por el comité del CEDAW. Buscó hacer más que identificar brechas en el “cumplimiento”, concentrándose en cambio en problemas que podrían catalizar un nuevo compromiso por parte de partes interesadas a nivel nacional, tanto gubernamentales como no gubernamentales, con el objetivo de avanzar sobre las recomendaciones del CEDAW a través de no solo la creación, sino también de la efectiva implementación de políticas y programas que promuevan los derechos prácticos sexuales y reproductivos de las mujeres, incluyendo el derecho a una maternidad segura.

Dadas las amplias recomendaciones del comité del CEDAW, lo que busca el presente artículo es resumir los descubrimientos de la comisión de seguimiento técnica que están específicamente relacionados a los parámetros legales de los proveedores, el rol del entrenamiento y prácticas clínicas y la planeación de la salud basada en evidencia para la mejora de la calidad de la atención obstétrica. Aquí se describe el marco de derechos humanos de la comisión técnica de seguimiento, sumado a sus descubrimientos relacionados con marcos legales y políticos, programación basada en la evidencia y el monitoreo y vigilancia de proveedores.

Dos autores (AEY y SV) participaron en la comisión, y el tercer autor (BG), un ex Ponente Nacional Especial sobre los Derechos a la Salud Sexual y Reproductiva en Brasil, estuvo involucrado en caso de Alyne da Siva Pimentel Teixeira y sus continuaciones. Por lo tanto, el presente artículo refleja observaciones de primera mano de las realidades, además de proveer un análisis del alcance de las leyes y las políticas. Es importante notar que, a pesar de los retos existentes para implementar políticas públicas de salud en el contexto de una seria crisis económica y política,⁹ el gobierno brasileño no solo se encontró con los expertos durante su visita in situ desde el 27 de julio al 31 de julio de 2015, sino que también ha demostrado

⁸ Asamblea General de las Naciones Unidas. Proyecto de informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal. A/HRC/WG.6/27/BRA/1. [Universal Periodic Review website]. Publicado en 2017. https://www.upr-info.org/sites/default/files/document/brazil/session_27_-_may_2017/a_hrc_wg.6_27_bra_1_e.pdf. Accedido el 27 de febrero de 2018.

⁹ Yamin AE, Valongueiro V. *Report of Follow-up Commission to Assess Implementation of General Recommendations of CEDAW Committee: From July 27 to 31 2015*. Rio de Janeiro: Centro para los Derechos Reproductivos; 2015.

continuamente estar dispuesto a participar en diálogos productivos sobre qué medidas deberían ser tomadas para acelerar la implementación de las recomendaciones del comité del CEDAW.⁹

II. Un círculo de responsabilidad

Las recomendaciones del comité del CEDAW incluyeron tanto medidas específicas, como las reparaciones apropiadas para la madre e hija de Alyne, y las siguientes medidas generales. Primero, asegurar el derecho de las mujeres a una maternidad segura y accesibilidad económica al EmOC. Segundo, entrenamiento adecuado para los profesionales de salud, especialmente en cuanto a la salud y derecho reproductivo de las mujeres, incluyendo tratamientos médicos de calidad durante el embarazo y el parto, y acceso a tiempo al EmOC. Tercero, garantizar el acceso a remedios efectivos cuando el derecho a la salud de las mujeres se vió violado y el entrenamiento de funcionarios judiciales y de los que aplican la ley. Cuarto, asegurar que las instalaciones privadas de salud cumplan estándares nacionales e internacionales de cuidado de la salud reproductiva. Quinto, proveer sanciones adecuadas para los profesionales de la salud cuando violan los derechos reproductivos de las mujeres. Finalmente, reducir muertes maternas prevenibles a través de la implementación del Pacto Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna a un nivel estatal y municipal.¹

Dado que las recomendaciones generales son relativamente amplias, la comisión técnica de seguimiento analizó aspectos del sistema de salud brasileño en todos los niveles del ciclo de producción de políticas y sus descubrimientos fueron organizados para mantenerse dentro del “círculo de responsabilidad” dispuesto en la Guía Técnica de las Naciones Unidas sobre la aplicación de aproximaciones basadas en derechos humanos para la implementación de políticas y programas para reducir la morbilidad y mortalidad materna prevenibles, adoptada por el Consejo de Derechos Humanos en 2012 (Documento de las Naciones Unidas A/HRC/21/22).¹⁰ La guía técnica de las Naciones Unidas, siendo la primera guía intergubernamental sobre una aproximación a la salud basada en los derechos humanos aprobada, busca asistir a los funcionarios en idear, implementar y monitorear políticas y programas de acuerdo con los principios de los derechos humanos tales como la responsabilidad y la participación.¹¹

¹⁰ Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Guía técnica sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la implementación de políticas y programas para reducir la morbilidad y mortalidad materna prevenibles (sección 3A) U.N. Doc. A/HRC/21/22 [OHCHR website]. Publicado en 2012. http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf. Accedido el 15 de febrero de 2018.

¹¹ Yamin AE. Applying human rights to maternal health: UN Technical Guidance on rights- based approaches. *Int J Gynecol Obstet*. 2013;121:190–193.

Estas fases del ciclo de políticas también se corresponden con la noción de la responsabilidad como partes interesadas que se transforman en demandantes activos de derechos en cada etapa, y por lo tanto son agentes de cambio (Fig. 1).

Así, los hallazgos de la comisión de seguimiento técnico pretendían resaltar cuestiones en distintos aspectos del ciclo de políticas que permitirían a Brasil mejorar su cumplimiento de las obligaciones de derechos humanos internacionales y, en particular, esas recomendaciones relacionadas con el caso Alyne da Silva Pimentel Teixeira. Los más íntimamente relacionados con mejorar la atención clínica¹² se describen a continuación.

III. Habilitar el marco legal y político

El avance de la salud y los derechos reproductivos de las mujeres, incluidos sus derechos a una maternidad segura, requiere una habilitación legal y un entorno político que reconozca la salud reproductiva de las mujeres, incluyendo tanto la libertad / autonomía como el acceso a los derechos, como fundamental para empoderar a las mujeres para que vivan una vida digna y participen plenamente como miembros iguales de la sociedad.

En este sentido, la comisión de seguimiento técnico tomó nota de la importancia del reconocimiento constitucional del derecho a la salud en la Constitución de Brasil de 1988, y el logro extraordinario de su institucionalización a

ACA VIENEN LOS CUADROS

Actores Internacionales/Obligaciones extraterritoriales

Marco Legal y Político

Estrategias y planes Nacionales

Presupuesto

Implementaciones del Programa

Vigilancia y Evaluación

Remedios

Círculo de responsabilidad en todo el ciclo político en un marco de los derechos Humanos

Pacientes/ciudadanos

¹² Yamin AE. From ideals to tools: applying human rights to maternal health. *Plos Med J.* 2013;121:10–11.

Gobierno electo incluyendo a los legisladores
Funcionarios/políticos
Implementadores del programa
Doctores/proveedores de servicios

En todo el círculo de la responsabilidad, las relaciones del sistema de salud (y más allá) cambia

Figura 1 Círculos de Responsabilidad en la provisión de cuidado obstétrico. Reproducido con el permiso de Yamin.¹³

AHORA SIGO CON EL TEXTO

A través del sistema universal de salud o “Sistema Único de Saúde” (SUS).¹⁴ Además, denotó un número de acciones positivas adoptadas por el estado brasileño con respeto a la salud reproductiva en particular, incluido el Pacto Nacional para la Reducción de la Muerte Materna y Neonatal y la creación de la Política Nacional Integral de Atención a la Salud de la Mujer.¹⁵ En adición, aplaudió la adopción de una Política Nacional de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, así como la Ley No. 11108/2005 (“Lei do Acompanhante”), asegurando que las mujeres embarazadas en el SUS tengan el derecho a un acompañante, y la Ley No. 11.634 / 2007, que garantiza el derecho de las mujeres embarazadas a información sobre el centro de maternidad donde recibirán atención bajo el SUS. Desde que el comité CEDAW emitió sus recomendaciones, también se han aprobado muchas otras normativas legales y ordenanzas en relación con la maternidad segura.^{16,17,18,19}

¹³ Yamin AE. *Power, Suffering and the Struggle for Dignity: Human Rights Frameworks for Health and Why They Matter*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2016.

¹⁴ Chamber of Deputies. *Constitution of the Federative Republic of Brazil*, 3rd edn. Brasilia: Chamber of Deputies Digital Library; 1988.

¹⁵ Ministerio de Salud. Secretaría de Atención Sanitaria-Departamento de Acciones Programáticas Estratégicas. Publicado en 2004. National Comprehensive Women’s Health Care Policy [Ministry of Health website] http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Accedido el 15 de febrero de 2018.

¹⁶ Congreso de Brasil. Ley No. 11,108, del 7 de abril de 2005. Cambios a la ley. No. 8,080 del 19 de septiembre de 1990 para garantizar que las mujeres embarazadas tengan , el derecho a la presencia de acompañantes durante el trabajo de parto, el parto y el post-parto inmediato, dentro del alcance del Sistema Único de Salud. - SUS. Brasilia: Official Journal of the Union; 2005.

¹⁷ Congreso de Brasil. Ley No. 11,634, del 27 de diciembre de 2007. Con el fin de tratar con el derecho de la mujer embarazada al conocimiento y el apego a la maternidad en el centro en el cual recibirá asistencia bajo el Sistema Único de Salud. Brasilia: Official Journal of the Union; 2007.

¹⁸ Venezuelan National Assembly. Organic Law on the Right of Women to a Life Free of Violence. Official Gazette No. 38.668. Caracas, 2007.

¹⁹ Congreso de Argentina. Ley No. 26,485. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en las áreas en las que desarrollan sus relaciones interpersonales. Buenos Aires, 2009.

Sin embargo, la actual falta de regulación de los proveedores privados en el sistema de salud brasileño socava los derechos a la salud reproductiva de las mujeres, como se desprende de los hechos del caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira.^{20,21} Por ejemplo, aproximadamente el 70% de los partos ocurren en el sector público, que tiene una tasa de cesáreas de aproximadamente 46%; por el contrario, en el sector privado, donde se realizan aproximadamente el 30% de los partos, hay una tasa estimada de partos por cesárea del 88%, ambos están muy por encima de los estándares recomendados por la OMS.²² Sin embargo, la situación es compleja porque los proveedores privados contratan para sacar pacientes del SUS; Alyne fue tratada en una instalación privada que tenía un acuerdo para proporcionar servicios a los pacientes de SUS, donde los proveedores carecían de capacitación en EmOC básica.^{9,21}

En términos de la regulación de la práctica del proveedor, la comisión de seguimiento técnico destacó la falta de legislación para definir explícitamente y sancionar la violencia obstétrica, incluyendo cualquier tratamiento deshumanizante o abuso de la medicalización por profesionales de la salud durante el embarazo, el parto, o el período post-parto. Una proscripción estatutaria explícita sobre la violencia obstétrica alinearía la legislación de Brasil con otras en la región y estaría en conformidad con la Declaración de Fortaleza de la OMS de 1985, que aclaró que el embarazo no es una enfermedad o una patología, y con posteriores orientaciones de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia^{23,24} y el Centro Latinoamericano de Perinatología.²⁵

Además, la comisión de seguimiento técnico tomó nota de la creciente politización de, y las agresiones contra, los derechos sexuales y de salud reproductiva de las mujeres en el Congreso brasileño, así como otros cuerpos políticos, incluyendo aquello en relación con las restricciones al aborto legal inducido.²⁶ Desde que la comisión de seguimiento técnico realizó su visita, la situación sólo se ha deteriorado. El 8 de noviembre de 2017, por ejemplo, un comité del

²⁰ Souza MI, Siliansky MF, Bravo JS, Barbosa J, Oliveira L. *Commodification of Health in Debate: The Social Organization in Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Collective Health Institute – Rio de Janeiro State University; 2015.

²¹ Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377:1778–1797.

²² Domingues RM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, Torres J, d’Orsi E, Pereira AP, Schilithz AO, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: From the initial preference of women to the final mode of birth. *Rep Public Health*. 2014;30:S101–S116.

²³ FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee. Prevention and treatment of post-partum hemorrhage in lowresource settings. *Int J Gynecol Obstet*. 2012; 117:108–118.

²⁴ Stones W; FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee. I349 FIGO Guideline on care during the second stage of labour. *Int J Gynecol Obstet*. 2012;119:S248.

²⁵ Pan American Health Organization. *Latin American Center for Perinatology (CLAP), Women and Reproductive Health. Toolkit for Strengthening Professional Midwifery in the Americas*. 3rd edn. Montevideo: CLAP/WR; 2014.

²⁶ Galli B, Deslandes S. Setback threats in sexual and reproductive health policies in Brazil in times of Zika epidemic. *Cad. Saúde Pública* [Scielo website]. 2016. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00031116>. Accedido el 27 de febrero de 2018.

Congreso que estaba considerando una enmienda constitucional para extender la licencia de maternidad a madres de bebés nacidos prematuramente en Brasil votaron para prohibir todo aborto inducido en toda configuración, incluso en el casos de violación y cuando la vida de la madre estuviera peligro.²⁷

IV. Estrategias Nacionales, planes de acción, y otras iniciativas

El gobierno ha emprendido una serie de estrategias para fortalecer la implementación del Pacto para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Materna en todo el país.^{7,28,29} Además, el gobierno ha creado varias iniciativas y programas, y ha desarrollado materiales de capacitación para administradores públicos, profesionales, y proveedores.^{30,31}

La estrategia central del gobierno para reducir la mortalidad y la morbilidad materna -la "Rede Cegonha"- se centra en mejorar la calidad del acceso a los servicios de salud para garantizar tanto la maternidad segura y el acceso asequible a la atención obstétrica adecuada. La iniciativa ha sido implementada con alguna variación entre regiones a través de seminarios, talleres y capacitación a profesionales de la salud (incluyendo recursos para identificar y brindar atención obstétrica a pacientes de "alto riesgo"). También incluye un componente de recolección de datos sobre la calidad del servicio.³²

Sin embargo, la comisión técnica de seguimiento observó que el enfoque estrechamente medicalizado de la Rede Cegonha para una atención continua exacerba la tendencia hacia la medicalización dentro del sistema de salud brasileño, como se refleja en las altas tasas de cesáreas y otras intervenciones en el embarazo y el parto (por ejemplo, el uso de oxitocina para

²⁷ Galli B. The fallacy of the argument in defense of the life of the embryos. [Folha de S. Paulo website]. 2017. <http://agoraquesaoelas.blogfolha.uol.com.br/2017/11/13/a-falacia-do-argumento-em-defesa-da-vida-dos-embrioes/>. Accedido el 27 de febrero de 2018.

²⁸ Ministerio de Salud de Brasil. Directiva No. 1258. Brasilia: Ministerio de Salud. Publicado en 2004. http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2004/prt1258_28_06_2004_rep.html. Accedido el 14 de febrero de 2018.

²⁹ Ministerio de Salud de Brasil. *Secretaría de Atención a la Salud. Commitment for the Reduction of Infant Mortality in the Northeast and Legal Amazon. Basic Texts in Health, Series B*. Brasilia: Ministry of Health; 2010.

³⁰ Ministerio de Salud de Brasil. National Guidelines for Normal ChildbirthCare. [Brazil Ministry of Health website]. Publicado en 2017. http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Accedido el 27 de Febrero de 2018.

³¹ Ministerio de Salud de Brasil. Guidelines for Care of the Pregnant Woman: Caesarean section. [Brazil Ministry of Health website]. Publicado en 2015. http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf. Accedido el 27 de febrero de 2018.

³² Ministerio de Salud de Brasil. Rede Cegonha Health Strategy. Publicado en 2011. [Brazil Ministry of Health website]. http://dab.sau.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php. Accedido el 27 de febrero de 2018.

acelerar las contracciones).^{33,34} La forma en que se practican muchas de estas intervenciones constituye “violencia obstétrica” en virtud de la legislación en otros países de la región.³⁵

V. Presupuesto

La comisión técnica de seguimiento señaló que el gasto en salud, y la salud reproductiva en particular, está extraordinariamente dirigida hacia intervenciones tecnológicas y biomédicas, en lugar de hacia enfoques que abordan los determinantes sociales y subyacentes de salud sexual y reproductiva de las mujeres, tales como la violencia de género, educación sexual (más allá de las clases de salud en las escuelas), y la psico-profilaxis para el cuidado del parto. Esto es de interés estrictamente desde una perspectiva presupuestaria.¹⁰ Suponiendo que el crecimiento del gasto relacionado con la tecnología se mantenga igual, se proyecta que el gasto en salud como proporción del PIB aumentará de 6.8% en 2008 a 18.2% en 2050 según el Centro para el Desarrollo Global.³⁶ Además, el gasto en tecnología no siempre está basado en evidencia; por ejemplo, el rendimiento de rutina de tres exámenes de ecografía durante el embarazo o más para las mujeres con alto riesgo implica un gasto enorme para el sistema de salud.^{37,38,39,40}

Desde una perspectiva de equidad, la ausencia de atención a los determinantes sociales y subyacentes de la salud tiene un impacto desproporcionado en mujeres pobres de ascendencia africana, cuya marginación social se agrava por las estrechas estrategias biomédicas y el modelo de atención.

VI. Implementación de Programas

Una recomendación clave del comité de la CEDAW fue hacer el acceso al EmOC disponible y accesible de forma asequible. En concordancia con los lineamientos técnicos de la OMS, el

³³ Leal MC, Pereira AP, Domingues RM, Filha MM, Dias MA, Nakamura- Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low- risk women. *Birth in Brazil. Rep Public Health.* 2014;30:S17–S32.

³⁴ Lansky S, de Lima AA, da Silva AA, Campos D, Bittencourt SD, de Carvalho ML, et al. Birth in Brazil survey: Neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. *Rep Public Health.* 2014;30:S1–S15.

³⁵ Defensa Pública del Estado de Rio de Janeiro. Reporte sobre el caso de Rafaela. Rio de Janeiro: Coordinador de defensa de los derechos de las mujeres; 2017.

³⁶ Glassman A, Zolota JI. *How Much Will Health Coverage Cost? Future Health Spending Scenarios in Brazil, Chile and Mexico.* Washington: Center for Global Development; 2014.

³⁷ Bricker L, Neilson JP, Dowswell T. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks’ gestation). *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(6):CD001451.

³⁸ Bucher HC, Schmidt JG. Does routine ultrasound scanning improve outcomes in pregnancy? Meta- analysis of various outcome measures *BMJ.* 1993;307:13–17.

³⁹ Ewigman B, LeFevre M, Hesser J. A randomized trial of routine prenatal ultrasound. *Int J Gynecol Obstet.* 1990;76:189–194.

⁴⁰ Whitworth M, Bricker L, Neilson JP, Dowswell T. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;4:CD007058.

EmOC básico incluye al parto vaginal asistido como función de señal.⁴¹ Sin embargo, en Brasil, a pesar de la provisión de cursos de capacitación por parte del gobierno, los estudiantes de medicina rara vez son entrenados en el método de extracción al vacío y los extractores de vacío no están disponibles en la mayoría de las instalaciones de salud.⁴² Los procedimientos de parto vaginal asistido tienen una menor incidencia de eventos adversos que las secciones de los partos por cesárea.^{40,43} En 2015, bajo el liderazgo pionero de Elías Melo, la Universidad Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil, comenzó a entrenar a médicos residentes en los partos vaginales asistidos, incluyendo el uso de extractores de vacío, en un puñado de hospitales en Belo Horizonte (Minas Gerais), São Paulo (São Paulo), Porto Alegre (Rio Grande do Sul), y Salvador (Bahía). Esa experiencia sigue siendo una excepción en Brasil, a pesar de la evidencia de los efectos positivos del parto vaginal asistido en la morbilidad perinatal y materna en comparación con el parto por cesárea.

El círculo de responsabilidad significa que, en ausencia de habilidades de parto vaginal asistido, partos prolongados u obstruidos invariablemente van a requerir parto por cesárea. En caso de que no se enseñen ampliamente habilidades de parto vaginal asistido y otras imprescindibles habilidades obstétricas en la gestión del trabajo de parto en las escuelas de medicina o practicadas en instalaciones, las estrategias para reducir la tasa de partos por cesárea seguirá siendo huecas y, de hecho, también podría fomentar el uso de prácticas peligrosas, como la inadecuada administración de oxitocina, dado que los médicos no estarán preparados para manejar un trabajo de parto normal. En numerosos otros ejemplos encontrados por la comisión técnica de seguimiento, se produjo una falla significativa en alinear las leyes, las políticas establecidas y los objetivos con la capacitación, la dotación de personal, las cadenas de suministro, y otras cuestiones programáticas que serían necesarias para asegurar los derechos de las mujeres a una maternidad segura y una salud reproductiva en la práctica.⁴¹

VII. Monitoreo y revisión

A pesar de que el gobierno brasileño tiene la intención de recoger datos integrales y desagregados a través de la Rede Cegonha, hay muchos casos en los que la programación se lleva a cabo sin una base de evidencia técnica suficiente para mejorar la práctica. A modo de

⁴¹ World Health Organization. Monitoring Emergency Obstetric Care: A Handbook. [WHO website]. Published 2009. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44121/1/9789241547734_eng.pdf. Accedido el 15 de febrero de 2018.

⁴² United Nations Technical Guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality, adopted by the Human Rights Council in 2012. (UN Doc. A/ HRC/21/22).

⁴³ Souza JP, Gülmezoglu A, Lumbiganon P, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short- term maternal outcomes: the 2004- 2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med.* 2010;8:71.



ejemplo, con respecto a un pilar fundamental de la estrategia del gobierno en la Rede Cegonha - es decir, la identificación y clasificación de riesgo entre las mujeres embarazadas- la comisión técnica de seguimiento repetidamente encontró que la información sobre el número de eventos obstetricos adversos que ocurrieron entre mujeres en diferentes categorías de riesgo no estaba disponible. Dichos datos son fundamentales para evaluar si la clasificación de riesgo funciona realmente para predecir y prevenir graves eventos obstétricos adversos.⁴¹

En otras palabras, si se descubriera que las mujeres de "bajo riesgo" estuvieran experimentando una mayor tasa de eventos adversos que las mujeres de "alto riesgo", esta información requeriría un análisis más profundo de si la atención prenatal de alto riesgo estaba en realidad previniendo eventos adversos con éxito y si lo estaba haciendo específicamente entre las mujeres de ascendencia africana y otras mujeres marginadas. Sin embargo, esta información también podría indicar que la clasificación de riesgo no funciona y que la mayoría de los eventos adversos ocurren en mujeres de bajo riesgo porque los eventos son impredecibles, lo que a su vez requeriría la modificación de la estrategia global para proporcionar una atención prenatal de mayor calidad a todas las mujeres en lugar de dedicar gasto y energía en las clasificaciones de riesgo. Actualmente, de acuerdo a la información compartida con la comisión técnica de seguimiento, es imposible determinar esto o las respuestas a muchas otras preguntas básicas relativas a la evaluación de aspectos fundamentales de las estrategias para reducir la mortalidad y morbilidad materna prevenible en Brasil.

En este sentido, el estudio sistemático de "Nacimiento en Brasil" llevó a cabo por el Ministerio de Salud con la Fundação Oswaldo Cruz,³³ contiene recomendaciones dirigidas a diferentes grupos de interés, incluyendo políticos, gerentes, consejos de profesionales de la salud, profesionales de la salud, universidades, investigadores y movimientos sociales, con el objetivo de reducir los partos por cesárea de manera responsable. Además, el Ministerio de Salud enfrenta severos desafíos con respecto a la recolección de información sistemática y estandarizada, tanto de los municipios y del sector privado, que nuevamente se deben en gran medida a cuestiones estructurales en el sistema de salud que producen brechas en la transparencia, y la rendición de cuentas en relación con las numerosas iniciativas emprendidas.

VIII. Remedios

La disponibilidad de remedios efectivos en caso de una violación de los derechos de salud reproductiva de las mujeres es esencial para salvaguardar su dignidad y su salud. Estos remedios no deben ser meramente acciones de mala praxis contra proveedores individuales en un enfoque basado en los derechos humanos, los mismos deben estar destinados a mejorar la eficacia del sistema de salud. A modo de ejemplo, en mayo de 2015, la Fiscalía Federal de Río de Janeiro (Ministerio Público Federal en Río de Janeiro) presentó una demanda de cumplimiento civil

contra el Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda, Rio de Janeiro, Brasil, para asegurarse de que estaba cumpliendo con los requisitos de afiliación con la Rede Cegonha, incluyendo las mejores prácticas y atención basada en la evidencia de acuerdo con las instrucciones de la OMS.⁴⁴ Una demanda similar fue presentada por la Oficina del Fiscal Federal en el Estado de São Paulo contra otro hospital de maternidad. A pesar de que puede tomar un tiempo el que sean resueltos, y la Oficina Fiscal Federal Pública enfrenta desafíos políticos para hacer cumplir el cumplimiento de sentencias amplias, estas demandas ponen énfasis en factores sistémicos y estructurales que están en la raíz de las fallas de la responsabilidad, en lugar de factores individuales.⁴¹ Sin embargo, sigue existiendo una brecha en los mecanismos que supervisan el SUS, y en el acceso a remedios administrativos y de otro tipo con respecto a las violaciones por los practicantes de los derechos de salud reproductiva de las mujeres.

IX. Observaciones Finales

A pesar de muchas iniciativas, el avance de los derechos de salud reproductiva de las mujeres en Brasil aún requiere la traducción de muchas de las recomendaciones normativas del comité de la CEDAW en políticas y programas en la práctica.⁴⁵ La muerte prevenible de Rafaela Cristina de Souza Santos el 24 de abril de 2015, ilustra algunas de los continuos desafíos señalados por la CEDAW y la comisión técnica de seguimiento. Rafaela, una niña afrobrasileña de 15 años, fue admitida en el hospital de mujeres Mariska Ribeiro, en Río de Janeiro con presión arterial extremadamente alta y signos de preeclampsia. Después de las demoras para ser atendida, supuestamente recibió un tratamiento que sería inadecuado para la preeclampsia.^{46,47} Al entrar en convulsiones eclámpticas, a Rafaela se le realizó un parto por cesárea y murió.⁴⁸

⁴⁴ Ministerio Público Federal. Attorney of the Republic in Rio de Janeiro Oficio/PRRJ/GAB/MFCF No. 7540/2015. Inquérito Civil No. 1.30.001.001965/2014-29 [Federal Public Ministry website]. Publicado en 2015. <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/mulher/saude-das-mulheres/enfrentamento-a-mortalidade-materna-menu/procedimento-preparatorio-no-1-30-001-001965-2014-29>. Accedido el 16 de febrero de 2018.

⁴⁵ Dunn JT, Katherine L, Zaret A. The role of human rights litigation in improving access to reproductive health care and achieving reductions in maternal mortality. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(Suppl.2):71–83.

⁴⁶ World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia [WHO website]. Publicado en 2011. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44703/1/9789241548335_eng.pdf. Accedido el 27 de febrero de 2018.

⁴⁷ McCaw-Binns AM, Ashley DE, Knight LP, MacGillivray I, Golding J. Strategies to prevent eclampsia in a developing country: I. Reorganization of maternity services. *Int J Gynecol Obstet*. 2004;87:286–294.

⁴⁸ Defesa Pública General del Estado de Río de Janeiro DPGE. The public advocacy and the action in the defense of women [General Public Defender]. Publicado en 2017. <http://www.defensoria.rj.def.br/uploads/arquivos/60c98ffa951349969d5b9612340d7028.pdf>. Accedido el 27 de febrero de 2018.

A pesar de que el caso de Rafaela Cristina de Souza Santos, como el de Alyne da Silva Pimentel Teixeira, es ilustrativo, es esencial ir más allá de abordar las violaciones experimentadas por individuos y considerar todo el ciclo de responsabilidad en el sistema de salud.¹² Dentro de este círculo, se destaca el papel de los proveedores. Es decir, los efectos particulares en mujeres del modelo de atención altamente medicalizado adoptado y enseñado en Brasil, lo que implica que no se basan en la evidencia para el uso de tecnologías y procedimientos por parte de los proveedores y un descuido de determinantes sociales de la salud, que son especialmente cruciales para la salud y derechos de las mujeres marginadas, incluyendo las de ascendencia africana. La responsabilidad constructiva en el sistema de salud requiere que las mujeres estén facultadas para reclamar por sus derechos, en lugar de que hacerlas sentir como objetos de generosidad o, lo que es peor, que sean objetivos de violencia obstétrica, y que los proveedores, a su vez, sientan un sentido de obligación con las mujeres a las que aparentemente sirven.

Para transformar las relaciones entre mujeres y proveedores se requieren cambios en los médicos y otro profesionales de la salud (por ejemplo, enfermería), en los planes de estudio y en la formación profesional.⁴⁹ Además, existe la necesidad de alinear la enseñanza y los programas con las políticas, y alinear políticas, presupuestos y programas con la mejor evidencia sobre medicina y salud pública. Por último, alinear de forma sostenible las políticas y programas con la evidencia requiere tanto seguimiento sistemático y evaluación de los sectores público y privado, y remedios que van más allá de castigar a los proveedores de primera línea para llevar al cambio sistémico.

Contribuciones de los autores

AEY contribuyó a la concepción y diseño del artículo, y con la escritura y revisión del manuscrito. BG y SV contribuyeron a la concepción y diseño del artículo, y a la revisión del manuscrito.

Conflictos de interés

Los autores no tienen conflictos de interés

Información de soporte

⁴⁹ Office of the High Commissioner for Human Rights, Harvard FXB Center for Health and Human Rights. Summary Reflection Guide on a Human Rights-based Approach to Health: Application to Sexual and Reproductive Health, Maternal Health, and Under-5 Child Health for Health Policy Makers. United Nations; 2015.



Información de soporte adicional puede encontrarse online en la Sección de Información de Soporte al final del artículo.

Archivo S1. Traducción portuguesa del abstracto.