

Publicado originalmente como “Human Rights and Maternal Health: Exploring the Effectiveness of the Alyne Decision,” por Rebecca Cook, *Journal of Law, Medicine & Ethics* 41.1 (2013): 103-123. Texto traducido y reproducido con autorización de la American Society of Law, Medicine and Ethics por Sandra Dughman Manzur, a nombre del Programa Internacional de Derecho en Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad de Toronto, Canada.

Derechos Humanos y Salud Materna: Explorando la Eficacia del Dictamen del Caso *Alyne*

Rebecca J. Cook

Introducción

Alyne da Silva Pimentel Teixeira falleció a causa de una hemorragia postparto (HPP) tras parir un feto muerto de 27 semanas de gestación, el 16 de noviembre de 2002 en Río de Janeiro, Brasil. Su muerte condujo a que en 2011, por primera vez, un organismo internacional responsabilizase a un gobierno de una muerte materna prevenible. El dictamen del caso *Alyne da Silva Pimentel Teixeira (difunta) v. Brasil*¹ fue emitido por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (en adelante el “Comité”). Dicho organismo fue establecido para supervisar el cumplimiento de los Estados parte de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (en adelante la “Convención”).² El dictamen acogió la denuncia ingresada en 2007 en contra del Estado y gobierno de Brasil y resolvió que en el caso de la muerte evitable de Alyne existió violación de la Convención por causa de discriminación dentro del sistema de salud.³ La comunicación (denuncia) fue presentada ante el Comité por la madre de Alyne, Maria de Lourdes da Silva Pimentel, actuando a nombre propio y en representación de su familia de conformidad con el Protocolo Facultativo de la Convención.⁴ Ella fue representada por dos organizaciones no gubernamentales de derechos humanos: el Centro de Derechos Reproductivos y *Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos*.

Se define muerte materna como “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.”⁵ Al igual que muchas muertes maternas ocurridas en Brasil y otras partes del mundo, la muerte de Alyne pudo evitarse con la atención adecuada.

En 2010 se estimó que ocurren 287.000 muertes maternas en todo el mundo, de las cuales 284.000 acontecen en países en desarrollo, y 2.200 en países desarrollados.⁶ Ese mismo año se estimaron aproximadamente 1.700 muertes maternas en Brasil.⁷ La tasa de mortalidad materna (TMM) anual corresponde al número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en un zona determinada.⁸ En 2010 se estimó que la TMM mundial correspondió a 210 muertes por 100.000 nacidos vivos con un margen de incertidumbre que oscila entre 170 y 300 muertes por 100.000 nacidos vivos.⁹ Esto se compara con una TMM estimada de 240 muertes por 100.000 nacidos vivos, con un margen de entre 190 y 300 muertes por 100.000 nacidos vivos en el mismo año en el total de países en desarrollo.¹⁰ También durante el 2010 en Brasil, la TMM fue de 56, con un margen de entre 36 y 85 muertes por 100.000 nacidos vivos.¹¹

A nivel mundial, las causas directas de mortalidad materna tales como la hemorragia, la hipertensión, los abortos inseguros y las infecciones son responsables en conjunto de aproximadamente el 82% de las muertes maternas (listados en orden de prioridad).¹² Asimismo, las causas indirectas de muerte materna, incluyendo la malaria¹³ y el VIH/SIDA,¹⁴ que se agravan a causa del embarazo o lo complican, contribuyen al restante 18% de las muertes maternas.¹⁵ En Brasil, el desglose porcentual de las causas directas e indirectas difiere levemente de las estimaciones mundiales enumerando hipertensión, infección, hemorragia, y abortos inseguros como las principales causas en orden decreciente.¹⁶

Es evidente que se ha progresado significativamente. Las estimaciones mundiales de mortalidad materna se redujeron a 287.000 en el año 2010¹⁷ en comparación con 543.000 muertes en 1990.¹⁸ La TMM mundial en 2010 también descendió a 210 en comparación con 400 muertes por 100.000 nacidos vivos en 1990.¹⁹ Asimismo, la TMM de Brasil bajó en 2010 a 56 en comparación con 120 muertes por 100.000 nacidos vivos en 1990.²⁰ No obstante, las desigualdades en salud prevalecen: las mujeres afrobrasileñas son siete veces más propensas a morir durante el parto que las mujeres blancas.²¹

Primeramente, este artículo relata las iniciativas mundiales para reducir la mortalidad materna, y luego nos presenta los hechos del caso *Alyne*. En seguida, se exploran algunas de las cuestiones críticas que podrían plantearse para evaluar la eficacia del dictamen en la eliminación todas las formas de discriminación en contra de las mujeres embarazadas en el sector de la salud. La evaluación de la eficacia del dictamen del caso *Alyne* puede llevarse a cabo concretamente mediante la determinación del grado de cumplimiento por parte de Brasil de las recomendaciones del Comité para remediar las violaciones a la Convención. Sin embargo, se argumenta que para examinar las contribuciones del dictamen a la justicia reproductiva debemos ir más allá del cumplimiento del dictamen como único indicador de éxito²². Es necesario además, para determinar su eficacia, el desarrollo de un entendimiento más profundo de cómo el dictamen fortalece el sentido normativo del derecho de las mujeres de vivir libres de toda forma de discriminación en el campo de la salud, y analizar si ha tenido éxito en priorizar el interés colectivo de los Estados parte en reducir sus TMM.

I. El Desafío Mundial de la Mortalidad Materna Prevenible

A. Las Respuestas Internacionales

La reducción de la mortalidad materna figura prominentemente entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de la ONU, que todos los Estados parte de la ONU han acordado alcanzar para el 2015²³. El Objetivo 5 busca mejorar la salud materna de la siguiente forma:

- reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes (Meta 5A), indicado mediante la reducción de las TMM, el aumento de la proporción de partos con asistencia de personal de salud cualificado y mejorando la cobertura de atención prenatal; y
- lograr el acceso universal a servicios de salud reproductiva (Meta 5B), que se manifiesta mediante el aumento de la tasa de uso de anticonceptivos, la disminución de las necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar y la reducción de la tasa de fecundidad adolescente.²⁴

En 2010 la TMM mundial, que disminuyó a 210 en comparación con 400 muertes por 100.000 nacidos vivos en 1990,²⁵ representa una declinación anual de 3,1%, mientras que se necesita una declinación anual de 5,5% para poder alcanzar la meta 5A de los ODM para el año 2015.²⁶ En comparación con estas cifras mundiales, Brasil está progresando de mejor manera. La declinación de la TMM de Brasil desde 1990 a 2010 fue de 210 a 56 muertes por 100.000 nacidos vivos, representando una reducción del 51%, y promediando una tasa de declinación anual de 3,5% en ese mismo periodo.²⁷ Esto posiciona a Brasil dentro de la categoría “progresando”, pero no en la categoría de “progreso compatible” con una trayectoria de cumplimiento del ODM 5A, lo cual es significativamente mejor que aquellos países con “progreso insuficiente” o “sin progreso.”²⁸ Sin embargo, las estimaciones brasileñas deben mirarse con algo de escepticismo, puesto que aún existen dificultades para obtener cifras sobre mortalidad materna que sean confiables por una serie de motivos, incluyendo la falta de registros, uso de diferentes métodos de cálculo, o la clasificación errónea de la causa de muerte.²⁹

Los grandes esfuerzos e iniciativas mundiales para reducir la mortalidad materna comenzaron en 1977 con una conferencia internacional en Nairobi, Kenia,³⁰ y diez años después en Colombo, Sri Lanka.³¹ Redes de profesionales de la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial; asociaciones profesionales tales como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO- International Federation of Gynecology and Obstetrics) y la Confederación Internacional de Matronas (ICM- International Confederation of Midwives); y las organizaciones no-gubernamentales tales como Family Care International (FCI) ayudaron a dar forma y definir la Iniciativa Maternidad Segura que fue la primera en identificar la reducción de la mortalidad materna como una meta mundial de salud pública.

El propósito de éstas y otras redes como Maternal Health Task Force³² y la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño³³ fue y sigue siendo el desarrollo de conocimientos y entendimiento necesarios respecto de las causas de mortalidad materna, para así determinar la efectividad de las intervenciones sanitarias que buscan su reducción, y para formular los indicadores de medición de efectividad de las intervenciones sanitarias y generar el apoyo político necesario para dar prioridad a la mortalidad materna por sobre otros problemas de salud concurrentes.³⁴ Estas redes comprenden la dimensión de derechos humanos de la mortalidad materna, en parte debido a su investigación inicial sobre la aplicación de derechos humanos en la mortalidad materna prevenible,³⁵ e informes iniciales.³⁶ No obstante, en los inicios de la

iniciativa mundial sobre maternidad segura, el uso de los derechos humanos para promover la salud materna no formaba parte de las estrategias clave.

B. El Enfoque de Derechos Humanos

El surgimiento del enfoque de derechos humanos en la salud materna puede entenderse como la mezcla del desarrollo de contenido y significado de los derechos humanos; la identificación de normas y estándares que permiten aplicarlo a la mortalidad materna prevenible; la promulgación de resoluciones, compromisos y declaraciones de derechos humanos; la documentación de las violaciones que conducen a informes importantes sobre la constatación de hechos; y más recientemente los litigios constitucionales y de derechos humanos.

En 1999, el enfoque de derechos humanos en la salud materna cobró impulso con la adopción por parte de Comité de su Recomendación General N° 24 sobre la Mujer y la Salud³⁷ con el objeto de conceptualizar y dar contenido al artículo 12 de la Convención, sobre la salud de la mujer.³⁸ La Recomendación General N° 24 explica que cuando un gobierno no cumple con su obligación de brindar las atenciones de salud que son privativas de las mujeres, como por ejemplo prestaciones y cuidados de maternidad, este incumplimiento es una forma de discriminación en contra de la mujer que los gobiernos tienen la obligación de prevenir y remediar.³⁹ Como resultado, el Comité raramente pierde la oportunidad de hacer notar en sus observaciones concluyentes a los informes de los Estados parte, su preocupación sobre la naturaleza prevenible de las altas tasas de mortalidad materna,⁴⁰ incluyendo en los informes de Brasil.⁴¹

A nivel internacional, el Consejo de Derechos Humanos de la ONU ha adoptado una serie de resoluciones que reconocen que la mortalidad y morbilidad maternas de carácter prevenibles constituyen violaciones a los derechos humanos.⁴² En concordancia con estas resoluciones, la oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos ha recopilado una serie de prácticas basadas en enfoques de derechos humanos útiles para eliminar la mortalidad y morbilidad maternas de carácter prevenibles,⁴³ y ha desarrollado guías técnicas sobre la implementación de políticas y programas para reducir la mortalidad y morbilidad maternas de acuerdo con los estándares establecidos por los derechos humanos.⁴⁴ A través de éstas y otras resoluciones, como por ejemplo la resolución de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de la ONU,⁴⁵ los gobiernos se han comprometido políticamente a redoblar sus esfuerzos por dar cumplimiento a sus obligaciones de garantizar los derechos de las mujeres a sobrevivir el embarazo y el parto, incluso mediante el aumento de recursos asignados a los sistemas de salud pública. La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño de la ONU, que fuera presentada en 2010, hizo eco de estas resoluciones al reconocer las dimensiones de derechos humanos y justicia social del mejoramiento de la salud de las mujeres y los niños.⁴⁶

A nivel nacional, informes de investigación y determinación de hechos, como aquellos sobre Haití⁴⁷, India⁴⁸, Kenia⁴⁹, Nigeria⁵⁰, Perú⁵¹, Sudáfrica⁵², y los Estados Unidos⁵³ crean un precedente. Cada informe tiene un enfoque particular de acuerdo con el contexto nacional, pero en general, documentan los daños prevenibles que las mujeres sufren durante el embarazo y el parto, generan conocimiento sobre sus causas, y vislumbran los factores condicionantes de la mortalidad materna en un lugar y momento determinados. Los informes demuestran cómo estos

daños constituyen una violación al derecho a la vida, a la salud y a la no discriminación de la mujer embarazada en sus acceso a los servicios de salud, en disfrutar los beneficios del progreso científico, en su derecho a fundar una familia, y por ejemplo, a vivir libre de tratos inhumanos y degradantes.

C. Litigios de Derechos Humanos

Los litigios de derechos humanos constituyen una estrategia emergente para acelerar el accionar estatal hacia la reducción de la mortalidad materna.⁵⁴ El dictamen del Comité en el caso de *Alyne* es el primero de su tipo, en el cual un organismo internacional de derechos humanos establecido por un tratado ha responsabilizado jurídicamente a un gobierno por la falta de implementación del derecho de las mujeres a “servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto,”⁵⁵ y por la discriminación sufrida en el acceso a los cuidados médicos.⁵⁶ Un año antes, en un caso de derecho de propiedad ancestral, la Corte Interamericana de Derechos Humanos responsabilizó al estado de Paraguay, en reclamación accesoria, de la muerte materna de una mujer indígena que pudo evitarse. Se estableció que hubo violación a su derecho a la vida y a su derecho a ejercer dicho derecho sin discriminación.⁵⁷

A nivel nacional y con el objeto de promover la salud materna, ciertos países están aplicando sus normativas constitucionales. Algunos litigantes, como en India, persiguen litigios de interés público en tribunales superiores de justicia alegando la violación de derechos constitucionales. Estos litigios se basan en las brechas existentes entre la atención de salud materna que las mujeres reciben en la práctica y aquellas prestaciones a las que tienen derecho jurídicamente. Dichas brechas, que ponen en riesgo la vida de las mujeres, son calificadas jurídicamente como una violación al derecho a la vida protegido por la Constitución nacional.⁵⁸ Esta estrategia está teniendo éxito.⁵⁹ A diferencia de India, donde el poder judicial es receptivo a los litigios de interés público, la Corte Constitucional de Uganda desestimó un caso de mortalidad materna evitable de dos mujeres ugandesas y los fracasos del sistema de salud relacionados con dichos casos, estableciendo que las interrogantes surgidas en base a la denegación del derecho a la vida y la salud protegidas por la constitución de Uganda tienen una naturaleza más bien política que jurídica.⁶⁰

Estos enfoques de derechos humanos son impulsados por las estadísticas de mortalidad materna, y por el hecho de que aunque la mayoría de las muertes maternas son evitables, no han sido evitadas. Estas muertes de naturaleza prevenible “son valiosas desde un punto de vista analítico en tanto que indican lo que se puede lograr teóricamente, y por tanto establecen estándares mínimos de aquello que se puede evitar potencialmente a través del accionar gubernamental.”⁶¹ Las tasas de mortalidad materna nos permiten entender las injusticias de las inequidades en el ámbito de la salud. Nos presentan datos empíricos que apoyan el reclamo normativo de injusticia y la eventual aplicación de derechos humanos y derechos constitucionales. Una desventaja de apoyarse únicamente en datos estadísticos es que éstos pueden fácilmente despersonalizar y alienar, escondiendo el lado humano tras la mortalidad materna y perdiendo de vista a las mujeres detrás de estos datos. Asimismo, depender de datos estadísticos tiende a disociar los eventos del accionar humano, un desplazamiento de la responsabilidad, conceptualizando la mortalidad materna como teniendo una existencia simple y objetiva.

Los litigios de derechos humanos presentan una ventaja cuando, como en el caso de *Alyne*, se enfocan en una víctima identificable y las circunstancias concretas de negligencia atinentes al caso específico. El carácter contradictorio en el cual se enmarcan los litigios de derechos humanos puede generar una asignación de responsabilidad y culpa estrictas, y un cambio de percepción de los derechos humanos desde aspiraciones abstractas a uno concreto y obligatorio, y mediante esto lograr un cambio de paradigma desde la responsabilidad política hacia la responsabilidad jurídica.

II. El Caso de *Alyne da Silva Pimentel Teixeira (difunta) v. Brasil*

Alyne, una mujer brasileña y afrodescendiente de 28 años de edad,⁶² murió luego de parir un feto muerto de 27 semanas de gestación. El 11 de noviembre de 2002, durante el sexto mes de embarazo, recibió atención médica en una clínica privada (*Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória de Belford Roxo Health Center—Casa de Saúde*) donde trataron sus náuseas severas y fuertes dolores abdominales. Se agendó análisis de sangre y de orina para dos días después.⁶³ El estado de salud de *Alyne* empeoró y el 13 de noviembre, cuando ya no se detectó latidos del corazón del feto, se indujo el parto del feto muerto, momento en el cual ella entró en estado de desorientación.⁶⁴ El 14 de noviembre fue sometida a un raspado que removió los restos de la placenta. Su estado de salud se deterioró aún más, experimentando una “severa hemorragia, vómitos con sangre, baja presión sanguínea, prolongada desorientación y abrumadora debilidad física, incapacidad para ingerir alimentos.”⁶⁵

Al día siguiente del raspado, los médicos de la *Casa de Saúde* intentaron transferir a *Alyne* a un hospital público municipal mejor equipado, *Hospital Geral de Nova Iguaçu*, pero el hospital se negó a utilizar la única ambulancia de la que disponía para transportarla. *Alyne* esperó ocho horas en condición crítica, las últimas dos horas antes de llegar al hospital manifestaba claros síntomas clínicos de estar en estado de coma. Ya en el hospital, tenía hipotermia, dificultades respiratorias graves con síntomas de coagulación intravascular diseminada, y debió ser resucitada cuando su presión sanguínea bajó a cero. No había camas disponibles, por lo que la colocaron en el pasillo, una zona provisional de la sala de urgencias. Su expediente médico no estaba disponible por lo que el médico tratante recibió una actualización breve en forma oral de sus síntomas. *Alyne* falleció al día siguiente. La causa oficial de muerte se estableció como una hemorragia digestiva (sangramiento interno), que los médicos explicaron se debió al parto del feto muerto.

Respecto de estos hechos, el Comité consideró que

- la muerte de *Alyne* estuvo “vinculada a complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo” y “debe considerarse como una muerte materna”⁶⁶ y
- “no se dio a... [*Alyne*] un acceso a servicios apropiados en relación con su embarazo.”⁶⁷

La conclusión del Comité en cuanto a que *Alyne* había sufrido muerte materna es significativa, debido a que el Estado había argumentado que su muerte “se debió a causas ajenas a la maternidad y que la probable causa de la muerte fue una hemorragia digestiva.”⁶⁸ Asimismo, las conclusiones del Comité son importantes porque en Brasil la clasificación errónea de las causas de muerte de las mujeres conduce a que un número significativo de muertes maternas no queden registradas como tales.⁶⁹

Brasil no impugnó la aseveración de que a Alyne no se le proporcionaron los servicios médicos apropiados relativos a su embarazo. El Comité concluyó que el carácter inapropiado de los servicios fue marcado por servicios de baja calidad y por las demoras en el diagnóstico y el tratamiento de la condición de Alyne. Existió una falla al no practicarse los exámenes de orina y sangre de manera oportuna, contribuyendo así a la demora de la extracción del feto muerto, y una demora de 14 horas para llevar a cabo el raspado necesario para remover la placenta y otros elementos del parto “que no habían sido eliminados plenamente durante el proceso del parto y pueden haber causado la hemorragia y finalmente la muerte.”⁷⁰ El raspado fue llevado a cabo en *Casa de Saúde*, un centro de salud privado que no estaba equipado adecuadamente y que prestaba servicios de salud bajo un acuerdo especial con la municipalidad.⁷¹

El Comité determinó que los servicios fueron inapropiados en cuanto existió una demora de ocho horas para trasladar a Alyne a un hospital público municipal, ya que dicho hospital se negó a “facilitar su única ambulancia para transportarla y su familia no pudo conseguir una ambulancia privada.”⁷² Asimismo, su traslado fue ineficaz debido a que el centro de salud, a pesar de que contaba con el tiempo para realizar los arreglos necesarios, no remitió su expediente médico cuando finalmente fue trasladada al hospital público. Además, cuando llegó al hospital, no le proveyeron tratamiento médico ya que “fue colocada, sin ser atendida, en un lugar provisional del pasillo del hospital durante 21 horas, hasta su muerte.”⁷³

El 11 de febrero de 2003, tres meses después de la muerte de Alyne, la familia presentó una demanda civil por daños y perjuicios morales y materiales que aún no había sido resuelta al momento del dictamen de 2011.⁷⁴ En dos ocasiones la familia había presentado una medida conocida como *tutela antecipada* que tiene por objeto prevenir daños irreparables o graves mientras se decide el caso civil, pero dichas medidas fueron ignoradas o denegadas.⁷⁵ Así, el Comité concluyó que “la demora de ocho años desde que se planteó la reclamación... constituye una demora injustificadamente prolongada,”⁷⁶ y por tanto una violación del Artículo 2(c) de establecer una protección jurídica de los derechos de la mujer a través de los tribunales nacionales.⁷⁷

En cuanto al derecho, el Comité concluyó que Brasil es directamente responsable por:

- incumplir su obligación de reglamentar y vigilar a las instituciones privadas de atención de la salud cuando subcontrata sus servicios;⁷⁸
- incumplir su obligación de satisfacer “las necesidades de salud y los intereses específicos y diferentes” de Alyne durante su embarazo;⁷⁹
- incumplir su obligación de tomar en consideración no solo su condición de “mujer, sino que también por ser de ascendencia africana y por su condición socioeconómica;”⁸⁰ e
- incumplir su “obligación de garantizar la protección y una acción judicial efectiva.”⁸¹

Conforme con la obligación de eliminar la discriminación contra la mujer practicada por organizaciones o empresas, establecida en el artículo 2(e) de la Convención, el Comité explica que el Estado tiene la obligación de “tomar medidas para garantizar que las actividades de los agentes privados respecto de las políticas y prácticas de la salud sean apropiadas.”⁸² El Comité

destacó que “el Estado es directamente responsable de las actividades de las instituciones privadas cuando subcontrata sus servicios médicos,” y por tanto tiene la obligación “de reglamentar y vigilar a las instituciones privadas de atención de la salud.”⁸³ La responsabilidad del Estado tanto respecto de las instituciones públicas como privadas de salud se encuentra arraigada fuertemente en la Constitución de Brasil, que considera el derecho a la salud como un derecho humano general.⁸⁴

El Comité estableció que el Estado incumplió con su obligación en virtud del artículo 12(2) de la Convención de “garantiz[ar] a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto...” debido a que no satisfizo “las necesidades de salud y los intereses específicos y diferentes” de Alyne durante su embarazo.⁸⁵ El Comité también estableció que Brasil no tomó “todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica...” En concordancia con el artículo 12(1), el Comité determinó que la falta de servicios de salud materna apropiados tuvo “efectos diferenciales sobre el derecho de [Alyne] a la vida.”⁸⁶

Reconociendo la admisión por parte del Estado de la existencia de calidades diferenciadas de los servicios, el Comité reconoce que la condición social marginal de Alyne la posicionó en un sector vulnerable de la sociedad en cuanto al acceso a los servicios de salud de urgencia. Como resultado, el Comité concluyó que Alyne “fue objeto de discriminación, no solo por ser mujer, sino también por ser de ascendencia africana y por su condición socioeconómica.”⁸⁷

Basado en sus conclusiones de hecho y de derecho, el Comité elaboró recomendaciones específicas con respecto a la familia de Alyne, y consistentemente con su práctica de examinar las causas estructurales de los incumplimientos, emitió recomendaciones dirigidas a las fallas en los sistemas de salud que llevaron a la muerte prevenible de Alyne. Con respecto a los recursos individuales, el Comité reconoció el daño moral que se le causó a la madre de Alyne, y el daño moral y material causados a la hija de Alyne, quien fue referida como A.S.P. y que tenía 5 años cuando murió su madre, abandonada por su padre y viviendo con su abuela en condiciones precarias.⁸⁸ El Comité requirió a Brasil que otorgara las reparaciones apropiadas, incluyendo una indemnización financiera adecuada, para la madre e hija de Alyne “que se ajuste a la gravedad de las violaciones cometidas contra ella.”⁸⁹

Con respecto a las causas sistémicas de las violaciones, el Comité emitió las siguientes recomendaciones generales, donde Brasil debe, en palabras del Comité:

- “Asegurar los derechos de la mujer a una maternidad sin riesgo y el acceso asequible de todas las mujeres a una atención obstétrica de emergencia adecuada, en consonancia con la recomendación general... sobre la mujer y la salud;”
- “Reducir las muertes maternas prevenibles mediante la aplicación del Pacto nacional para la reducción de la mortalidad materna a nivel estatal y municipal, incluso mediante el establecimiento de comités sobre mortalidad materna en los lugares en que aún no existan, en consonancia con las recomendaciones de sus observaciones finales [previas]” hechas al informe de Brasil ante el Comité;⁹⁰
- “Proporcionar capacitación profesional adecuada a los trabajadores de la salud, especialmente en materia de derechos de salud reproductiva de la mujer, incluido el

tratamiento médico de calidad durante el embarazo y el parto, así como la atención obstétrica de emergencia oportuna;”

- “Asegurar que las instalaciones y servicios privados de atención de la salud cumplan las normas nacionales e internacionales pertinentes en materia de atención de la salud reproductiva;”
- “Asegurar la imposición de sanciones adecuadas a los profesionales de la salud que violan los derechos de salud reproductiva de la mujer; y”
- “Asegurar el acceso a recursos eficaces en los casos en que los derechos de salud reproductiva de la mujer hayan sido violados y proporcionar capacitación al personal judicial y al personal encargado de velar por el cumplimiento de la ley;”⁹¹

Además, se requiere que Brasil publique el dictamen en portugués y en otros idiomas regionales reconocidos, y que lo distribuya ampliamente. También se requiere que el gobierno “prest[e] la debida consideración a los dictámenes del Comité, junto con sus recomendaciones, y present[e] al Comité, en un plazo de seis meses, una respuesta por escrito [de carácter confidencial], incluida toda la información relativa a las medidas adoptadas a la luz de los dictámenes y recomendaciones del Comité”⁹²

III La eficacia del dictamen del caso *Alyne*

La determinación de la eficacia de un fallo es todo un desafío.⁹³ Requiere articular el por qué son significativas las contribuciones intangibles, por ejemplo, del desarrollo normativo de un fallo sobre el significado de la igualdad de derechos de las mujeres en el contexto de los cuidados de la salud. Se ha explicado en profundidad que “las evaluaciones se relacionan con presunciones normativas y empíricas complejas; la equidad en la salud involucra más que resultados; las verdaderas evaluaciones sobre las contribuciones a la justicia en el ámbito de la salud requieren la evaluación de las intervenciones judiciales respecto de los determinantes sociales; el cómo se construye el derecho a la salud, junto con la autoridad de los facultativos de tomar decisiones basadas en hechos sobre los cuales se ejercen dichos derechos afectan las probabilidades de justicia en el ámbito de la salud; y finalmente, hacer una evaluación sobre lo que debe considerarse como un impacto está intrínsecamente relacionado con las nociones del poder judicial.”⁹⁴

Esta sección explora el significado del dictamen del caso *Alyne* en el desarrollo de la igualdad de las mujeres en el acceso a las atenciones de salud, luego evalúa los posibles enfoques para determinar el cumplimiento del dictamen por parte de Brasil, y finalmente explora si la identificación del Comité de los estándares de igualdad en la salud pueden guiar la adjudicación y las políticas domésticas con el fin de lograr la justicia reproductiva.⁹⁵

A. *Los Efectos Normativos del Dictamen*

La sola articulación jurídica de cómo los derechos humanos son aplicables a las mujeres embarazadas es un avance monumental. Es la primera vez que un comité de derechos humanos identifica y analiza las brechas discriminatorias del sistema de salud de un país desde la perspectiva de una mujer pobre, embarazada y perteneciente a una minoría. El Comité concluyó que el gobierno es jurídicamente responsable de eliminar dichas brechas, y que tiene una

obligación inmediata de adoptar medidas para lograrlo. Se explora la eficacia del dictamen del caso *Alyne* en cuanto a su contribución a la igualdad de las mujeres en el campo de las atenciones de salud haciendo referencia a cómo la decisión ha llevado a: (1) la comprensión de la mortalidad materna prevenible como una cuestión de derechos humanos; (2) la inclusión de las especificidades relativas al sexo de los servicios de salud; (3) la eliminación de la discriminación interseccional en el acceso a servicios de salud materna; y (4) la articulación de las obligaciones colectivas que aseguren la igualdad de derechos de las mujeres en el campo de la salud.

(1) Las conclusiones del Comité respecto de las violaciones de derechos humanos han provocado un cambio en la manera en que las muertes maternas son entendidas como un asunto de injusticia social que las sociedades tienen la obligación de remediar.⁹⁶ Este cambio es significativo porque la mortalidad materna ya no puede explicarse como un asunto del destino, del propósito divino o como algo que está predeterminado a suceder y que está fuera del control humano. Las muertes maternas son prevenibles, y cuando los gobiernos no adoptan las medidas preventivas apropiadas están violando los derechos humanos de las mujeres. Al reconocer que *Alyne* es un sujeto de derechos, el Comité reconoce que las consideraciones relacionadas con las mujeres embarazadas y su salud tienen un valor en sí mismos, en concordancia con el llamado a enfocarse en las necesidades maternas en los programas de salud materno-infantil.⁹⁷ Al fallar de esta manera, el Comité asentó los fundamentos normativos necesarios para la aplicación jurídica de los derechos humanos para mejorar el acceso a los servicios de salud materna, y para una reducción adicional eventual de la mortalidad materna.

(2) La articulación jurídica de la muerte evitable de *Alyne* como una forma de “discriminación contra la mujer en la esfera de la atención de la salud” añade una importante dimensión a la jurisprudencia internacional emergente sobre derechos relacionados con la salud. Al establecer que la falta de provisión de servicios de salud esenciales que sólo las mujeres necesitan constituye una forma de discriminación en contra de las mujeres que los gobiernos tienen la obligación de remediar, el Comité legitimó los reclamos de las mujeres embarazadas y las reconoció como sujetos de derechos con una demanda legítima a la atención obstétrica de urgencia (AOU) que necesita ser abordado. De forma significativa, el Comité fue más allá de concluir que se contravino el artículo 12(2) y estableció que se requiere garantizar la atención obstétrica, es decir los “servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto.” Así, el Comité reconoció que la capacidad fisiológica de la mujer de parir hijos de manera segura debiera ser incluida como un asunto de igualdad en virtud del artículo 2(1).

El dictamen requiere que el Estado reconozca las especificidades relativas al sexo de los servicios de salud y que son necesarias para evitar la muerte materna.⁹⁸ El punto analítico clave es la especificidad relativa al sexo de los servicios, esto es las “atenciones de salud que son específicas de las mujeres,” más que el cuidado meramente obstétrico. La inclusión de las necesidades reproductivas específicas de las mujeres está en concordancia con el artículo 4(2) de la Convención que declara que la “adopción... de medidas especiales... encaminadas a proteger la maternidad no se considerará discriminatoria.” El embarazo y la reproducción constituyen un proceso fisiológico social beneficioso, y no una enfermedad, el cual afecta sólo a las mujeres. Por esta razón, los cuidados maternos son diferentes al resto de los cuidados de salud. El rol social que la mujer cumple a través de la reproducción y que es específico a su sexo evidencia

que el fracaso del Estado de no incluir las especificidades relativas al sexo en los servicios de salud constituye una forma de discriminación en contra de la mujer que el Estado tiene la obligación de remediar. Es decir, las medidas correctivas que realice el estado para acomodar las necesidades específicas al sexo de la mujer no constituyen discriminación en contra del hombre.

(3) La eficacia del Dictamen del caso *Alyne* también radica en su capacidad de identificar y abordar las causas del por qué estas muertes evitables no son prevenidas dentro del subgrupo de mujeres embarazadas afrobrasileñas.⁹⁹ El Comité se basó en su Recomendación General sobre las obligaciones básicas de los Estados para explicar que la discriminación basada en el sexo y el género de *Alyne* está “unida de manera indivisible”¹⁰⁰ a otros factores, como el embarazo, su estado general de salud, su ascendencia afrobrasileña, y su condición socioeconómica.¹⁰¹ Se ha explicado que

La *discriminación interseccional* se refiere a las múltiples causas o factores que interactúan en la creación de una carga o riesgo *único y distintivo* de discriminación. La interseccionalidad se asocia con dos características. Primero, las causas o factores son analíticamente inseparables de forma que la experiencia de discriminación no se puede desagregar en causas distintas. La experiencia se ve transformada por la interacción. Segundo, la interseccionalidad se relaciona con una experiencia cualitativamente diferente ‘creando consecuencias *diferentes* para aquellos que se ven afectados comparadas con las consecuencias que sufren aquellos que son sujetos de un solo tipo de discriminación.’ La discriminación interseccional se ve reflejada en la jurisprudencia en frases como, ‘impacto único y específico,’ o afectando de ‘manera particular o diferente.’¹⁰²

La experiencia discriminatoria de *Alyne* en base a múltiples causales es “analíticamente inseparable,” y tuvo un “impacto específico y único” que no es común a las mujeres brasileñas blancas de clase media o a los hombres brasileños blancos de clase media.¹⁰³ Las explicaciones que proporcionó sobre sus síntomas no la hicieron ver como una “candidata” que necesitara exámenes de sangre y orina urgentes, y no fueron reconocidas por sus médicos tratantes como lo suficientemente graves como para ser considerada una “candidata” para traslado inmediato a la AOU.¹⁰⁴ La discriminación única y específica de la que fue víctima creó los obstáculos en el acceso a la AOU. Dichos obstáculos reflejaron su condición de mujer embarazada (p.ej. la limitada disponibilidad de atención obstétrica de urgencia de calidad), su raza (p.ej. prejuicio sistémico en la atención de las necesidades de salud de subgrupos de mujeres en base a la raza), y su pobreza (p.ej. su incapacidad de pagar una ambulancia privada). La discriminación interseccional tuvo como resultado una serie de restricciones a su acceso a los servicios aún mayores de las que hubiera tenido que enfrentar una mujer embarazada de un grupo social dominante.

La importancia de concluir que existió discriminación interseccional se hace aún más aparente cuando ésta se analiza en el contexto de la inequidad en salud o también conocida como desigualdad en salud.¹⁰⁵ La inequidad en salud hace referencia a “las disparidades en salud entre diversos grupos sociales categorizados por características importantes de su posición social subyacente, en resumen, *disparidades sociales en salud.*”¹⁰⁶ El hecho de que las mujeres afrobrasileñas embarazadas tienen siete veces más probabilidades de morir durante el embarazo

o el parto que las mujeres blancas, las categoriza en base a su raza. Las disparidades en salud entre las mujeres afrobrasileñas y las mujeres en general nos demuestra objetivamente la injusticia. Es decir, “la inequidad en salud hace referencia a las disparidades en salud que son injustas porque son evitables y por tanto innecesarias.”¹⁰⁷

(4) El Comité se enfocó en una víctima individual, pero nunca perdió de vista las múltiples formas en que el sistema de salud le falló. Una dimensión notable del dictamen es el continuo cambio de enfoque desde la víctima individual a poblaciones vulnerables, desde autores individuales de las violaciones a los derechos humanos a factores institucionales y sistémicos que contribuyeron a las inequidades en salud y que llevaron a la muerte de Alyne. El Comité dictaminó más allá de las reparaciones individuales y recomendó la adopción de medidas con el objeto de prevenir la repetición de injusticias, muertes y lesiones maternas evitables. En consecuencia, a través de la revisión de los hechos que condujeron a una muerte materna, el Comité remarcó la importancia de la igualdad de derechos de las mujeres en el campo de las atenciones de salud para garantizar los servicios de salud materna para todas las mujeres de Brasil.

El Comité estaba consciente de la necesidad de abordar las dimensiones colectivas del artículo 12 ya que “el acceso de un individuo a las atenciones de salud es, frecuentemente, no sólo resultado de las circunstancias individuales, sino que de la naturaleza colectiva de los sistemas de salud.”¹⁰⁸ La eficacia de este dictamen se determinará, en parte, en base a si ha servido como una indicación al sistema de salud brasileño para que aborde la obligación colectiva de eliminar todas las formas de discriminación en contra de la mujer en el campo de la salud mediante la inclusión de las necesidades específicas relativas al sexo de las mujeres, y reducir las desigualdades en salud asociadas con la reproducción.

B. El cumplimiento de Brasil

El nivel de cumplimiento es un determinante clave de la eficacia de un fallo. Brasil tiene la oportunidad de contribuir a la efectividad del dictamen del caso *Alyne* mediante su implementación oportuna y adecuada. Un cumplimiento oportuno y adecuado acentúa la legitimidad que el dictamen confiere a la igualdad de derechos de las mujeres embarazadas, y el cumplimiento legitima a los estados que atienden a las necesidades de las mujeres embarazadas. (Un ejemplo de una medida inapropiada que Brasil intentó implementar para dar cumplimiento al dictamen del caso *Alyne* fue la de instituir el requerimiento de un registro de mujeres embarazadas, lo cual fue causa de gran malestar y protestas debido a la violación al derecho a la privacidad de las mujeres.¹⁰⁹ Afortunadamente esta medida fracasó.¹¹⁰)

A través de una innovadora iniciativa de la sociedad civil, la *Plataforma Brasileira de Direitos Humanos Economicos, Sociais, Culturais e Ambientais* (Dhesca Brasil) estableció una serie de Relatorías,¹¹¹ incluyendo una *Relatoria do Direito Humano à Saúde Sexual e Reprodutiva*.¹¹² Los Relatores son expertos independientes designados por un mandato de dos años y que muchas veces trabajan en conjunto con la *Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão* con el objeto de investigar el incumplimiento de los derechos humanos y otras ofensas relacionadas. En el primer aniversario del dictamen del caso *Alyne*, la Relatora de los Derechos Sexuales y Reproductivos y una serie de organizaciones de la sociedad civil entregaron una carta a la

Procuraduría Federal solicitando la implementación del dictamen.¹¹³ El paso del tiempo dirá si estas iniciativas capitalizarán los efectos reputacionales positivos de un cumplimiento adecuado.

Esta sección explora el tipo de preguntas que pueden surgir de cada una de las recomendaciones del Comité para determinar si Brasil ha adoptado las medidas más apropiadas para mejorar la salud de las mujeres embarazadas. Un desafío en la determinación del cumplimiento del dictamen del caso *Alyne* consiste en que las recomendaciones del Comité son muy amplias, lo cual hace difícil saber específicamente lo que Brasil debe hacer para cumplir con sus obligaciones. La falta de especificidad tiene la ventaja de permitir que Brasil escoja las medidas que considere más apropiadas para implementar las recomendaciones y explique sus motivos. Consecuentemente, las cuestiones que se plantean en cada una de las recomendaciones son sólo sugerencias del tipo de medidas que Brasil podría examinar para determinar si son apropiadas,¹¹⁴ sin perjuicio de que el único que finalmente puede determinar si estas medidas son apropiadas o no es el Comité.¹¹⁵

I. LAS RECOMENDACIONES DEL COMITÉ REFERENTES A LA FAMILIA DE ALYNE

¿Qué tipo de indemnización financiera ha entregado Brasil a la madre y la hija de Alyne? ¿Estas se “ajust[an] a la gravedad de las violaciones cometidas contra ella”?

Hasta la fecha del primer aniversario del dictamen del caso *Alyne* de 2011, Brasil aún no había indemnizado a la madre o la hija de Alyne de forma que se “ajuste a la gravedad de las violaciones cometidas contra ella.”¹¹⁶ Sin embargo, el gobierno de Brasil ha accedido indemnizar a la familia de Alyne y está negociando el monto de la indemnización.¹¹⁷ Como se ha explicado, la primera y única hija de Alyne, A.S.P., que tenía 5 años al momento de la muerte de su madre y que ahora tiene 15 años, fue abandonada por su padre y vive en precarias condiciones con su abuela.¹¹⁸ El 16 de noviembre de 2012 se cumplieron 10 años de la muerte de su madre, y hubiera sido el momento oportuno para anunciar el monto de la indemnización, y dar explicaciones de cómo dicho monto se ajusta a la gravedad de las violaciones cometidas en contra de Alyne.

II. LAS RECOMENDACIONES GENERALES DEL COMITÉ REFERENTES AL SISTEMA DE SALUD

La eficacia de las recomendaciones generales para eliminar la discriminación en contra de la mujer en el campo de la salud con el objeto de garantizar su acceso igualitario a los servicios, y el hecho de si las agencias gubernamentales están garantizando o no los servicios apropiados relacionados con la reproducción, pueden evaluarse en relación con diversos indicadores.¹¹⁹ Estos incluyen indicadores sobre el estado de salud, indicadores sobre los servicios de salud, e indicadores estructurales.¹²⁰ Mediante estos indicadores, los estados deben mostrar progreso en cuanto a la “adop[ci]ón [de] todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica...”¹²¹ Dichos indicadores también pueden categorizarse como indicadores de logros e indicadores de recursos disponibles. Estos indicadores, ya sea que indiquen logros o la disponibilidad de recursos, ayudan a cambiar el

enfoque que se centra en el deber de abordar las violaciones de derechos individuales hacia un enfoque de deberes colectivos para provocar cambios en los sistemas de salud.

Los indicadores sobre el estado de salud evalúan los logros o los resultados de los servicios de salud, así como la reducción en las TMM.¹²² Los indicadores de los servicios de salud, conocidos también como indicadores de procesos, miden la disponibilidad de los recursos, particularmente en cuanto a la provisión de servicios. Estos incluyen el porcentaje de mujeres que son atendidas en el parto por profesionales de la salud capacitados,¹²³ y los puntos referenciales que demuestran si los sistemas de salud están “proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario.”¹²⁴

Los indicadores estructurales demuestran si “existen o no estructuras y mecanismos fundamentales necesarios para la realización... o conducentes”¹²⁵ a la igualdad de las mujeres en el acceso a los servicios de salud, incluyendo los servicios de maternidad, con presupuestos sustentables para financiarlos.¹²⁶ El análisis de los indicadores estructurales puede realizarse evaluando si las leyes y políticas están en marcha “para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica... asegu[rando], en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica...”¹²⁷ Este tipo de análisis puede revelar si los programas nacionales para reducir la mortalidad materna contienen un objetivo específico en las políticas públicas para reducir las desigualdades en salud, por ejemplo, abordando la discriminación indirecta de los sistemas de salud por causa del embarazo, la raza, o la condición socioeconómica.¹²⁸ Este tipo de análisis puede revelar si existe un sistema de información de salud funcional que disgrega los datos en base a la raza, el origen étnico, la condición socioeconómica, o por ejemplo, el origen rural.¹²⁹

Para determinar si Brasil ha adoptado medidas que son en efecto apropiadas para implementar las recomendaciones de *Alyne*, es necesario ir más allá del enfoque en los deberes de abordar las violaciones individuales y examinar los deberes colectivos para cambiar los sistemas de salud haciendo referencia a los diversos indicadores de salud. A fin de que las medidas sean apropiadas, Brasil tiene que abordar no sólo la salud de las mujeres embarazadas de forma agregada, sino también las disparidades en salud dentro de los subgrupos de mujeres embarazadas. Se requiere recopilar datos desagregados en base a la raza, el origen étnico, o la condición socioeconómica para apreciar la reducción de las disparidades en salud entre los subgrupos de mujeres embarazadas.

Al considerar si las medidas generales para reducir la mortalidad materna prevenible son apropiadas, es importante evaluar cómo las directrices desarrolladas por organizaciones internacionales, tales como la OMS¹³⁰ y la FIGO,¹³¹ son implementadas en el ámbito doméstico, ya que ellas exponen qué medidas son apropiadas y por qué. Otra preocupación predominante respecto de si las medidas generales propuestas son apropiadas es si son lo suficientemente definidas como para ser consideradas justiciables, o si son extensamente programáticas y por tanto no son exigibles mediante acción judicial. Aquellas recomendaciones del Comité que detallan específicamente la naturaleza y alcance de la obligación colectiva de incluir las necesidades de salud específicas en base al sexo, y que reduzcan suficientemente las desigualdades de salud serán más eficaces en dirigir su implementación.

En concordancia con las recomendaciones generales sobre mujer y salud, Brasil ¿ha garantizado a las mujeres embarazadas el derecho a una maternidad segura y el acceso a una atención obstétrica de urgencia apropiada y económica?

Para determinar si Brasil ha cumplido con su obligación de garantizar los “servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto,” y si existen servicios gratuitos disponibles para aquellas mujeres que no pueden pagarlos¹³² es necesario hacer referencia a los indicadores de los servicios de salud.¹³³ Estos incluyen:

1. disponibilidad de AOU para establecimientos de atención básica e integral;
2. distribución geográfica de los establecimientos de AOU;
3. porcentaje del total de nacimientos en establecimientos de AOU;
4. necesidad atendida de AOU, medida por el porcentaje del total de mujeres con complicaciones obstétricas directas importantes que son tratadas en dichos establecimientos;
5. nacimientos por cesárea como porcentaje del total de nacimientos;
6. tasa de letalidad obstétrica directa
7. tasa de mortalidad intranatal y neonatal muy precoz
8. porcentaje de las defunciones maternas en establecimientos de AOU que son debidas a causas indirectas.¹³⁴

Estos indicadores constituyen versiones actualizadas y revisadas de los indicadores citados por el dictamen del caso *Alyne*.¹³⁵

Las obligaciones relacionadas con la AOU requieren garantizar la disponibilidad y distribución igualitaria de los medicamentos necesarios para sobrevivir el parto, incluyendo sulfato de magnesio para el tratamiento de pre-eclampsia/eclampsia,¹³⁶ y agentes uterotónicos, esto es medicamentos que ayudan a prevenir y tratar la hemorragia post-parto (HPP).¹³⁷ La oxitocina es la droga uterotónica de preferencia. Sin embargo, como producto inyectable que requiere de refrigeración en climas tropicales, no es adecuada para su uso en entornos de escasos recursos. En contraste, el misoprostol es un medicamento en forma de tabletas que es termoestable, asequible, y “es una opción segura y efectiva para prevenir el tratamiento de HPP, particularmente en aquellas circunstancias en que la oxitocina – la droga de oro – no se encuentra disponible o donde su administración no es factible.”¹³⁸ El misoprostol “tiene el potencial de hacer frente a las brechas de cobertura y ofrecer ventajas logísticas tanto en establecimientos como en instancias comunitarias.”¹³⁹ La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia ha formulado directrices recomendando el uso del misoprostol en situaciones donde no se tiene acceso a la oxitocina para prevenir¹⁴⁰ y tratar¹⁴¹ la hemorragia post-parto. Asimismo, el misoprostol “puede ser administrado de manera segura y efectiva por proveedores de salud de menor nivel para prevenir la HPP... [y] constituye un tratamiento seguro y efectivo para mujeres que están experimentando una HPP.”¹⁴²

Los agentes uterotónicos, necesarios para prevenir y tratar la hemorragia en el embarazo, parto y post-parto, incluyendo la oxitocina¹⁴³ y el misoprostol¹⁴⁴ forman parte de la lista nacional de medicamentos esenciales de Brasil. Dicha lista ¿ayuda a resolver de verdad los problemas en la cadena de suministros, particularmente el suministro en áreas rurales y marginales? y ¿asiste a

los profesionales de la salud permitiendo la administración de un agente uterotónico sin necesidad de orden médica?¹⁴⁵

Brasil, ¿ha implementado el Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal a nivel estatal y municipal? ¿Se han establecido comités de mortalidad materna donde no existían? En aquellos lugares en que existen ¿funcionan eficazmente? Dicha implementación, ¿ha conducido a la reducción de muertes maternas prevenibles?

Brasil ha establecido diversas políticas y programas para la promoción de la salud materna, incluyendo el *Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal* (Pacto Nacional)¹⁴⁶ y la *Rede Cegonha* (Red Cigüeña).¹⁴⁷ Tanto el Pacto Nacional como la Red Cigüeña son considerados indicadores estructurales. El Pacto nacional fue lanzado en 2004 con el objeto de alcanzar una reducción de 15% de las muertes maternas para el 2011.¹⁴⁸ Sin embargo, el Comité había expresado con anterioridad su preocupación sobre si la implementación del Pacto Nacional era incompleta y necesitaba ser monitoreada de mejor manera.¹⁴⁹

La Red Cigüeña, puesta en marcha en 2011, es “una estrategia ideada por el Ministerio de Salud y puesta en práctica a través del Sistema Único de Salud [*Sistema Único de Saúde-SUS*]¹⁵⁰, que se basa en los principios de humanización y asistencia y mediante la cual las mujeres, los recién nacidos y los niños tienen garantizado el derecho a lo siguiente: acceso a la asistencia prenatal de mayor calidad; transporte para fines de atención prenatal y parto; afiliación a un único centro de referencia para el parto; parto y nacimiento seguros apoyados en buenas prácticas de atención de salud; presencia de un acompañante durante la etapa inmediatamente previa al parto y el parto, a libre elección de la mujer embarazada; [y] atención de salud para los niños de 0 a 24 meses de edad...”¹⁵¹ mientras que la Red es prometedora, aún está por verse si logrará el objetivo de garantizar que “61 millones de mujeres en edad reproductiva reciban atención adecuada, segura y humanizada en el conjunto del Sistema Único de Salud.”¹⁵²

El Comité ha destacado que las políticas del Estado deben estar “orientadas hacia la adopción de medidas y la obtención de resultados, y contar con financiación adecuada.”¹⁵³ Las políticas públicas, que deben además ser lo suficientemente específicas como para guiar las acciones de los actores públicos y privados relevantes en las medidas requeridas para mejorar la salud materna, incluyen las políticas subnacionales que dan cuenta de las diversas necesidades y condiciones en lugares específicos, y tienen metas específicas con las que se puede evaluar su progreso.¹⁵⁴

El Comité aclaró que deben existir “órganos eficaces y específicos dentro del poder ejecutivo”¹⁵⁵ encargados de implementar las políticas públicas para reducir la mortalidad materna. Desde 1994, Brasil ha contado con una *Comissão Nacional de Mortalidade Materna* y los diversos estados han tenido a su vez comisiones similares, algunas más activas y efectivas que otras.¹⁵⁶ La muerte de Aylene fue “investigada por un comité externo, el Comité de Mortalidad del sistema de salud, que sólo examinó su expediente médico y no realizó ninguna otra investigación, a pesar de que esa investigación era requerida por el Ministerio de Salud.”¹⁵⁷ Estudios revelan disparidades regionales en el establecimiento de comités de mortalidad materna, y dónde estos están en funcionamiento sólo han sido capaces de investigar un 40% de las muertes maternas.¹⁵⁸ Esto plantea inquietudes sobre si Brasil ha establecido comités de mortalidad materna donde no

existían en 2011, especialmente en *Nova Iguaçu*, lugar donde Alyne falleció, y si en aquellos lugares donde han sido establecidos están funcionando eficazmente. Un funcionamiento eficaz puede requerir la investigación de los “cuasieventos maternos” ya que se puede aprender mucho de estos casos para reducir la mortalidad y morbilidad maternas.¹⁵⁹

Para determinar si la implementación de estos planes ha resultado en la disminución de las muertes maternas prevenibles, se necesita hacer referencia a los indicadores del estado de salud, tales como la TMM.¹⁶⁰ Sin embargo, para evaluar el impacto del litigio de derechos humanos únicamente haciendo referencia a los indicadores del estado de salud, como la disminución en la TMM, es mucho pedir, ya que crea expectativas fantasiosas sobre lo que el litigio puede lograr a corto plazo. La utilización de indicadores de los servicios de salud para determinar si el litigio ha mejorado el acceso a la AOU por parte de los subgrupos de mujeres embarazadas que tienen una TMM más alta es una meta más realista a corto plazo.¹⁶¹

Brasil, ¿ha adoptado las medidas necesarias para garantizar que los establecimientos de salud privados cumplan con las normas nacionales e internacionales?

El Comité aplicó las normas de diligencia debida (*due diligence*) al centro de salud privado, *Casa de Saúde*, para concluir que existió violación al artículo 2(e) en concordancia con el artículo 12 de la Convención respecto del deber de las empresas privadas de eliminar la discriminación en contra de la mujer.¹⁶² Es debatible si el Comité debió aplicar el artículo 2(e) o el 2(d) referente a la obligación de las instituciones públicas, ya que cuando un actor privado actúa a nombre del estado, sus acciones son atribuibles directamente a ese estado.¹⁶³ A diferencia de los casos de violencia doméstica donde los individuos actúan en capacidad propia,¹⁶⁴ *Casa de Saúde* actuó en virtud de un acuerdo especial con el gobierno municipal para ofrecer servicios de salud pública.¹⁶⁵ De todas formas, se concluyó que Brasil tiene responsabilidad directa por no cumplir con su deber de garantizar que las mujeres embarazadas que se atienden en *Casa de Saúde* tengan acceso a los “servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto,” que sean consistentes con las normas nacionales¹⁶⁶ e internacionales¹⁶⁷ referentes a los servicios de salud reproductiva.¹⁶⁸

Se precisan respuestas a las preguntas sobre qué ha hecho Brasil para garantizar que los centros de salud privados, a los cuales se ha delegado las funciones de la salud pública, cumplan con dichas normas. Los gobiernos municipales ¿hacen referencia a dichas normas en sus acuerdos con los centros privados de salud? ¿Qué se está haciendo para monitorear el cumplimiento con dichas normas y cuáles son las consecuencias que tienen que enfrentar los centros que no las cumplen?¹⁶⁹

Brasil, ¿ha provisto de capacitación profesional adecuado a los profesionales de la salud, particularmente, respecto de los derechos reproductivos de la mujer, incluyendo tratamiento médico de calidad durante el embarazo y el parto?

Un factor que contribuyó a la muerte de Alyne fue el hecho de que el personal médico tratante no realizó un diagnóstico y tratamiento apropiados.¹⁷⁰ En 2010 se informó que las mujeres brasileñas tenían un alto grado de igualdad y acceso casi universal a personal calificado para asistir en el parto.¹⁷¹ Sin embargo, aún queda por resolver si las mujeres, sin importar raza ni

clase, están recibiendo tratamiento médico de *calidad* que les permita sobrevivir el embarazo y el parto, y qué porcentaje de mujeres en labores de parto tienen acceso a instalaciones médicas apropiadas de acuerdo a sus necesidades médicas. En una región de Brasil, la mayoría de las mujeres en labores de parto son forzadas a buscar acceso a los servicios de salud en múltiples hospitales antes de encontrar uno que esté dispuesto a admitirlas.¹⁷² Esta cacería de hospital en hospital en busca de admisión por parte de las mujeres en labores de parto es un fenómeno tan bien conocido y usual en Brasil que ha sido catalogado como “peregrinación.”¹⁷³

Para poder maximizar la provisión de tratamiento médico durante el embarazo y el parto, es importante determinar si las mujeres embarazadas que sufren hemorragia son tratadas por proveedores de salud capacitados de acuerdo a las directrices más actualizadas, tales como la guía sobre Prevención y Tratamiento de Hemorragia Post-parto: Nuevos Avances para un Entorno de Bajos Recursos.¹⁷⁴ Para las mujeres embarazadas que sufren hemorragia durante el parto y el post-parto, un tratamiento médico de *calidad* también requiere de acceso a bancos de sangre. Un estudio sobre mortalidad materna concluyó que el 26% de las mujeres brasileñas que requirieron una transfusión de sangre no pudieron recibirla.¹⁷⁵ El mismo estudio concluyó que, mientras el 74% de las mujeres que fallecieron requirieron de una unidad de cuidados intensivos, 37% no tuvieron acceso a una.¹⁷⁶

Con el objeto de determinar si los profesionales de la salud han sido capacitados en los derechos de salud reproductiva de las mujeres¹⁷⁷ se requiere evaluar al menos cómo estos derechos están siendo enseñados en las escuelas de medicina y de enfermería, cómo estos conocimientos están siendo aplicados en el tratamiento de las mujeres embarazadas, y si las mujeres están participando en el diseño de programas para mejorar la salud materna.¹⁷⁸ El desarrollo de estudios de caso basados en los hechos del dictamen del caso *Alyne* es una medida apropiada.¹⁷⁹ Un estudio de caso que se enfoque en la eliminación de los prejuicios en el tratamiento clínico de mujeres pobres y pertenecientes a minorías de acuerdo con los requerimientos de la Convención es particularmente útil para la capacitación del personal de salud en temas relacionados a los derechos a la salud reproductiva de las mujeres.¹⁸⁰

Brasil, ¿ha sancionado a los profesionales de la salud que han violado los derechos a la salud reproductiva de las mujeres, y de qué forma lo ha hecho?

Para contestar esta pregunta es necesario entender si es posible y de qué forma se pueden aplicar constructivamente sanciones correctivas en los sistemas de asignación de responsabilidad profesional. Se ha explicado que “las sanciones individuales (y el conocimiento de que las normas profesionales serán ejecutadas) tienen cabida en un sistema de rendición de cuentas constructivo.”¹⁸¹ Una rendición de cuentas profesional constructiva requiere del establecimiento de normas profesionales adecuadas para la provisión de cuidados de maternidad.¹⁸² También se requiere que se aplique de forma adecuada, desprejuiciada y justa, “en los casos comprobados de negligencia, abuso o mala praxis médica... las sanciones que determinen las asociaciones profesionales, los consejos médicos y/o los organismos facultados para otorgar las licencias, independientemente de que los dispensadores sean o no inamovibles.”¹⁸³ No obstante, se prudencia para garantizar que las sanciones individuales no sean usadas de manera perniciosa, por ejemplo convirtiendo a los profesionales de la salud en chivos expiatorios para tranquilizar a la opinión pública y para “encubrir un problema más amplio y profundo.”¹⁸⁴

La asignación de responsabilidad o proceso de rendición de cuentas es la base del derecho de los derechos humanos, y su utilización es importante para mejorar los servicios de salud materna. La búsqueda de una rendición de cuentas efectiva para la observancia de los derechos humanos de las mujeres relacionados con la salud materna “requiere ir más allá del modelo tradicional de derechos humanos que busca sancionar autores individuales, para enfocarse en factores sistémicos e institucionales.”¹⁸⁵ La rendición de cuentas jurídica por las violaciones a los derechos de *Alyne*, ¿ha resultado en (a) la rendición de cuentas profesional ya mencionada con anterioridad; (b) la rendición de cuentas institucional; (c) la rendición de cuentas en el sistema de salud; (d) la rendición de cuentas de los actores privados debatidos en esta sección?¹⁸⁶ *Brasil, ¿ha adoptado las medidas necesarias para garantizar que los establecimientos de salud privados cumplan con las normas nacionales e internacionales?*¹⁸⁷ Se necesita determinar qué procesos han sido establecidos como resultado del dictamen del caso *Alyne* que “prom[uevan] la rendición de cuentas de múltiples actores a distintos niveles, dentro del sector de la salud y fuera de este.”¹⁸⁸ Por ejemplo:

- La rendición de cuentas institucional “a nivel del establecimiento [¿]requiere una supervisión continua y el seguimiento regular de cualquier laguna que se detecte”? ¿Se han establecido procedimientos de presentación de quejas “en todos los establecimientos... para los usuarios del sistema de salud, con inclusión de procedimientos de apelación respecto de las decisiones de la administración de la institución o de los comités de ética que denieguen el acceso a cualquier forma de atención de salud sexual y reproductiva? Además del Relator de Derechos a la Salud Sexual y reproductiva en Brasil,¹⁸⁹ ¿se han establecido “procedimientos de mediación interna para examinar las quejas del personal de salud en cada establecimiento, con posibilidades de apelación”¹⁹⁰
- La rendición de cuentas en el sistema de salud, ¿ofrece un sistema de monitoreo continuo y un diagnóstico regular de los obstáculos, lleva a cabo revisiones rutinarias de todas las muertes maternas “para extraer enseñanzas en todos los niveles del sistema de salud: desde el comportamiento y las prácticas de las personas hasta las políticas nacionales, y a lo largo de todo el proceso de asistencia, desde el hogar hasta el hospital?”¹⁹¹ Los exámenes de las muertes maternas, ¿se están llevando a cabo con un espíritu de responsabilidad compartida más que uno que atribuye culpabilidad y sanciones,¹⁹² y sirven de base a las acciones de prevención de muertes maternas futuras?¹⁹³
- En aquellos casos donde se han instaurado procedimientos de rendición de cuentas a nivel de establecimientos de salud y de sistema de salud, ¿se han abordado aquellos prejuicios potenciales en los programas que se reflejan en los indicadores del estado de salud, como por ejemplo el hecho de que las mujeres afrobrasileñas tienen 7 veces más probabilidades de morir en el parto que el resto de la población?¹⁹⁴ Estos procedimientos, ¿están siendo utilizados para monitorear el acceso real de las usuarias a los medicamentos esenciales para la salud materna, tales como los agentes uterotónicos (oxitocina y misoprostol)?¹⁹⁵ En aquellos casos en que los ministerios de salud han fracasado en establecer procedimientos, los grupos de promoción y defensa en favor de la salud, como en Brasil, han utilizado el derecho constitucional para garantizar el acceso a medicinas de tratamiento de VIH/SIDA dentro del sistema de salud público,¹⁹⁶ y por ejemplo, en Sudáfrica, para mujeres embarazadas que tienen VIH/SIDA.¹⁹⁷

Cualquiera sea el sistema de rendición de cuentas o asignación de responsabilidad que se establezca, ¿ha empoderado a las mujeres embarazadas pobres como Alyne para que exijan respuestas adecuadas del sistema de salud que sean específicas a sus necesidades durante el embarazo? Si un proceso de indemnización impulsa a las mujeres y sus familias a exigir sus derechos para garantizar el cuidado adecuado de su salud materna, entonces el proceso habrá alcanzado una medida de efectividad.¹⁹⁸

Brasil, ¿ha garantizado el acceso efectivo a las acciones judiciales en aquellos casos en que los derechos a la salud reproductiva han sido violados? Y ¿ha capacitado al poder judicial y a las fuerzas de orden?

Para que los recursos judiciales sean efectivos, Brasil tiene que abordar las causales de discriminación que se intersecaron y contribuyeron a la muerte de Alyne.¹⁹⁹ La Recomendación General del Comité sobre las Obligaciones básicas de los estados requiere que los estados “recono[zcan] y prohib[an] en sus instrumentos jurídicos estas formas entrecruzadas de discriminación... y pon[gan] en práctica políticas y programas para eliminar estas situaciones y, en particular, cuando corresponda, adopt[en] medidas especiales de carácter temporal, de conformidad con el párrafo 1 del artículo 4 de la Convención y la Recomendación general [sobre Medidas Especiales de Carácter Temporal].”²⁰⁰ Brasil tiene la obligación de dar “debida consideración” a las opiniones del Comité.²⁰¹

Se puede evidenciar una debida consideración cuando se utilizan medidas especiales de carácter temporal (MECT). Estas pueden ser especialmente adecuadas dadas las disparidades en salud entre las mujeres embarazadas, como se aprecia en las tasas de mortalidad materna diferenciadas.²⁰² No se considera que las MECT sean de carácter discriminatorio ya que están diseñadas para alcanzar la igualdad sustantiva o *de facto*, y son verdaderamente temporales en su naturaleza hasta que la inequidad ha sido remediada.²⁰³ Las medidas son especiales puesto que son necesarias para “desmantelar los mecanismos sociales y las construcciones de género que han desempoderado a las mujeres [afrobrasileñas]”²⁰⁴ Un ejemplo de una MECT es un proyecto especial diseñado para abordar las disparidades en salud de las mujeres embarazadas, que se implemente hasta que las mujeres afrobrasileñas sobrevivan al parto en la misma proporción que las mujeres blancas.

Con respecto a las recomendaciones del Comité en cuanto a la capacitación del poder judicial y el personal de las fuerzas de orden, un efecto del dictamen del caso *Alyne* podría determinarse estimarse mediante la determinación si el poder judicial se ha instruido lo suficiente sobre la naturaleza de la discriminación interseccional, sobre cómo se manifiesta en distintos sectores de la sociedad, y sobre cómo puede remediarse mediante las MECT para garantizar la igualdad de todas las mujeres en el sector de la salud como lo exige la Convención.

C. El Litigio en el Ámbito Doméstico

El dictamen del caso *Alyne* esclarece y concretiza cómo los derechos humanos pueden aplicarse para garantizar el derecho de las mujeres embarazadas al acceso igualitario a los servicios de salud, y por tanto mejorar sus expectativas de sobrevivencia. El Comité dispuso la duda sobre si se

violaron los derechos de *Alyne*, y al hacerlo, estableció una nueva base normativa. Está por verse si los jueces en casos pendientes,²⁰⁵ o en casos futuros sobre mujeres embarazadas, invocarán las normas establecidas por *Alyne* para defender a las mujeres embarazadas en virtud de las provisiones establecidas en la Constitución brasileña referentes al derecho a la atención de salud,²⁰⁶ a la maternidad segura,²⁰⁷ a la igualdad en base al sexo y al género,²⁰⁸ y a la raza.²⁰⁹ Como lo ha expresado el Comité, “la responsabilidad [de Brasil] está firmemente consagrada en [su] Constitución.”²¹⁰

Al explorar la eficacia del dictamen del caso *Alyne* haciendo referencia a su influencia en la jurisprudencia nacional, uno debe considerar como están siendo utilizados los tribunales de justicia para mejorar el acceso a los servicios de salud y para garantizar la igualdad de género y racial de las mujeres en general. Algunos han argumentado que la mayoría de los litigios de Brasil han tenido un efecto contraproducente en las prioridades de la salud debido a que se enfocan en las demandas individuales en cuanto al acceso a medicamentos, y con menos frecuencia en cuanto al acceso a tratamientos, lo que no necesariamente responde a un interés de salud pública.²¹¹ Esto es, “buscan la *provisión de un beneficio de salud* para un litigante individual más que un cambio en las políticas que beneficien a un grupo o a la población como un todo.”²¹² No obstante, la judicialización de la salud demuestra el tipo de influencia que los tribunales de justicia de Brasil tienen sobre el sistema de salud. Así que ¿cómo pueden utilizarse los tribunales de justicia y la autoridad judicial para lograr mejores resultados con respecto a la manera en que se resuelven las inequidades de salud entre las mujeres embarazadas?

La respuesta a esta pregunta dependerá en parte de si un tribunal en particular sigue un modelo de adjudicación de otorgamiento de derechos o de restricción de derechos en el ámbito de la salud.²¹³ Los fallos de otorgamiento de derechos derivan ya sea de una serie de derechos civiles individuales, o de “derechos sociales colectivos que son extensamente programáticos en naturaleza, aunque aún pueden ser accionables negativamente en aquellos casos de incumplimiento.”²¹⁴ Los fallos de restricción de derechos consideran el derecho a la salud como que se “concretiza dentro de un sistema regulatorio... basado en los principios de la buena administración como lo son la regularidad presupuestaria y la contratación pública,” o como un bien público “sujeto a escasos recursos económicos que deben ser distribuidos por aquellos democráticamente legitimados para tomar decisiones y no por jueces que no han sido elegidos.”²¹⁵

El dictamen del caso *Alyne* establece un nuevo estándar para ambos modelos de adjudicación doméstica. Sirve como una señal para los tribunales de justicia domésticos para que aborden las inequidades sistémicas en salud que muchas mujeres embarazadas deben enfrentar en el sistema de salud. La eficacia del dictamen el caso *Alyne* se verá tremendamente realzada si los tribunales domésticos extienden la interpretación de los derechos constitucionales brasileños haciendo referencia a las conclusiones del Comité sobre la discriminación interseccional, y diseñen recursos para remediarla. Al hacer esto, los tribunales de justicia demostrarán cómo la judicialización de la salud puede utilizarse para exigir a los sistemas de salud públicos que respondan a las necesidades en salud más básicas de la sociedad.

Conclusión

Desde la perspectiva del derecho de los derechos humanos, el dictamen del caso *Alyne* es una contribución histórica a la jurisprudencia internacional emergente sobre las violaciones al derecho a la salud basadas en el género. Por casi tres décadas hemos tenido conocimiento de la amplitud de las muertes maternas prevenibles en todo el mundo, pero dichas muertes no han sido reconocidas jurídicamente como violaciones a los derechos humanos. Este dictamen representa la primera vez que un organismo internacional de derechos humanos ha responsabilizado jurídicamente a un gobierno por una muerte materna prevenible. El Comité concluyó específicamente que la falta de provisión de atenciones básicas de salud que sólo las mujeres necesitan, que en este caso consistió de la AOU, es una forma de discriminación que los gobiernos tienen la obligación de prevenir y remediar. El dictamen del Comité condena al gobierno por violar no sólo los derechos de *Alyne*, sino que los derechos de todas las mujeres brasileñas de formas que trascienden las particularidades de casos individuales, mediante la consideración de factores sistémicos de las atenciones de salud que conducen a la muerte materna.

Dentro del ámbito de lo que se conoce como la función expresiva del derecho, el dictamen del caso *Alyne* refuerza el significado del derecho de las mujeres embarazadas a vivir una vida libre de toda forma de discriminación para garantizar el acceso a los cuidados de salud que sólo ellas necesitan. El dictamen elevó el perfil nacional e internacional del problema de las muertes maternas prevenibles, facilitando un debate amplio y la existencia de cooperación con el fin de solucionarlo.²¹⁶ El fallo también concretiza la obligación de los gobiernos de adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación en el campo de la salud a través de la identificación de estándares que los gobiernos deben satisfacer. Al igual que otras decisiones similares en otros ámbitos del derecho internacional de los derechos humanos,²¹⁷ este dictamen legitimó y legalizó los estándares transnacionales para la protección de la salud materna.²¹⁸

Los litigios de derechos humanos parecen ser más efectivos en aquellos países como Brasil que están “progresando,” pero que aún no logran tener un “progreso compatible” con una trayectoria de cumplimiento del ODM 5A para el 2015, pues sirven para llenar el vacío en el abordaje de la desigualdades en salud.²¹⁹ La vía del litigio ofrece procedimientos para responsabilizar jurídicamente a los gobiernos por las brechas en los cuidados clínicos y en los sistemas de salud. La judicialización de la salud, ya sea en tribunales domésticos u organismos internacionales, es sintomática de las fallas de los sistemas de salud para abordar en forma adecuada las desigualdades en la salud, ya sea que se manifiesten a través de cobertura de salud o a través del estado de salud de poblaciones perteneciente a distintos subgrupos.

El uso por defecto de los tribunales de justicia para abordar las desigualdades en salud ha facilitado el desarrollo de normativas igualitarias. El dictamen del caso *Alyne* destacó las dimensiones de justicia distributiva relacionadas con su muerte, y consecuentemente, generó un entendimiento amplio de cómo las sociedades son fácil y frecuentemente negligentes con respecto al trato de las mujeres embarazadas, y de lo que los sistemas de salud necesitan hacer para prevenir sus muertes mediante la corrección de los servicios de salud materna deficientes. Este fallo ha empoderado a las mujeres embarazadas y sus familias para ir más allá de la aceptación fatalista de la mortalidad materna hacia el reconocimiento del rol que la injusticia, incluyendo la injusticia de género, racial y económica, cumplen como un factor explicativo primordial.

Un mérito de Brasil, consistente con su liderazgo mundial en salud, es que en su calidad de estado parte del Protocolo Facultativo de la Convención ha sentado las bases que permitieron la presentación del caso *Alyne*. Como resultado, ha expuesto para sí y el mundo sus errores y las fallas estructurales de su sistema de salud desde la perspectiva de una mujer embarazada pobre de origen afrodescendiente, y ha elaborado e implementado un plan para abordar estos problemas. Brasil está aprendiendo de sus errores de género y contribuyendo al mejoramiento de los derechos a la salud de todas las mujeres embarazadas.

Rebecca J. Cook, C.M., J.D., J.S.D., es profesora emérita de la Facultad de Derecho, la Facultad de Medicina y el Centro Conjunto de Bioética, y Codirectora del Programa Internacional de Derecho en Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad de Toronto

Agradecimientos

Quisiera expresar profundo agradecimiento a Mónica Arango, Simone Cusack, Bernard Dickens, Joanna Erdman, Marcelo Rodríguez Ferrere, Beatriz Galli, Trudo Lemmens, Ann Starrs, Lindsay Wiley, y un revisor anónimo, por sus detallados comentarios a las versiones anteriores de este artículo, y a Linda Hutjens por su cuidadosa ayuda editorial. Además, agradezco a Oscar Cabrera, el instituto O'Neill Institute for National and Global Health Law, el Centro de Derecho de la Universidad de Georgetown y David Barnard, la Escuela de Medicina de la Universidad de Pittsburgh, por permitirme gentilmente presentar versiones anteriores de este artículo en sus respectivas instituciones. José Alvarez, Eric Friedman, John Kraemer, Charles Ngwenya y Lilian Sepúlveda me guiaron hacia fuentes que le dieron valor agregado a este artículo. Los errores, por supuesto, son de mi exclusiva responsabilidad.

La información contenida en este artículo ha sido actualizada con fecha 28 de diciembre de 2012

Referencias Bibliográficas

¹ *Alyne da Silva Pimentel Teixeira (difunta) Vs. Brasil*, CEDAW/C/49/D/17/2008, 10 de Agosto de 2011, disponible en <http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CEDAW/Jurisprudence/CEDAW-C-49-D-17-2008_sp.pdf> (Consulta: 4 feb. 2014) [en adelante citado como *Alyne*].

² *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* [CEDAW], adoptada el 18 de diciembre de 1979, Res. 34/180 de la A.G., UN GAOR, 34th Per. de Sess., Supp. No. 46, U.N. Doc. A/34/46, 1249 U.N.T.S. 13 (vigente con fecha 3 de septiembre de 1981) (ratificada por Brasil el 1 de febrero de 1984) disponible en <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>> (Consulta: 4 feb. 2014) [en adelante citado como CEDAW].

³ Vid. *Alyne*, Op. cit., párr. 7.3, 7.6 y 7.7.

⁴ *Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* [PF CEDAW], abierto a la firma 10 diciembre 1999, A/RES/54/4 (vigente 22 diciembre 2000), (ratificado por Brasil sin reservas 28 junio 2002) disponible en <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/protocol/text.htm>> (Consulta: 4 feb. 2014) [en adelante citado como PF CEDAW], artículo 2.

⁵ OMS, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank* (Ginebra: OMS, 2012) disponible en

<<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en/index.html>> (Consulta: 4 feb. 2014) [en adelante citado como OMS Trends Report], p.4.

⁶ *Ibíd.*, p. 19.

⁷ *Ibíd.*, p. 32.

⁸ J. M. Last, ed., *A Dictionary of Epidemiology*, 4a ed. (Oxford: Oxford University Press, 2001), pp. 110-111.

⁹ Vid. OMS Trends Report, Op. cit., p. 19.

¹⁰ *Ibíd.*

¹¹ *Ibíd.*, p. 32.

¹² OMS y UNICEF, “Global Estimates of the Causes of Maternal Deaths, 1997–2007,” en: *Building a Future for Women and Children: The 2012 Report* (Ginebra: OMS, 2012); disponible en <<http://www.countdown2015mnch.org/documents/2012Report/2012-Complete.pdf>> (Consulta: 4 feb. 2014) [en adelante citado como OMS y UNICEF], p. 20, Figura 6. Vid. también pp. 16-20.

¹³ M. Desai et al., “Epidemiology and Burden of Malaria in Pregnancy,” *The Lancet Infectious Diseases* 7, N° 2 (Febrero 2007): 93-104; C. Menéndez, U. D’Alessandro, y F. O. ter Kuile, “Reducing the Burden of Malaria in Pregnancy by Preventive Strategies,” *The Lancet Infectious Diseases* 7, N° 2 (Febrero 2007): 126-135.

¹⁴ J. McIntyre, “Mothers Infected with HIV: Reducing Maternal Death and Disability during Pregnancy,” *British Medical Bulletin* 67, N° 1 (2003): 127-135; C. Ronsmans y W. Graham, en representación de The Lancet Maternal Survival Series steering group. “Maternal Mortality: Who, When, Where, and Why,” *The Lancet* 368, N° 9542 (30 septiembre 2006): 1189-1200, pp. 1194–1195.

¹⁵ Vid. OMS y UNICEF, Op. cit., p. 20, Figura 6.

¹⁶ F. C. Barros et al., “Recent Trends in Maternal, Newborn and Child Health in Brazil: Progress toward Millennium Development Goals 4 and 5,” *American Journal of Public Health* 100, N° 10 (Octubre 2010): 1877-1889, p. 1883.

¹⁷ Vid. OMS Trends Report, Op. cit., p. 19 y 26.

¹⁸ Vid. OMS Trends Report, Op. cit., p. 26; para porcentajes alternativos que promedian 273.465 muertes maternas en 2011 y 409.053 en 1990, vid. R. Lozano et al., “Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on Maternal and Child Mortality: An Updated Systematic Analysis,” *The Lancet* 378, N° 9797 (24 septiembre, 2011): 1139-1165, p. 1152.

¹⁹ Vid. OMS Trends Report, Op. cit., p. 26.

²⁰ *Ibíd.*, p. 38.

²¹ A. L. Martins, “Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil,” *Cadernos de Saúde Pública* 22, N° 11 (Noviembre 2006): 2473-2479, , disponible en <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2006001100022&lng=en&nrm=iso&tlng=en> (Consulta: 4 feb. 2014), p. 2476; Centro de Derechos Reproductivos, “Supplementary Information on Brazil,” carta de 30 de enero de 2011 a la CEDAW, disponible en <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/CenterReproductiveRights_for_the_session_Brazil_CEDAW51_en.pdf> (Consulta: 4 feb. 2014), para la 51 sesión de la CEDAW sobre Brasil, que se llevó a cabo el 15 de febrero de 2012, las Observaciones Finales se encuentran disponibles en la sección de Brasil de <<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/cedaws51.htm>> (Consulta: 4 feb. 2014). La tasa diferencial de mortalidad materna no es un fenómeno exclusivo de Brasil. En los EE.UU. “la tasa de muerte de mujeres afroamericanas que fallecen durante el embarazo o el parto es 3 a 4 veces mayor que la de las mujeres blancas” citado por el Centro de Derechos Reproductivos et. Al., “Report on the United States’ Compliance with Its Human Rights Obligations in the Area of Women’s Reproductive and Sexual Health” elaborado para el Examen Periódico Universal de las Naciones Unidas, 9 sesión del Grupo de Trabajo UPR del Consejo de Derechos Humanos, 22 de noviembre a 3 de diciembre de 2010, disponible en <<http://reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/CRR%20UPR%20Report-US-2010.pdf>> (Consulta: 4 feb. 2014); Vid. Amnistía Internacional, *Deadly Delivery: The Maternal Health Care Crisis in the USA* (Londres: Amnistía Internacional, 2010), disponible en <<http://>

www.amnestyusa.org/sites/default/files/pdfs/deadlydelivery.pdf (Consulta: 4 feb. 2014) [en adelante citado como Amnistía Internacional *Deadly Delivery*], pp. 19-34.

²² R. J. Cook y B. M. Dickens, “From Reproductive Choice to Reproductive Justice,” *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 106, N° 2 (2009): 249-252.

²³ Vid. ONU, “Lista oficial de los indicadores de los ODM,” *disponible en* <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/host.aspx?Content=indicators%2fofficiallist.htm> (Consulta: 4 feb. 2014).

²⁴ *Ibíd.*, Objetivo 5.

²⁵ Vid. OMS Trends Report, Op. cit., p. 26.

²⁶ *Ibíd.*, pp. 25-27.

²⁷ *Ibíd.*, p. 38.

²⁸ *Ibíd.*, pp. 27, 38.

²⁹ Vid. Barros et al., Op. cit., p. 1878; OMS Trends Report, Op. cit., pp. 17, 50.

³⁰ A. Starrs, *Preventing the Tragedy of Maternal Deaths: A Report on the International Safe Motherhood Conference*, Nairobi, Kenia, Febrero 1987 (Washington D.C.: Banco Mundial/OMS/UNFPA, 1987).

³¹ A. Starrs, Inter-Agency Group for Safe Motherhood, 1997. *The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade*. Report on the Safe Motherhood Technical Consultation, 18-23 Octubre de 1997, Colombo, Sri Lanka (Nueva York: UNFPA/ UNICEF/ Banco Mundial/OMS/IPPF/Population Council/Family Care International, 1997).

³² Maternal Health Task Force, *disponible en* <http://maternalhealthtaskforce.org/> (Consulta: 6 feb. 2014).

³³ Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, *disponible en* <http://www.who.int/pmnch/es/> (Consulta: 4 feb. 2014).

³⁴ J. Shiffman y S. Smith, “Generation of Political Priority for Global Health Initiatives: A Framework and Case Study of Maternal Mortality,” *The Lancet* 370, N° 9595 (13 octubre 2007): 1370-1379.

³⁵ Vid. R. J. Cook y B. M. Dickens. “The Injustice of Unsafe Motherhood,” *Developing World Bioethics* 2, N° 1 (2002): 64-81; L. Freedman, “Using Human Rights in Maternal Mortality Programs: From Analysis to Strategy,” *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 75, N° 1 (2001): 51-60; L. Freedman, “Strategic Advocacy and Maternal Mortality: Moving Targets and the Millennium Development Goals,” *Gender and Development* 11, N° 1 (2003): 97-108; L. Freedman, “Shifting Visions: ‘Delegation’ Policies and the Building of a ‘Rights-Based’ Approach to Maternal Mortality,” *Journal of the American Medical Women’s Association* 57, N° 3 (2002): 154-158; A. Yamin y D. Maine, “Maternal Mortality as a Human Rights Issue: Measuring Compliance with International Treaty Obligations,” *Human Rights Quarterly* 21, N° 3 (1999): 563-607.

³⁶ R. J. Cook y B. M. Dickens et al, *Advancing Safe Motherhood through Human Rights* (Ginebra: OMS, 2001).

³⁷ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General N° 24 sobre el Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud*, (20° período de sesiones, 1999), A/54/38/ReVs.1. (Nueva York: ONU, 1999), *disponible en* <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm#recom24> (Consulta: 4 feb. 2014) [en adelante citado como *Recomendación General N° 24*]; Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General N° 14, sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, E/C.12/2000/4, 11 agosto 2000; *disponible en* <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=47ebcc492> (Consulta: 4 feb. 2014); Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD), *Recomendación general N° 25 sobre las dimensiones de la discriminación racial relacionadas con el género*, (56° periodo de sesiones, 2000) A/55/18, *disponible en* http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=A%2f55%2f18&Lang=en (Consulta: 4 feb. 2014), Anexo VS. p. 147; Naciones Unidas, Comité de Derechos Humanos, *Observación general*

Nº 28 sobre la igualdad de derechos entre hombres y mujeres (Art.3) ,29 marzo 2000, UN Doc. CPR/C/21/ReVs.1/Add.10 (2000), disponible en < <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=50ab8f7d2>> (Consulta: 3 feb. 2014); Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General Nº 20 sobre la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, UN Doc. E/C.12/GC/20 (2009), disponible en < <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4ae049a62>> (Consulta: 4 feb. 2014).

³⁸ Vid. CEDAW, Op. cit., art. 12(1).

³⁹ Vid. Recomendación General Nº 24, Op. Cit., párr. 11 (obligación de eliminar la discriminación en contra de la mujer garantizando el acceso a los servicios de salud que son específicos a su sexo), párr. 14 (obligación de despenalizar aquellos procedimientos médicos que son privativos de la mujer), párr. 17, 26 y 31(c) (obligación de disminuir la tasa de mortalidad materna y de informar respecto de los porcentajes de disminución), párr. 27 (obligación de ofrecer servicios gratuitos prenatales, maternos y post-parto cuando fuere necesario), párr. 29 (obligación de diseñar una estrategia nacional integral que garantice el acceso universal a una gama de servicios de salud que incluyan servicios de salud reproductiva).

⁴⁰ Para ejemplos de observaciones concluyentes que entienden el fracaso en la disminución de las muertes maternas prevenibles como violaciones de la Convención, vid. R. Cook y V. Undurraga, “Article 12 [Health],” en: M. Freeman, C. Chinkin, y B. Rudolf, eds., *The UN Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women: A Commentary* (Oxford: Oxford University Press, 2012): pp. 311-333; también vid. S. Gruskin et al, “Using Human Rights to Improve Maternal and Neonatal Health: History, Connections and a Proposed Practical Approach,” *Bulletin of the World Health Organization* 86, Nº 8 (2008): 589-593.

⁴¹ Se discuten los esfuerzos generales de Brasil para reducir la mortalidad materna en el informe del estado ante el Comité en 2012, CEDAW/C/ BRA/7 (párr. 276–279) y en las Observaciones Concluyentes de la CEDAW sobre Brasil en su 51º periodo de sesiones CEDAW/C/BRA/CO/7, 23 marzo 2012, (párr. 28–29). Estos documentos se encuentran disponibles en diversos idiomas en <<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/cedaws51.htm>> (Consulta: 4 feb. 2014).

⁴² *Mortalidad y morbilidad maternas prevenibles y derechos humanos*, Consejo de Derechos Humanos, Asamblea General, 11º periodo de sesiones, 12 junio 2009, A/HRC/11/L.16/ReVs.1, disponible en <http://ap.ohchr.org/documents/alldocs.aspx?doc_id=15740> (Consulta: 4 feb. 2014); *Mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad y derechos humanos*, Consejo de Derechos Humanos, Asamblea General, 18º periodo de sesiones 23 septiembre 2011, A/HRC/18/L.8, disponible en <http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/18/L.8> (Consulta: 4 feb. 2014).

⁴³ Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos, Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General, *Prácticas de adopción de un enfoque basado en los derechos humanos para eliminar la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles*, 18º período de sesiones, 8 de julio de 2011, A/HRC/18/27, disponible en < <http://www2.ohchr.org/english/>> y en < <http://www.villaverde.com.ar/es/assets/investigacion/violencia-genero/alto-comisionado-mortalidad-materna.pdf>> (Consulta: 4 feb. 2014).

⁴⁴ Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos, Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General, *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad*, 2 de julio de 2012, A/HRC/21/22 [en adelante citado como Orientaciones Técnicas sobre Derechos Humanos y Salud Materna], disponible en <http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf> (Consulta: 4 feb. 2014); A. Yamin, “Applying Human Rights to Maternal Health: UN Technical Guidance on Rights-based Approaches,” *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 120 (en preparación 2013).

⁴⁵ Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de las Naciones Unidas, 56º período de sesiones, Resolución 56/3 sobre la Eliminación de la mortalidad y la morbilidad maternas mediante el empoderamiento de la mujer, 18 de Marzo de 2012, E/CN.6/2012/16, disponible en <http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/2012/27&Lang=S>, pp. 14-25 (Consulta: 4 feb. 2014).

⁴⁶ Naciones Unidas, Ban Ki-moon Secretario General de las Naciones Unidas, 46. United Nations, Secretary General Ban Ki-Moon, *Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños* (Ginebra: The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2010), disponible en <http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/201009_gswch_sp.pdf?ua=1> (Consulta: 4 feb. 2014).

⁴⁷ Human Rights Watch, “*Nobody Remembers Us*” *Failure to Protect Women’s and Girls’ Right to Health and Security in Post Earthquake Haiti*, Nueva York, 2011, disponible en <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/haiti0811webwcover_0.pdf> (Consulta: 4 feb. 2014).

⁴⁸ Centro de Derechos Reproductivos (CRR), *Maternal Mortality in India: Using International and Constitutional Law to Promote Accountability and Change* (Nueva York: CRR, 2008), disponible en <<http://reproductiverights.org/en/document/maternal-mortality-in-india-using-international-and-constitutional-law-to-promote-accountab>> (Consulta: 4 feb. 2014); Centro de Derechos Reproductivos (CRR) and Human Rights Law Network, *Maternal Mortality in India: 2011 Update–Accountability in Action*, Nueva York, 2011, disponible en <<http://reproductiverights.org/en/feature/maternal-mortality-in-india-2011-update%E2%80%93accountability-in-action>> (Consulta: 4 feb. 2014); Human Rights Watch, *No Tally of the Anguish: Accountability in Maternal Healthcare in India*, Nueva York, 2009, disponible en <<http://www.hrw.org/reports/2009/10/08/no-tally-anguish-0>> (Consulta: 4 feb. 2014).

⁴⁹ Centro de Derechos Reproductivos, *Failure to Deliver: Violations of Women’s Human Rights in Kenyan Health Facilities*, Nueva York, 2007 disponible en <<http://reproductiverights.org/en/document/failure-to-deliver-violations-of-womens-human-rights-in-kenyan-health-facilities>>; Kenya National Commission on Human Rights, *Releasing Sexual and Reproductive Health Rights in Kenya: A Myth or a Reality? A Report of the Public Inquiry into Violations of Sexual and Reproductive Health Rights in Kenya* (Nairobi: Kenya National Commission on Human Rights, 2012), pp.40-73, disponible en <http://www.knchr.org/Portals/0/Reports/Reproductive_health_report.pdf> (Consulta: 4 feb. 2014).

⁵⁰ Centro de Derechos Reproductivos, *Broken Promises: Human Rights, Accountability, and Maternal Death in Nigeria*, Nueva York, 2008, disponible en <<http://reproductiverights.org/en/document/broken-promises-human-rights-accountability-and-maternal-death-in-nigeria>> (Consulta: 4 feb. 2014).

⁵¹ A. E. Yamin et al., *Deadly Delays: Maternal Mortality in Peru – A Rights-Based Approach to Safe Motherhood* (Cambridge: Physicians for Human Rights, 2007), disponible en <https://s3.amazonaws.com/PHR_Reports/maternal-mortality-in-peru2007.pdf> (Consulta: 4 feb. 2014); Amnistía Internacional, *Deficiencias Fatales: Las Barreras a la Salud Materna en Perú* (London: Editorial Amnistía Internacional-EDAI, 2009), disponible en <<http://www.amnesty.org/en/library/asset/AMR46/008/2009/en/ec497a51-0bab-4140-b9c3-971604f87061/amr460082009spa.pdf>> (Consulta: 4 feb. 2014).

⁵² Human Rights Watch, *Stop Making Excuses: Accountability for Maternal Health Care in South Africa* (Nueva York: Human Rights Watch, 2011), disponible en <<http://www.hrw.org/reports/2011/08/08/stop-making-excuses-0>> (Consulta: 4 feb. 2014).

⁵³ Vid. Amnistía Internacional *Deadly Delivery*, Op. cit.

⁵⁴ R. J. Cook y B. M. Dickens, “Upholding Pregnant Women’s Right to Life,” *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 117, N° 1 (2012): 90-94, pp. 92-93; E. Kismodi et al., “Human Rights Accountability for Maternal Death and Failure to Provide Safe, Legal Abortion: The Significance of Two Ground-Breaking CEDAW Decisions,” *Reproductive Health Matters* 20, N° 39 (2012): 31-38.

⁵⁵ CEDAW, Op. cit., art. 12(2).

⁵⁶ CEDAW, Op. cit., art. 12(1).

⁵⁷ *Caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek. Vs. Paraguay*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de agosto de 2010 Serie C No. 214 (Corte IDH) disponible en <http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_214_esp.pdf> párr. 234, 275; Vid. también *Tavares Vs. Francia*, Application N° 16593/90, Sentencia de 12 de septiembre de 1991, Comisión Europea de Derechos Humanos (querrela por muerte materna negligente que fue rechazada por razones técnicas, pero donde la Comisión

enfaticó que el derechos a la vida en virtud de la Convención Europea requiere que los estados tomen las medidas necesarias en contra de pérdidas de vida negligentes).

⁵⁸ *Duna Bai Vs. State of Madhya Pradesh et al*, Writ Petition N° 5097/2011, (Tribunal Superior de Justicia de Madhya Pradesh, India) Una orden provisional de 11 de noviembre de 2011, requiere al Estado que informe sobre los avances en cuanto al mejoramiento de los servicios para las mujeres embarazadas; Vid. “M.P. High Court Finds NRHM Wanting,” *The Hindu* [periódico], 13 de febrero de 2012, *disponible en* <<http://www.thehindu.com/todays-paper/tp-national/article2886945.ece?css=print>> (Consulta: 4 feb. 2014); *Sandesh Bansal Vs. Union of India & Ors*, Writ Petition N° 9061/2008, 6 de febrero de 2012, (Tribunal Superior de Justicia de Madhya Pradesh) reconoce el derecho de una mujer de sobrevivir el embarazo y el parto como un derecho fundamental protegido por el art. 21(derecho a la vida) de la Constitución de la India y ordenó la implementación inmediata de directrices específicas, *disponible en* <<http://hrln.org/hrln/reproductive-rights/pils-a-cases/877-high-court-of-madhya-pradesh-recog-nizes-womans-right-to-survive-pregnancy-and-childbirth-as-a-fundamental-right.html>> (Consulta: 4 feb. 2014); B. Subha Sri, et al., “An Investigation of Maternal Deaths Following Public Protests in a Tribal District of Madhya Pradesh, Central India,” *Reproductive Health Matters* 20, N° 39 (2012): 11-20; *Centre for Health and Resource Management (CHARM) Vs. Union of India and Ors*, CWJC N°10724 de 2011, 10 de marzo de 2011 (Tribunal Superior de Justicia de Patna) Se responsabilizó al Estado de Bihar por violar los derechos de las mujeres embarazadas y se le pidió que rindiera cuentas por casi \$680 millones de la National Rural Health Mission, establecida para proveer fondos a iniciativas de salud materna, *disponible en* <<http://xa.yimg.com/kq/groups/14696929/322634576/name/200312.pdf>> (Consulta: 4 feb. 2014); El 25 de junio de 2012, el Tribunal, no satisfecho con la información proveída por Bihar le exigió informes de progreso trimestrales, *disponible en* <<http://www.hrln.org/hrln/images/stories/pdf/CHARM-order-MMR-PIL.pdf>> (Consulta: 4 feb. 2014); Vid. el resumen del caso en inglés *disponible en* <<http://hrln.org/hrln/reproductive-rights/pils-a-cases/956-patna-high-court-not-satisfied-with-bihar-government-orders-quarterly-progress-reports-on-the-nrhm-implementation-and-conditions-of-public-health-care-facilities.html>> (Consulta: 4 feb. 2014); Centro de Derechos Reproductivos (CRR) y Human Rights Law Network, *Maternal Mortality in India: 2011 Update—Accountability in Action*, Op. cit., p. 25.

⁵⁹ *Laxmi Mandal Vs. Deen Dayal Harinagar Hospital y Ors*, W.P.(C) N° 8853 de 2008 (Tribunal Superior de Justicia de Delhi, 4 de junio de 2010), (tanto el gobierno estatal como el federal se encuentran en violación del derecho constitucional a la vida y a la salud de Shanti Devi, ya que son componentes inalienables de la vida para su muerte prevenible en el parto debido a la hemorragia post-parto), *disponible en* <<http://lobis.nic.in/dhc/SMD/judgement/04-06-2010/SMD04062010CW88532008.pdf>> (Consulta: 4 feb. 2014); Vid. J. Kaur, “The Role of Litigation in Ensuring Women’s Reproductive Rights: An Analysis of the Shanti Devi Judgement in India,” *Reproductive Health Matters* 20, N° 39 (2012): 21-30.

⁶⁰ *Centre for Health Human Rights and Development et. al. Vs. Attorney General of Uganda*, Constitutional Petition No 16 of 2011, June 5, 2012 (Constitutional Court of Uganda) *disponible en* <<http://www.ulii.org/ug/judgment/constitutional-court/2012/4>> (Consulta: 4 feb. 2014).

⁶¹ J. N. Erdman, “Human Rights in Health Equity: Cervical Cancer and HPV Vaccines,” *American Journal of Law & Medicine* 35, N° 2-3 (2009): 365-387, p. 369.

⁶² Vid. *Alyne*, Op. cit., párr. 2.1.

⁶³ *Ibíd.*, párr. 2.2.

⁶⁴ *Ibíd.*, párr. 2.3–2.5.

⁶⁵ *Ibíd.*, párr. 2.6.

⁶⁶ *Ibíd.*, párr. 7.3.

⁶⁷ *Ibíd.*, párr. 7.4.

⁶⁸ *Ibíd.*, párr. 4.8.

⁶⁹ *Ibíd.*, párr. 5.16; Barros et al, Op. cit., p. 1878; este problema se ve solucionado por la version revisada de este manual clasificadorio: OMS, *The WHO Application of ICD-10 to Deaths during Pregnancy, Childbirth and the Puerperium: ICD-MM* (Ginebra: OMS, 2012), *disponible en* <<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241548458/en/>> (Consulta: 5 feb. 2014).

⁷⁰ Vid. *Alyne*, Op. cit., párr. 7.4.

⁷¹ *Ibíd.*, párr. 4.9; Vid. párr. 4.3, 4.6, 5.12, 7.5.

⁷² *Ibíd.*, párr. 7.4.

⁷³ *Ibíd.*, párr. 7.4.

⁷⁴ *Ibíd.*, párr. 3.14–3.17, 4.10, 5.3.

⁷⁵ *Ibíd.*, párr. 3.14.

⁷⁶ *Ibíd.*, párr. 6.2, 5.3.

⁷⁷ *Ibíd.*, párr. 7.8.

⁷⁸ *Ibíd.*, párr. 7.5.

⁷⁹ *Ibíd.*, párr. 7.6.

⁸⁰ *Ibíd.*, párr. 7.7.

⁸¹ *Ibíd.*, párr. 7.8.

⁸² *Ibíd.*, párr. 7.5.

⁸³ *Ibíd.*, párr. 7.5.

⁸⁴ *Ibíd.*, párr. 7.5, haciendo referencia a los artículos 196 – 200 de la Constitución de Brasil.

⁸⁵ *Ibíd.*, párr. 7.6.

⁸⁶ *Ibíd.*, párr. 7.6.

⁸⁷ *Ibíd.*, párr. 7.7.

⁸⁸ *Ibíd.*, párr. 2.1, 3.15 y 7.9.

⁸⁹ *Ibíd.*, párr. 8.1.

⁹⁰ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones Finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Brasil*, 10 de agosto de 2007, CEDAW/C/BRA/CO/6, disponible en < <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/cedaws39.htm>> (Consulta: 6 feb. 2014) [en adelante citado como Comité CEDAW]

⁹¹ Vid. *Alyne*, Op. cit., párr. 8.2: se han reordenado levemente las recomendaciones generales con el objeto de lidiar primero con lo concerniente a los sistemas de salud y luego abordar las dos recomendaciones relacionadas con los proveedores de salud.

⁹² Vid. *Alyne*, Op. cit., párr. 9.

⁹³ A. E. Yamin, “Power, Suffering and Courts: Reflections on Promoting Health Rights through Judicialization,” en: A. E. Yamin y S. Gloppen, eds., *Litigating Health Rights: Can Courts Bring More Justice to Health?* (Cambridge: Harvard University Press, 2011): 333-372; R. Howse y R. Teitel, “Beyond Compliance: Rethinking Why International Law Really Matters,” *Global Policy* 1, N° 2 (2010): 127-136; Y. Shany, “Assessing the Effectiveness of International Courts: A Goal-Based Approach,” *American Journal of International Law* 106, N° 2 (2012): 225-270.

⁹⁴ *Ibíd.* (Yamin), p. 337.

⁹⁵ R. J. Cook y B. M. Dickens, Op. cit.

⁹⁶ Cook y Dickens, “Injustice,” Op. cit..

⁹⁷ A. Rosenfield y D. Maine, “Maternal Mortality – A Neglected Tragedy: Where Is the M in MCH?” *The Lancet* 2, N° 8446 (13 de Julio de 1985): 83-85.

⁹⁸ R. J. Cook y S. Howard, “Accommodating Women’s Differences under the Women’s Anti-Discrimination Convention,” *Emory Law Journal* 56, N° 4 (2007): 1039-1091; Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Acceso a Servicios de Salud Materna desde una perspectiva de Derechos Humanos*, OEA/Ser.L/V/II.Doc. 69, 7 junio 2010, *disponible en* <<https://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/SaludMaterna2010.pdf>> (Consulta: 4 feb. 2014), pp.15-29.

⁹⁹ C. Romany, “Themes for a Conversation on Race and Gender in International Human Rights Law,” *en*: A. K. Wing, *Global Critical Race Feminism* (Nueva York: New York University Press, 2000): 53-66.

¹⁰⁰ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Proyecto de Recomendación general N° 28 relativa al artículo 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*, CEDAW/C/GC/28, 16 de diciembre de 2010, *disponible en* <<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/comments.htm>> (Consulta: 6 feb. 2014) [en adelante citado como Recomendación General N° 28], párr.18.

¹⁰¹ Vid *Ibíd.*, párr.18.

¹⁰² J. N. Erdman, I. Essajee, y A. Courtright, Written Comments to the Committee on the Elimination of Discrimination against Women in relation to L.C. Vs. Peru, Communication N° 22/2009 (Programa Internacional de Derecho de Salud Sexual y Reproductiva, 2011) (se omiten citas), *disponible en* <<http://opcedaw.files.wordpress.com/2012/01/lc-v-peru-heal-clinic-amicus-brief.pdf>> (Consulta: 4 feb. 2014), p. 5.

¹⁰³ C. G. Victora et al., “Socioeconomic and Ethnic Group Inequities in Antenatal Care Quality in the Public and Private Sector in Brazil,” *Health Policy and Planning* 25, N° 4 (2010): 253- 261, p. 256 (acceso diferenciado a exámenes ginecológicos y de senos, consejería sobre amamantamiento, receta de vitaminas, análisis de sangre y orina y ultrasonido); Maria do Carmo Leal et al., “Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001,” *Revista de Saúde Pública* 39, N° 1 (2005): 100-107 *disponible en* <<http://www.rsp.fsp.usp.br/mensagem/pub/busca.tpl.php>> (Consulta: 6 feb. 2014).

¹⁰⁴ L. Doyal y S. Payne, “Gender and Global Health: Inequality and Differences,” *en*: S. Benatar y G. Brock, eds., *Global Health and Global Health Ethics* (Cambridge: Cambridge University Press, 2011): 53-62, p. 57.

¹⁰⁵ P. Braveman, “Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement,” *Annual Review of Public Health* 27 (2006): 167-194; P. Braveman, “Social Conditions, Health Equity and Human Rights,” *Health and Human Rights* 12, N° 2 (2010): 31-48; P. Braveman y S. Gruskin, “Poverty, Equity, Human Rights and Health,” *Bulletin of the World Health Organization* 81, N° 7 (2003): 539-545; Vid. Erdman, Op. cit., pp. 367-377.

¹⁰⁶ Vid. Erdman, Op. Cit., p. 367 (se omiten las citas) (énfasis en el original).

¹⁰⁷ *Ibíd.*, p. 368.

¹⁰⁸ Vid. Cook y Undurraga, “Article 12,” Op. cit., p. 317.

¹⁰⁹ A. Chilton, “Brazil’s Pregnancy Registration Requirement and International Commitments to the Rights of Women,” *Journal of Law, Medicine and Ethics* 40, N° 3 (2012): 696-700.

¹¹⁰ Maria Beatriz Galli, correspondencia, 3 de julio de 2012.

¹¹¹ Dhesca Brasil, Plataforma Brasileira de Direitos Humanos Economicos, Sociais, Culturais e Ambientais, *disponible en* <http://www.dhescbrasil.org.br/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=148&Itemid=136> (Consulta: 4 feb. 2014).

¹¹² Maria Beatriz Galli fue designada como Relatora de la Relatoria do Direito Humano à Saúde Sexual e Reprodutiva el 8 de mayo de 2012 por Dhesca Brasil, Plataforma Brasileira de Direitos Humanos Economicos, Sociais, Culturais e Ambientais, *disponible en* <<http://www.dhescbrasil.org.br/>> (Consulta: 4 feb. 2014).

¹¹³ Dhesca Brasil, Relatoria do Direito Humano à Saúde Sexual e Reprodutiva, Carta dirigida a la Presidenta de Brasil et al. con fecha 10 de agosto de 2012.

¹¹⁴ Para ejemplos de otros aspectos del cumplimiento de Brasil del dictamen del caso Alyne, vid. Centro de Derechos Reproductivos, “Supplementary Information on Brazil,” carta de 30 de enero de 2011 a la CEDAW, Op. cit.

¹¹⁵ Vid. Recomendación General N°28, Op. cit., párr. 23.

¹¹⁶ Vid. *Alyne*, Op. cit., párr. 8.1.

¹¹⁷ Relatoria do Direito à Saúde Reprodutiva da Plataforma DHESCA Brasil, *Una victoria en el Caso Alyne*, disponible en <http://www.dhescbrasil.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=649:victory-alyne-case&catid=69:antiga-rok-stories> (Consulta: 4 feb. 2014).

¹¹⁸ Vid. supra ref. 88.

¹¹⁹ Vid. Orientaciones Técnicas sobre Derechos Humanos y Salud Materna, Op. cit., párr.69-73.

¹²⁰ P. Hunt, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, a la Naciones Unidas y el Consejo Económico y Social, 62º período de sesiones (3 de marzo de 2006), E/CN.4/2006/48, disponible en <<http://www2.ohchr.org/english/bodies/chr/sessions/62/listdocs.htm>> (Consulta: 4 feb. 2014) [en adelante citado como Informe Hunt], párr. 54–56

¹²¹ Vid. CEDAW, Op. cit., art. 12(1).

¹²² Recomendación General N° 24, Op. Cit., párr. 17; referente a tasas de mortalidad materna (TMM) vid. OMS Trends Report, Op. cit., p. 6.

¹²³ OMS y UNFPA, *Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva: Consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados*, Informe OMS/ UNFPA de la consulta técnica (Ginebra: OMS, 2009), disponible en <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243596839_spa.pdf?ua=1> (Consulta: 5 feb. 2014), pp. 8–23.

¹²⁴ Vid. CEDAW, Op. cit., art. 12(2); Recomendación General N° 24, Op. Cit., párr. 26–27; J. Tobin, *The Right to Health in International Law* (Oxford: Oxford University Press, 2012): 287-291.

¹²⁵ Informe Hunt, Op. cit., párr. 54.

¹²⁶ Vid. Orientaciones Técnicas sobre Derechos Humanos y Salud Materna, Op. cit., párr. 69.

¹²⁷ Vid. CEDAW, Op. cit., art. 12(1).

¹²⁸ J. Cottingham et al., “Using Human Rights for Sexual and Reproductive Health: Improving Legal and Regulatory Frameworks,” *Bulletin of the World Health Organization* 88, N° 7 (2010): 551-555.

¹²⁹ Vid. Orientaciones Técnicas sobre Derechos Humanos y Salud Materna, Op. cit., párr. 70.

¹³⁰ OMS et al., *Seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia*, Manual, 2011, disponible en <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243547732_spa.pdf> [en adelante citado como OMS Seguimiento], pp. 5-6, 26-39; Vid. también OMS y UNFPA, Op. cit., pp. 8-23; Banco Mundial, “Selected Indicators and Data Sources for Monitoring Projects Aimed at Improving Maternal Health,” en: *Reducing Maternal Mortality: Strengthening the World Bank Response* (Banco Mundial, 2009) , disponible en <<http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/376374-1278599377733/MaternalHealth-62910PRINT.pdf>> (Consulta: 4 feb. 2014), Tabla 1, pp. 12-13.

¹³¹ FIGO Safe Motherhood y Newborn Health Committee, “FIGO Guidelines: Prevention and Treatment of Post Partum Hemorrhage in Low-Resource Settings,” *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 117, N° 2 (2012): 108-118. Disponible en español en <<http://www.who.int/pmnch/events/2006/figo2006statementspa.pdf>>.

¹³² Vid. CEDAW, Op. cit., art. 12(2); Recomendación General N° 24, Op. cit., párr. 26–27.

¹³³ Vid. Informe Hunt, Op. cit..

¹³⁴ Vid. OMS Seguimiento, Op. cit., pp. 5, 6 y 42 que actualiza y revisa UNICEF, OMS, UNFPA, Guías para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos (Nueva York: UNICEF, 1997), citado en: *Alyne*, Op. cit., párr. 3.8.

- ¹³⁵ Vid. *Alyne*, Op. cit., párr. 3.8.
- ¹³⁶ S. D. MacDonald, O. Lutsiv, N. Dzaja, y L. Duley, “A Systematic Review of Maternal and Infant Outcomes Following Magnesium Sulfate for Pre-Eclampsia/Eclampsia in Real-world Use,” *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 118, N° 2 (2012): 90-96.
- ¹³⁷ R. Dabash, J. Blum, S. Raghavan, H. Anger, y B. Winikoff, “Misoprostol for the Management of Postpartum Bleeding: A New Approach,” *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 119, N° 3 (2012): 210-212; O. Oladapo, “Misoprostol for Preventing and Treating Postpartum Hemorrhage in the Community: A Closer Look at the Evidence,” *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 119, N° 2 (2012): 105-110.
- ¹³⁸ A. Starrs y B. Winikoff, “Misoprostol for Postpartum Hemorrhage: Moving from Evidence to Practice,” *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 116, N° 1 (2012): 1-3, p. 1.
- ¹³⁹ Idem.
- ¹⁴⁰ Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, FIGO Guidelines-Prevention of Postpartum Hemorrhage with Misoprostol, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 119, N° 3 (2012): 213-214.
- ¹⁴¹ *Ibid.*, pp. 215-216.
- ¹⁴² Vid. A. Starrs y B. Winikoff, Op. cit., p. 1.
- ¹⁴³ Ministério da Saúde, Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) (5ª edición, 2007), Brasil, *disponible en* <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/renome/renome_2006_5ed.pdf> (Consulta: 5 feb. 2014) menciona la “ocitocina” (oxitocina) en las pp. 71, 118; discute su uso en la p. 255. Vid. también Ministério da Saúde, Formulário Terapêutico Nacional 2008 (Rename 2006), Brasil (2008), *disponible en* <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2008.pdf> (Consulta: 5 feb. 2014), p. 740
- ¹⁴⁴ Ministério da Saúde, Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) (7ª edición, 2010), Brasil, *disponible en* <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renome_2010.pdf> (Consulta: 5 feb. 2014), menciona el misoprostol en las pp. 55, 72, 85, 86, y discute su uso en las pp. 146-8. Vid. también “Nota Técnica 35/2011: Aquisição do medicamento Misoprostol pelo Ministério da Saúde,” Brasil (2011) *disponible en* <http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/NT%2035_2011-%20Aquisicao%20misoprostol.pdf> (Consulta: 5 feb. 2014).
- ¹⁴⁵ D. Shaw y R. Cook, “Applying Human Rights to Improve Access to Reproductive Health Services,” FIGO World Report on Women’s Health, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 119, Supp. 1 (2012): s55-s59.
- ¹⁴⁶ Ministério da Saúde, Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Brasil 2004, *disponible en* <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf> (Consulta: 3 feb. 2014) [en adelante citado como Pacto Nacional].
- ¹⁴⁷ Para más información detallada de la Red Cigüeña en portugués, vid. “Diretrizes Gerais e Operacionais da Rede Cegonha,” *disponible en* <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082> (Consulta: Febrero 13, 2014).
- ¹⁴⁸ Declaración de la Ministra Nilceia Friere, Secretaría Especial de Políticas sobre la Mujer, República Federativa de Brasil a la 54ª período de sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (2 de marzo de 2010), *disponible en Inglés* <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing15/general_discussion/Brazil.pdf> (Consulta: 3 feb. 2014).
- ¹⁴⁹ Vid. Comité CEDAW, Op. cit., párr. 30.
- ¹⁵⁰ Lei N° 8.080 de Brasil, 19 de septiembre de 1990 *disponible en* <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>.
- ¹⁵¹ Informe nacional presentado con arreglo al párrafo 5 del anexo de la resolución 16/21 del Consejo de Derechos Humanos: Brasil, Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal, Consejo de Derechos Humanos, Naciones Unidas, 13º período de sesiones, 7 de marzo de 2012, A/HRC/WG.6/13/BRA/1, *disponible en*

<http://ap.ohchr.org/documents/alldocs.aspx?doc_id=19900> (Consulta: 3 feb. 2014) [en adelante citado como Informe EPU 2012 de Brasil], Nota 44.

¹⁵² *Ibíd.*, párr. 31.

¹⁵³ Vid. *Alyne*, Op. cit., párr. 7.6, haciendo referencia a la Recomendación General N° 28, Op. Cit., párr. 28; L. Malajovich et al., “Budget Transparency on Maternal Health Spending: A Case Study in Five Latin American Countries,” *Reproductive Health Matters* 20, N° 39 (2012): 185-195.

¹⁵⁴ Vid. Informe Hunt, Op. cit., párr. 23-34.

¹⁵⁵ Vid. *Alyne*, Op. cit., párr. 7.6.

¹⁵⁶ R. J. Cook y M. B. Galli Bevilacqua, “Invoking Human Rights to Reduce Maternal Deaths,” *The Lancet* 363, N° 9402 (2004): 73.

¹⁵⁷ Vid. *Alyne*, Op. cit., párr. 5.17.

¹⁵⁸ C. G. Victora et al., “Maternal and Child Health in Brazil: Progress and Challenges,” *Lancet* 377, N° 9780 (2011): 1863- 1876, p. 1866.

¹⁵⁹ OMS, “Evaluating the Quality of Care for Severe Pregnancy Complications: The WHO Near-Miss Approach for Maternal Health,” Ginebra, 2011, *disponible en*

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502221_eng.pdf> (Consulta: 3 feb. 2014), p. 5.

¹⁶⁰ Vid. OMS Trends Report, Op. cit., p. 6; Recomendación General N° 24, Op. cit., párr. 17.

¹⁶¹ OMS Seguimiento, Op. cit..

¹⁶² Vid. *Alyne*, Op. cit., párr. 7.5.

¹⁶³ A. Byrnes, “Article 2 [Obligations]” *en*: M. Freeman, C. Chinkin, y B. Rudolf, eds., Op. cit., pp. 71-99, 87.

¹⁶⁴ *Sra. A. T. Vs. Hungría*, Comunicación No. 2/2003, CEDAW/C/32/D/2/2003 (2005), párr. 9.2–9.4; *Fatma Yildirim Vs. Austria*, Comunicación No. 6/2005, CEDAW/C/39/D/6/2005 (2007) párr. 12.1.2; *Sahide Goekce Vs. Austria*, Comunicación No. 5/2005, CEDAW/C/39/D/5/2005 (2007).

¹⁶⁵ Vid. *Alyne*, Op. cit., párr.4.9.

¹⁶⁶ Vid. Pacto Nacional, Op. cit.

¹⁶⁷ Vid., p.ej., OMS Seguimiento, Op. cit..

¹⁶⁸ Vid. *Alyne*, Op. cit., párr. 3.8 y 3.9; Recomendación General N° 24, Op. cit., párr. 17, 31(d).

¹⁶⁹ Vid. Orientaciones Técnicas sobre Derechos Humanos y Salud Materna, Op. cit., párr. 75(d).

¹⁷⁰ Vid. *Alyne*, Op. cit., párr. 3.4–3.6.

¹⁷¹ Vid. Barros et al., Op. cit., p. 1884; Z. A. Bhutta et al., “Countdown to 2015 – Decade Report (2000-10): Taking Stock of Maternal, Newborn, and Child Survival,” *The Lancet* 375, N° 2032(2010): 2040-2041.

¹⁷² S. Valongueiro Alves, “Maternal Mortality in Pernambuco, Brazil: What Has Changed in Ten Years,” *Reproductive Health Matters* 15, N° 30 (2007): 134-144, p. 141.

¹⁷³ Vid, p.ej., Trébol de Cuatro Hojas, Brazil, *Estrategia de reducción de la morbilidad materna, perinatal e infantil* (Ciudad de Panamá: UNICEF, 2011), *disponible en* <[http://www.unicef.org/lac/TREBOL_-_ESPANOL\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/TREBOL_-_ESPANOL(2).pdf)> (Consulta: 3 feb. 2014), p.15; Ministério da Saúde, *Acciones y Programas, SAMU 192 and UPA 24H* < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/espanol>> (Consulta: 3 feb. 2014).

¹⁷⁴ Vid. *supra* ref. 131.

¹⁷⁵ Vid. Valongueiro Alves, Op. cit., p. 140.

¹⁷⁶ *Idem.*

¹⁷⁷ Vid. Recomendación General N° 24, Op. cit., párr. 22 y 31(e).

¹⁷⁸ A. George, M. Chopra, D. Seymour, y P. Marchi, “Making Rights More Relevant for Health Professionals,” *The Lancet* 375, N° 9728 (May 22, 2010): 1764-1765.

¹⁷⁹ R. J. Cook, B. M. Dickens, y M. F. Fathalla, *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics and Law* (Oxford: Oxford University Press, 2003), pp. 255-261 y 393-401. [también disponible en español, vid. http://www.profamilia.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=321%3AAlibros&catid=53%3Apublicaciones&limitstart=3]

¹⁸⁰ Vid. CEDAW, Op. cit., art. 5(a).

¹⁸¹ L. P. Freedman, “Human Rights, Constructive Accountability and Maternal Mortality in the Dominican Republic: A Commentary,” *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 82, N° 1 (2003): 111-114, p. 112.

¹⁸² Vid. Cook, Dickens, y Fathalla, Op. cit., pp. 128-139.

¹⁸³ Vid. Orientaciones Técnicas sobre Derechos Humanos y Salud Materna, Op. cit., párr. 75(a).

¹⁸⁴ Vid. Freedman, Op. cit., p. 112.

¹⁸⁵ A. E. Yamin, “Toward Transformative Accountability: A Proposal for Rights-Based Approaches to Fulfilling Maternal Health Obligations,” *Sur: An International Journal* 7, N° 12 (2010): 95-122, p. 96.

¹⁸⁶ Vid. Orientaciones Técnicas sobre Derechos Humanos y Salud Materna, Op. cit., párr. 75.

¹⁸⁷ Vid. textos de *supra* 162-169.

¹⁸⁸ Orientaciones Técnicas sobre Derechos Humanos y Salud Materna, Op. cit., párr. 75.

¹⁸⁹ Vid. *supra* ref. 106.

¹⁹⁰ Vid. Orientaciones Técnicas sobre Derechos Humanos y Salud Materna, Op. cit., párr. 75(b).

¹⁹¹ *Ibíd.*, párr. 75(c).

¹⁹² A. George, “Using Accountability to Improve Reproductive Health Care,” *Reproductive Health Matters* 11, N° 21 (2003): 161-170, p. 166.

¹⁹³ Vid. Orientaciones Técnicas sobre Derechos Humanos y Salud Materna, Op. cit., párr. 75(c).

¹⁹⁴ Vid. Alaerte Leandro Martins, Op. cit.

¹⁹⁵ Maternal Health Task Force y Global Health Visions, *UN Commission on Life Saving Commodities for Women and Children: Country Case Studies*, 2012, disponible en <http://can-mnch.ca/wp-content/uploads/2012/06/Life-Saving-Commodities-New_Concept_Note1.pdf> (Consulta: 3 feb. 2014), pp. 6-7, 20-25

¹⁹⁶ F. F. Hoffman y F. R. N. M. Bentes, “Accountability for Social and Economic Rights in Brazil,” *en*: VS. Gauri y D. M. Brinks, eds., *Courting Social Justice - Judicial Enforcement of Social and Economic Rights in the Developing World* (Cambridge: Cambridge University Press, 2008): 100-145, pp. 100, 122, 126-127, 136-138, 144.

¹⁹⁷ *Minister of Health Vs. Treatment Action Campaign* (N° 2) [2002] 5 SA721; J. Berger, “Litigating for Social Justice in Post-Apartheid South Africa: A Focus on Health and Education,” *en*: VS. Gauri y D. M. Brinks eds., *supra* note 196, pp. 38-99.

¹⁹⁸ P. Houtzager y L. E. White, “The Long Arc of Pragmatic Economic and Social Rights Advocacy,” *en*: L. E. White y J. Perelman, eds., *Stones of Hope: How African Activists Reclaim Human Rights to Challenge Global Poverty* (Palo Alto, CA: Stanford University Press, 2011): 172-195.

¹⁹⁹ Vid. *Alyne*, Op. cit., párr. 7.7.

²⁰⁰ Vid. Recomendación General N°28, Op. cit., párr.18.

²⁰¹ Vid. *Alyne*, Op. cit., párr. 9; PF CEDAW, Op. cit., art. 7(4).

²⁰² Vid. Alaerte Leandro Martins, Op. cit.

²⁰³ Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación general No. 25, sobre el párrafo 1 del artículo 4 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, referente a medidas especiales de carácter temporal*, 30º período de sesiones, 2004 disponible en <<http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=52d905144>> (Consulta: 3 feb. 2014), párr.12.

²⁰⁴ F. Raday, “Article 4” *en*: M. Freeman, C. Chinkin, y B. Rudolf, eds., *Op. cit.*, en pp.123-139, p. 131.

²⁰⁵ Vid. *Alyne*, *Op. cit.*, párr. 2.14, 3.14, 3.15, 3.17, 4.10, 5.3, 6.2, 7.8.

²⁰⁶ República Federativa de Brasil, Constitución Política de 1988, última actualización noviembre de 2008, *disponible en* <<http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Brazil/esp88.html>>, arts. 196-200; el art. 196 declara que “La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que tiendan a la reducción del riesgo de enfermedad y de otros riesgos y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación.”

²⁰⁷ *Ibíd.*, el art. 6 declara que, “Son derechos sociales la educación, la salud, el trabajo, el descanso, la seguridad, la previsión social, la proyección de la maternidad” (Capítulo II - De los Derechos Sociales).

²⁰⁸ *Ibíd.*, el art. 5 N°1 – principio general de igualdad entre hombres y mujeres; art. 201 N° 3- protección a la maternidad, especialmente a la gestante.

²⁰⁹ *Ibíd.*, el art. 3 N°4 - promueve el bien de todos, sin prejuicios de origen, raza, sexo, color edad o cualesquiera otras formas de discriminación; art. 5 N°41 – la práctica del racismo constituye delito no susceptible de fianza e imprescriptible, sujeto a penas de reclusión en los términos de la ley.

²¹⁰ Vid. *Alyne*, *Op. cit.*, párr.7.5.

²¹¹ O. L. Motta Ferraz, “Brazil: Health Inequalities, Rights and Courts: The Social Impact of the Judicialization of Health,” *en*: A. E. Yamin y S. Gloppen, eds., *Litigating Health Rights*, *Op. cit.*, pp. 76-102; Vid. también en este suplemento M. Prado, “The Debatable Role of Courts in Brazil’s Health Care System: Does Litigation Harm or Help?” *Journal of Law, Medicine and Ethics* 41, N° 1 (2013): 124-137.

²¹² Vid. Ferraz, *Op. cit.*, p. 94; énfasis en el original.

²¹³ Vid. Hoffman y Bentes, *Op. cit.*, pp.121-122.

²¹⁴ *Ibíd.*, p. 122.

²¹⁵ *Idem.*

²¹⁶ Vid. Shany, *Op. cit.*, p. 251.

²¹⁷ Vid. Howse y Teitel, *Op. cit.*, p. 131-132.

²¹⁸ Vid. por ejemplo *supra* 37 y 134.

²¹⁹ Vid. OMS Trends Report, *Op. cit.*, p. 27.