



Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer

Distr. general
27 de septiembre de 2011
Español
Original: inglés

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

49º período de sesiones

11 a 29 de julio de 2011

Dictamen

Comunicación núm. 17/2008

<i>Presentada por:</i>	Maria de Lourdes da Silva Pimentel, representada por el Centro de Derechos Reproductivos y Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos
<i>Presunta víctima:</i>	Alyne da Silva Pimentel Teixeira (difunta)
<i>Estado parte:</i>	Brasil
<i>Fecha de la comunicación:</i>	30 de noviembre de 2007 (comunicación inicial)

El 25 de julio de 2011, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer aprobó el texto adjunto como opinión del Comité de conformidad con el artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo con respecto a la comunicación núm. 17/2008.

Anexo

Dictamen del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de conformidad con el párrafo 3 del artículo 7 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer

(49º período de sesiones)

Comunicación núm. 17/2008*

<i>Presentada por:</i>	Maria de Lourdes da Silva Pimentel, representada por el Centro de Derechos Reproductivos y Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos
<i>Presunta víctima:</i>	Alyne da Silva Pimentel Teixeira (difunta)
<i>Estado parte:</i>	Brasil
<i>Fecha de la comunicación:</i>	30 de noviembre de 2007 (comunicación inicial)

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, establecido en virtud del artículo 17 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer,

Reunido el 25 de julio de 2011,

Adopta el siguiente:

Dictamen a tenor del párrafo 3 del artículo 7 del Protocolo Facultativo

1. La autora de la comunicación, de fecha 30 de noviembre de 2007, es Maria de Lourdes da Silva Pimentel, madre de Alyne da Silva Pimentel Teixeira (difunta), actuando en su propio nombre y en nombre de su familia. Están representadas por el Centro de Derechos Reproductivos y Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos¹.

* Participaron en el examen de la comunicación los siguientes miembros del Comité: Sra. Ayse Feride Acar, Sra. Nicole Ameline, Sra. Magalys Arocha Dominguez, Sra. Violet Tsisiga Awori, Sra. Barbara Evelyn Bailey, Sra. Olinda Bareiro-Bobadilla, Sra. Meriem Belmihoub-Zerdani, Sr. Niklas Bruun, Sra. Naela Mohamed Gabr, Sra. Ruth Halperin-Kaddari, Sra. Yoko Hayashi, Sra. Ismat Jahan, Sra. Soledad Murillo de la Vega, Sra. Violeta Neubauer, Sra. Pramila Patten, Sra. Maria Helena Lopes de Jesus Pires, Sra. Victoria Popescu, Sra. Zohra Rasekh, Sra. Patricia Schulz, Sra. Dubravka Šimonović y Sra. Zou Xiaoqiao. De conformidad con el artículo 60 del reglamento del Comité, uno de sus miembros, la Sra. Silvia Pimentel, no participó en el examen de la presente comunicación.

¹ El Comité ha recibido también escritos *amicus curiae* del Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, la Comisión Internacional de Juristas y Amnistía

Alegan que Alyne da Silva Pimentel Teixeira es víctima de una violación, por el Estado parte, de su derecho a la vida y a la salud en virtud de los artículos 2 y 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer². La Convención y su Protocolo Facultativo entraron en vigor para el Estado parte el 2 de marzo de 1984 y el 28 de septiembre de 2002, respectivamente.

Los hechos expuestos por la autora

2.1 Alyne da Silva Pimentel Teixeira, una ciudadana brasileña de ascendencia africana, nació el 29 de septiembre de 1974. Estaba casada y tenía una hija, A. S. P., nacida el 2 de noviembre de 1997.

2.2 El 11 de noviembre de 2002, la Sra. da Silva Pimentel Teixeira fue a la Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória de Belford Roxo (en adelante denominado el centro de salud), con severas náuseas y dolores abdominales. En ese momento, estaba en su sexto mes de embarazo. La ginecóloga-obstetra que la atendió prescribió una medicina contra la náusea, vitamina B12 y una medicina local para infecciones vaginales, programó análisis de sangre y orina de rutina para el 13 de noviembre de 2002, como una medida de precaución, y envió a la Sra. da Silva Pimentel Teixeira a su casa. La señora comenzó a tomar las medicinas prescritas de inmediato.

2.3 Entre el 11 y el 13 de noviembre de 2002, la situación de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira empeoró considerablemente; el 13 de noviembre de 2002, la señora fue al centro de salud junto con su madre para tratar de que la ginecóloga-obstetra la examinara antes de realizar los análisis de sangre y orina previstos. La ginecóloga-obstetra la examinó y la hizo ingresar a las 8.25 horas al centro de salud.

2.4 Otro médico examinó a la Sra. da Silva Pimentel Teixeira en el pabellón de maternidad y no pudo detectar los latidos del corazón del feto. A las 11.00 horas, un examen de ultrasonido confirmó este diagnóstico.

2.5 Los médicos del centro de salud informaron a la Sra. da Silva Pimentel Teixeira de que debían darle una medicina para inducir el parto del feto muerto y comenzaron este procedimiento a eso de las 14.00 horas. A las 19.55 horas, la Sra. da Silva Pimentel Teixeira había parido el feto muerto de 27 semanas. Inmediatamente después se sintió desorientada.

2.6 El 14 de noviembre de 2002, unas 14 horas después del parto, la Sra. da Silva Pimentel Teixeira fue sometida a un raspado para eliminar partes de la placenta y otros restos del parto, tras lo cual su condición continuó empeorando (severa hemorragia, vómitos con sangre, baja presión sanguínea, prolongada desorientación y abrumadora debilidad física, incapacidad para ingerir alimentos). Su madre y su esposo no visitaron el centro de salud ese día a raíz de las seguridades obtenidas por teléfono de que la Sra. da Silva Pimentel Teixeira se encontraba bien.

2.7 La autora sostiene que el 15 de noviembre de 2002 la Sra. da Silva Pimentel Teixeira sufría más desorientación, su presión sanguínea permanecía baja,

Internacional, con información general sobre el derecho a la salud y la mortalidad materna en el Brasil y en los que se ponen de relieve las obligaciones internacionales de los Estados.

² El expediente del caso tiene información contradictoria acerca de la persona que inició actuaciones civiles el 11 de febrero de 2003. En algunos lugares se menciona a la madre de la persona fallecida y en otras al marido.

continuaba vomitando, tenía dificultades para respirar y seguía sufriendo hemorragia. El personal del centro de salud realizó una punción abdominal, pero no encontró sangre. La Sra. da Silva Pimentel Teixeira recibió oxígeno, Cimetidina, Manitol, Decadron y antibióticos. Los médicos explicaron a su madre que sus síntomas coincidían con los de una mujer que nunca había recibido atención prenatal y que necesitaba una transfusión de sangre; en ese momento, la autora llamó al esposo de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira, quien se trasladó al centro de salud. A las 13.30 horas, el personal del centro de salud pidió a la madre de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira el expediente médico prenatal porque no podían encontrarlo.

2.8 Los médicos del centro de salud se pusieron en contacto con hospitales públicos y privados que contaban con instalaciones más avanzadas a fin de trasladar a la Sra. da Silva Pimentel Teixeira a uno de ellos. Sólo el Hospital General de Nova Iguaçu, un hospital municipal, tenía espacio disponible, pero se negó a utilizar su única ambulancia para transportarla a esa hora. Al no poder su madre y su esposo obtener los servicios de una ambulancia privada, la Sra. da Silva Pimentel Teixeira esperó en condición crítica durante ocho horas, con síntomas clínicos manifiestos de coma durante las últimas dos horas, hasta ser transportada por ambulancia al hospital.

2.9 Cuando la Sra. da Silva Pimentel Teixeira llegó al hospital con dos médicos y su esposo a las 21.45 horas del 15 de noviembre de 2002, tenía hipotermia y dificultades respiratorias graves, y presentaba una condición clínica compatible con la coagulación intravascular diseminada. Su presión sanguínea bajó a cero y debió ser resucitada. El hospital la colocó en una zona provisional de la sala de emergencia porque no tenía camas disponibles.

2.10 Los asistentes médicos no llevaron su historial médico al hospital. En cambio, hicieron un breve relato oral de sus síntomas al médico encargado.

2.11 El 16 de noviembre de 2002, la madre de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira la visitó. La encontró pálida y con sangre en la boca y en la ropa. El personal del hospital envió a la madre de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira al centro de salud para obtener su expediente médico. En el centro, se le preguntó por qué necesitaba el expediente y se la hizo esperar.

2.12 La Sra. da Silva Pimentel Teixeira murió a las 19.00 horas del 16 de noviembre de 2002. La autopsia reveló que la causa oficial de la muerte había sido una hemorragia digestiva. Según los médicos, este fue el resultado del parto del feto muerto.

2.13 El 17 de noviembre de 2002, a petición del hospital, la madre de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira volvió nuevamente al centro de salud para retirar los documentos médicos de su hija. Los médicos del centro de salud le dijeron que el feto había permanecido muerto en la matriz durante varios días y que ésa había sido la causa de la muerte.

2.14 El 11 de febrero de 2003, el esposo de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira² presentó una denuncia contra el sistema de centros de salud por daños materiales y morales.

La denuncia

3.1 La autora sostiene que el artículo 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer requiere una acción inmediata para resolver una cuestión de discriminación contra la mujer con arreglo a la definición del artículo 1 de la Convención, cuando se ha violado el derecho a la vida de una mujer por no haber garantizado su seguridad durante el embarazo y el parto.

3.2 La autora sostiene que el artículo 2 c) de la Convención exige a los Estados partes no solo que garanticen las medidas jurídicas para combatir la discriminación, sino también la aplicación práctica de esas medidas y el goce de los derechos sin demora. El Comité ha establecido que los Estados partes deben asegurar que las medidas y las políticas legislativas y ejecutivas se ajusten a la obligación de respetar, proteger y realizar los derechos de la mujer a la atención de la salud y deben poner en práctica un sistema que garantice la acción judicial efectiva. De no hacerlo, se produciría una violación del artículo 12 de la Convención. Además, el Comité ha señalado que se debe prestar especial atención a las necesidades en materia de salud y los derechos de mujeres pertenecientes a grupos vulnerables y desfavorecidos y que el deber de eliminar la discriminación en el acceso al cuidado de la salud incluye la responsabilidad de tener en cuenta la forma en que los factores sociales, que pueden variar entre las mujeres, determinan el estado de salud.

3.3 La autora sostiene que las obligaciones en materia de atención de la salud en virtud de los artículos 2 y 12 de la Convención son obligaciones de efecto inmediato, ya que los derechos a la vida y a la no discriminación son aplicables inmediatamente y las violaciones requieren una acción gubernamental urgente. La autora hace referencia al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y sostiene que las obligaciones de “garantizar” son de carácter más inmediato y no están sujetas a la calificación de realización progresiva, en contraste con las obligaciones de “reconocer”.

3.4 La autora sostiene que el Brasil no aseguró el acceso a tratamiento médico de calidad durante el parto, violando de esa forma sus deberes en virtud de los artículos 2 y 12 de la Convención³. Teniendo en cuenta que la razón principal de la muerte de mujeres embarazadas es la demora evitable en obtener atención de emergencia adecuada durante un embarazo complicado, como fue el caso de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira, la asistencia especializada durante el parto, incluida la asistencia en casos de emergencias obstétricas, es un factor vital para impedir la muerte materna.

3.5 Si bien es cierto que la Sra. da Silva Pimentel Teixeira fue tratada por una ginecóloga-obstetra y, por lo tanto, tuvo acceso nominal a un cuidado de la salud profesional especializado, la baja calidad del tratamiento recibido fue un factor crítico de su muerte. Un proveedor de atención de la salud competente hubiera observado que las náuseas severas y los dolores abdominales de que se quejaba durante los seis meses de su embarazo eran un signo de un problema potencialmente más grave y hubiera ordenado un tratamiento apropiado. Si los análisis de sangre y

³ A este respecto, la autora hace referencia a la recomendación general núm. 24 (1999) del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer sobre el artículo 12 de la Convención (la mujer y la salud) y a la observación general núm. 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (art. 12).

orina se hubieran realizado el mismo día, se habría determinado que el feto había muerto y el parto se habría inducido inmediatamente, lo que habría impedido el deterioro de la condición de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira.

3.6 La autora alega que la Sra. da Silva Pimentel Teixeira debió haber sido objeto de una intervención quirúrgica inmediatamente después del parto a fin de extraer la placenta y otros restos del parto, que no habían sido expulsados completamente durante el proceso del parto, como sucede normalmente, y que pueden haber causado su hemorragia y otras complicaciones y, en definitiva, su muerte. Alega también que debió haber sido trasladada a una instalación con mejor equipo de cirugía, dado que la cirugía se realizó en respuesta a una situación anormal. En cambio, la paciente había sido operada en la mañana siguiente al parto en el centro de salud. Los intentos de trasladar a la Sra. da Silva Pimentel Teixeira a un hospital no comenzaron supuestamente hasta un día después de que había sufrido una hemorragia grave. El traslado, que duró más de ocho horas, no la ayudó a obtener atención especializada, porque fue dejada sin atención en una zona provisional del pasillo del hospital durante 21 horas, hasta que murió. La incapacidad de efectuar una remisión efectiva y oportuna fue otro ejemplo de la atención incompetente que recibió la Sra. da Silva Pimentel Teixeira.

3.7 La autora sostiene que la falta de acceso a una atención médica de calidad durante el parto es emblemática de los problemas sistémicos de la gestión de los recursos humanos en el sistema de salud del Brasil en general. El suministro de cuidado especializado durante el embarazo depende fundamentalmente de un sistema de salud que funcione⁴ y esto requiere un número adecuado de personal calificado en el lugar en que se lo necesita; escalas de remuneración satisfactorias y oportunidades de adelanto en la carrera; mecanismos de supervisión de apoyo; mecanismos para mejorar la calidad; y un sistema de remisión y transporte efectivo para garantizar el acceso oportuno a una atención de alto nivel, especialmente en casos de emergencia. Los estudios de los organismos de las Naciones Unidas revelan que el sistema nacional de salud del Brasil padece de considerables deficiencias en cada una de estas esferas. Se cree que los problemas relativos a la escasez de personal bien calificado, incluidos los bajos requisitos para el personal, son mayores a nivel municipal, por ejemplo, en los centros de salud como la Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória del centro de salud de Belford Roxo, que en el plano estatal o federal.

3.8 La autora sostiene que el Brasil no aseguró el acceso oportuno a una atención obstétrica de emergencia en violación de los artículos 2 y 12 de la Convención. Hay por lo menos tres indicadores particularmente pertinentes en relación con el acceso a la atención obstétrica de emergencia y su calidad, teniendo en cuenta las fallas específicas de este caso y las fallas de carácter más sistémico del Estado parte en cuanto a la eliminación de muertes maternas que se pueden prevenir. Los indicadores a que se refiere la autora están incluidos en las directrices para supervisar la disponibilidad y el uso de servicios obstétricos (octubre de 1997) del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), y son los siguientes:

⁴ Véase “Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant”, declaración conjunta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Confederación Internacional de Parteras y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (2004).

a) La distribución geográfica equitativa de las instalaciones de atención obstétrica de emergencia (cuatro instalaciones de atención obstétrica de emergencia básicas y una instalación de atención obstétrica de emergencia general por cada 500.000 personas);

b) Satisfacción de las necesidades de atención obstétrica de emergencia de las mujeres (como mínimo, la mayoría de las mujeres que necesitan atención obstétrica de emergencia deben recibir servicios);

c) La proporción de mujeres con complicaciones obstétricas que ingresan a una instalación con servicios de atención obstétrica de emergencia y mueren no debe superar el 1%.

La autora sostiene que los resultados negativos en cualquiera de estas tres categorías indicarían que el Estado no cumple sus obligaciones de prestar atención médica de maternidad.

3.9 La autora sostiene que los hechos del presente caso y los datos de los estudios sobre mortalidad materna en el Brasil demuestran el incumplimiento de la obligación de prestar atención médica de maternidad. Las pruebas muestran que las instalaciones de atención obstétrica de emergencia no están distribuidas de manera geográficamente equitativa (indicador 1), que las mujeres tienen niveles de necesidades no satisfechas más altos que los aceptables (indicador 2) y que el número de muertes por problemas obstétricos en las instalaciones supera al número aceptable (indicador 3), lo que demuestra el incumplimiento por el Estado parte de su obligación de garantizar el acceso y la calidad de la atención obstétrica de emergencia de conformidad con lo dispuesto en el artículo 12 de la Convención.

3.10 Debido en parte a la distribución no equitativa de las instalaciones de servicios de salud de alto nivel, la Sra. da Silva Pimentel Teixeira debió enfrentar serios problemas para obtener acceso a un hospital durante un período en que necesitaba atención médica de emergencia en forma inmediata: el único hospital que podía admitirla se encontraba en una municipalidad vecina a unas dos horas de viaje. Considerando que para llegar al hospital disponible más cercano había que viajar por un período equivalente al que una mujer media en su condición le quedaba de vida, no tuvo acceso razonable a los servicios de emergencia necesarios. Hay desigualdades similares en la distribución de instalaciones de atención de la salud entre los estados.

3.11 La autora alega que, en el presente caso, la falta o la impotencia de un sistema de remisión entre el centro de salud y las instalaciones de más alto nivel, y la falta de coordinación entre el cuidado prenatal y durante el parto demoró el acceso de la víctima a los servicios y pudo haberle costado la vida. Sólo uno de los hospitales a los que se consultó tenía espacio disponible. No había medio de transporte para la Sra. da Silva Pimentel Teixeira hasta ese hospital porque este no quería utilizar su única ambulancia. El centro de salud no tenía sus propios medios de transporte y su madre no pudo encontrar una ambulancia privada. En el hospital no había camas disponibles y los médicos del centro de salud omitieron enviar su expediente médico al hospital.

3.12 Teniendo en cuenta la experiencia de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira y los numerosos estudios sobre la mortalidad materna en el Brasil, que identificaron como una de las principales razones de la alta tasa de mortalidad materna la baja calidad de los servicios de atención de la salud en casos de emergencias obstétricas, y de

una tasa de mortalidad en muchas instalaciones que puede considerarse superior a los niveles aceptables, la autora sostiene que la incompetencia y la negligencia de los proveedores de atención de la salud y la falta de acceso oportuno a los servicios fueron factores determinantes de su muerte.

3.13 La autora alega que el Estado parte violó los derechos de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira en virtud del artículo 2 c) de la Convención al no garantizar la protección efectiva de los derechos de la mujer. Se refiere a la jurisprudencia del Comité en la comunicación 5/2005 (*Şahide Goekce (difunta) c. Austria*), en la que el Comité sostuvo que las medidas jurídicas y de otro tipo establecidas por un Estado parte [para abordar la cuestión de la violencia doméstica] debe contar con el apoyo de agentes estatales que respeten las obligaciones de diligencia debida del Estado parte. La autora se refiere también al hincapié que hace la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en las obligaciones del Estado de organizar sus estructuras gubernamentales con miras a prevenir la violencia y la discriminación contra la mujer y a que esos casos sean investigados y castigados y, además, que se proporcione una indemnización a la mujer. Los hechos del caso muestran que el Estado parte no estableció un sistema que garantizara una protección y acción judicial efectivas en el contexto de las violaciones contra la salud reproductiva. Sostiene que la falta de respuesta por parte del sistema judicial apunta claramente a una falla sistémica del Estado parte de reconocer la necesidad de adoptar medidas de reparación que ofrezcan compensación e indemnización a las mujeres que han sido tratadas de manera discriminatoria.

3.14 En cuanto al agotamiento de los recursos internos, la autora sostiene que el acceso a la justicia es ilusorio. El esposo de la difunta, en su propio nombre y en nombre de su hija de 5 años de edad, presentó una acción civil por daños materiales y morales el 11 de febrero de 2003, tres meses después de su muerte, y pidió dos veces la *tutela anticipada*⁵. La primera petición, hecha el 11 de febrero de 2003 por la familia de la difunta, fue ignorada. El juez denegó también la segunda petición, presentada el 16 de septiembre de 2003. Ahora bien, han pasado cuatro años y medio y la actividad judicial en el caso civil ha sido irrisoria y es probable que pasen varios años más hasta que los tribunales lleguen a una decisión. Concretamente, hasta la fecha no ha habido ninguna audiencia y el tribunal tardó tres años y 10 meses en nombrar a un experto médico, aunque el reglamento exige un plazo de 10 días.

3.15 La falta de una respuesta significativa y oportuna de la judicatura ha tenido un efecto devastador en la familia, particularmente en la hija de la difunta, quien fue abandonada por su padre y que vive en condiciones precarias (falta de acceso a servicios psicológicos, medios mínimos para las necesidades básicas como la alimentación, la vestimenta, etc.) con su abuela materna. La extraordinaria demora en llegar a una decisión sobre las peticiones de *tutela anticipada* y la inacción respecto de la reclamación civil han puesto en mayor peligro el derecho de la hija de la víctima y plantean un riesgo de daño irreparable.

3.16 La autora sostiene también que las decisiones anteriores del Comité apoyan la aplicación de la excepción a la norma del agotamiento de los recursos internos. Sostiene que la conclusión del Comité sobre el tiempo que tomaron las actuaciones

⁵ La *tutela anticipada* es un mecanismo judicial por el que se pide al juez que anticipe los efectos de protección de una decisión. Se lo puede utilizar para evitar demoras injustificadas en la decisión judicial que, de otra forma, podría dar lugar a daños graves o irreparables.

judiciales en el caso *A. T. c. Hungría* (comunicación 2/2003), es decir, que los casos de violencia doméstica no gozan de prioridad en las actuaciones judiciales, se refiere a un caso análogo a la situación en el Brasil, donde las actuaciones relativas a la violencia contra la mujer y la salud de la mujer, especialmente de las mujeres de grupos vulnerables, incluidas las mujeres de entornos socioeconómicos desaventajados y las mujeres de ascendencia africana, no reciben prioridad en el sistema judicial.

3.17 La autora sostiene que la demanda civil no se puede considerar un medio eficaz de obtener reparación por la violación de los derechos humanos denunciada en la comunicación y ha socavado el propósito de la reparación, cuyo objetivo es tratar seriamente y atender de manera práctica e inmediata las necesidades de la familia. La demora es equivalente a una denegación de la justicia.

3.18 La autora sostiene que la cuestión no ha sido ni es objeto de examen en virtud de ningún otro procedimiento de investigación o resolución internacional.

Observaciones del Estado parte sobre la admisibilidad y sobre el fondo

4.1 En su única comunicación del 13 de agosto de 2008, el Estado parte indica que considera que las siguientes cuestiones están vinculadas al presente caso: a) la eliminación de la discriminación contra la mujer en el acceso a los servicios de salud, en particular los relativos al embarazo y el parto; b) la adopción legal de políticas públicas y otras medidas concretas que garanticen el suministro de servicios de salud reproductiva; c) la responsabilidad primaria del Estado en cuanto a la atención de la salud de la mujer; y d) el requisito de que los servicios de salud disponibles aseguren un consentimiento plenamente informado y respeten la dignidad de todos y la garantía de la confidencialidad y de que los trabajadores del sector de la salud tengan en cuenta las necesidades particulares de la mujer. El Estado parte explica que el derecho a la salud consagrado en los artículos 6 y 196 de la Constitución Federal del Brasil establece el derecho subjetivo de los individuos en virtud del cual el Estado parte tiene obligaciones tanto positivas como negativas. Explica que el servicio de salud pública, a través de las políticas de salud pública, es la entidad estatal responsable de los derechos de ese tipo e indica en forma detallada la función tanto proactiva como defensiva del Estado en la esfera de la salud. Señala además que el concepto del derecho a la salud incluye varios elementos, por cuanto la salud está definida como el bienestar social, psíquico y físico total, en el que el derecho a la atención de la salud representa solo un aspecto. Destaca también la diferencia entre el derecho a la salud y el derecho a la asistencia para la salud, ya que este último está restringido a medidas de carácter médico realizadas para detectar y tratar enfermedades y tiene que ver con el derecho a la salud en términos de la capacidad para curar enfermedades o prolongar la expectativa de vida. El derecho al cuidado de la salud o a la asistencia para la salud requiere, por definición, la organización y puesta en práctica de servicios de asistencia.

4.2 El Estado parte también ha examinado el derecho a la salud en el contexto de su Constitución Federal y las correspondientes competencias de las respectivas esferas políticas y del sector privado. El artículo 196 de la Constitución Federal define la salud como un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado mediante políticas y acceso equitativo universal a las medidas y los servicios encaminados a promover la salud, la protección y la recuperación. Las medidas y los servicios de salud pueden estar a cargo directamente del Gobierno o de terceros, en

cuyo caso el Gobierno se reserva la autoridad exclusiva de reglamentación, supervisión y control. El Estado pone en práctica estas medidas y servicios mediante una red regional jerárquica integrada por un sistema de salud unificado (Sistema Único de Saúde). Las medidas y los servicios de salud, por lo tanto, incluyen la asistencia para la salud o la atención de la salud, así como diversas otras funciones como la vigilancia de la salud, y en su conjunto constituyen el derecho a la salud.

4.3 La Constitución Federal dispone que el sector privado sólo puede prestar asistencia para la salud. No está autorizado para tomar las medidas de atención de la salud prescritas en el artículo 200 de la Constitución⁶, que no guardan relación con la atención de la salud. Las instituciones privadas pueden participar en el sistema de salud de conformidad con sus directrices por medio de un acuerdo o contrato de derecho público. En cuanto a la distribución de las responsabilidades entre los sectores políticos, la sección VII del artículo 30 de la Constitución del Brasil dispone que los gobiernos municipales deben prestar servicios de salud a la población con la cooperación técnica y financiera del gobierno federal y los gobiernos estatales.

4.4 La división de responsabilidades, presentada de manera general en la Constitución, indica que los deberes correspondientes al derecho a la salud, en su dimensión positiva más amplia, incluidas la atención de la salud y otras medidas y servicios relacionados con la salud, corresponden exclusivamente al Estado, al igual que su reglamentación, aplicación y control. El sector privado está autorizado a prestar asistencia para la salud, que comprende servicios médicos y farmacéuticos, y las municipalidades mantienen su responsabilidad única sobre los servicios de salud dirigidos a la población en general. El ámbito de la acción del Estado, por lo tanto, es mucho más amplio que el prescrito para el sector privado. En otras palabras, las políticas en materia de salud, así como las medidas para supervisar los servicios de asistencia para la salud que presta el sector privado, corresponden exclusivamente a las esferas políticas.

4.5 El Estado parte explica además su deber de regular, aplicar y controlar las medidas y los servicios de salud. El Ministerio de Salud establece el Sistema Nacional de Auditoría y coordina la evaluación técnica y financiera del sistema de salud en todo el territorio nacional con la cooperación técnica de los estados, las municipalidades y el Distrito Federal. El Sistema Nacional de Auditoría realiza la evaluación técnica y científica, y las auditorías contables, financieras y de activos del sistema de salud mediante un proceso descentralizado. Se asegura la descentralización a través de los órganos estatales y municipales y las oficinas auxiliares del Ministerio de Salud en cada estado del Brasil y en el Distrito Federal.

⁶ De conformidad con este artículo, según la ley, al sistema único de salud le corresponde, además de otras atribuciones, controlar y fiscalizar procedimientos, productos y sustancias de interés para la salud y participar en la producción de medicamentos, equipos, productos inmunobiológicos, hemoderivados y otros insumos; ejecutar las medidas de vigilancia sanitaria y epidemiológica, así como las relacionadas con la salud del trabajador; organizar la formación de recursos humanos en el área de la salud; participar en la formulación de la política y en la ejecución de las medidas de saneamiento básico; fomentar, en su esfera de acción, el desarrollo científico y tecnológico; fiscalizar y controlar alimentos, incluyendo su contenido nutritivo, así como las bebidas y aguas para consumo humano; participar en el control y fiscalización de la producción, transporte, almacenamiento y uso de sustancias y productos psicoactivos, tóxicos y radiactivos; y colaborar en la protección del medio ambiente, incluido el entorno de trabajo.

4.6 Las instituciones privadas pueden participar legalmente en el sistema de salud sólo en el caso de que la disponibilidad de servicios sea insuficiente para garantizar la cobertura de la población de una zona geográfica determinada. La función de las instituciones privadas en el sistema de salud, por lo tanto, consiste en prestar asistencia para la salud, y no en realizar actividades de aplicación, control o reglamentación, ni en aplicar políticas públicas en virtud del sistema. Esas instituciones están sujetas a los principios del sistema de salud y al Sistema Nacional de Auditoría respecto de la evaluación de la calidad de los servicios.

4.7 Con respecto a las alegaciones de que el Estado parte violó los artículos 2 y 12 al no adoptar medidas encaminadas a eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención de la salud, lo cual fue la causa directa de que se prestara atención médica de calidad inferior a la Sra. da Silva Pimentel Teixeira, el Estado parte señala que se están elaborando diversas políticas públicas que tratan de las necesidades específicas de las mujeres, particularmente de las que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad. En esas políticas se aborda la cuestión relativa a la igualdad entre hombres y mujeres. El Estado parte considera que la queja se refiere a la falta de acceso a la atención médica, en la medida en que la comunicación no establece ningún vínculo entre el género de la paciente y los posibles errores médicos cometidos. El Estado parte se refiere a la conclusión del informe de la visita técnica del Departamento de Auditoría de Río de Janeiro, en la que se indicó que las fallas en la asistencia médica prestada a la Sra. da Silva Pimentel Teixeira, no constituyeron discriminación contra la mujer, sino más bien la prestación de servicios deficientes y de baja calidad a la población, que resultó en los hechos descritos. El Estado parte admite que la condición vulnerable de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira requería tratamiento médico individualizado, que no se le prestó, pero sostiene que la supuesta falta de atención médica específica no se negó debido a la ausencia de medidas y políticas públicas comprendidas dentro de la obligación del Estado parte de combatir la discriminación contra la mujer en todas las esferas. El caso describe una posible falla en la prestación de asistencia médica por una institución de salud privada, indicando errores en los mecanismos utilizados para contratar servicios de salud privados y, por extensión, en su inspección y control, y no una falta de determinación por parte del Estado de combatir la discriminación contra la mujer.

4.8 El Estado parte sostiene que esta línea de pensamiento ha sido confirmada por el Comité Estatal sobre Mortalidad Materna, el cual, en el informe de investigación sobre la muerte materna publicado por la Secretaría Estatal de Salud de Río de Janeiro, llegó a la conclusión de que la muerte de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira se debió a causas ajenas a la maternidad y que la probable causa de la muerte fue una hemorragia digestiva. Además, el informe contiene un resumen de la información relativa a su muerte, incluida la atención médica inicial prestada, su admisión al hospital y su fallecimiento, con referencia, además, a la causa de la muerte y los momentos críticos de su tratamiento, así como observaciones y recomendaciones. El informe de investigación resumido es el documento que el Comité Estatal sobre Mortalidad Materna analiza y utiliza, junto con otros informes, para preparar un informe anual en el que se establecen estudios de casos y las medidas de prevención aplicadas para reducir la mortalidad materna.

4.9 El Estado parte sostiene además que el presente caso revela posibles fallas en la asistencia para la salud prestada por la Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora da Glória que, según el Registro Nacional de Establecimientos de Salud, es

un hospital privado con fines de lucro autorizado para realizar procedimientos de complejidad mediana y alta. La Casa de Saúde funciona en virtud de un acuerdo entre el sistema de salud y el administrador municipal. En respuesta a la autora de las alegaciones de que la institución privada violó el derecho a la atención de la salud de la paciente, y que la municipalidad de Belford Roxo no cumplió su deber de evaluar y controlar los servicios de salud prestados, el Ministerio de Salud ha pedido al Departamento Nacional de Auditoría del sistema de salud que realice una visita técnica a las municipalidades de Belford Roxo y Nova Iguaçu, Rfo de Janeiro, para reunir información sobre los hechos del caso y determinar posible negligencia médica o error en la atención prestada a la madre embarazada. En el informe de la visita técnica se recomienda que se remita la cuestión a los Consejos Profesionales (Conselhos de Classe) para verificar los hechos relativos a los profesionales de la salud (médicos y enfermeras) que trataron a la paciente, y al Comité Nacional de Dirección sobre la reducción de la mortalidad materna y neonatal bajo la égida del Ministerio de Salud.

4.10 Con respecto a la demanda judicial por daños entablada el 11 de febrero de 2003 por la familia de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira y otros, el Estado parte sostiene que la causa entró en la etapa de la sentencia tras los argumentos orales de ambas partes sobre el informe del experto oficial (*laudo pericial*) y, al no preverse demoras injustificadas, se esperaba una sentencia sobre el fondo en julio de 2008. Dada la complejidad de la acción civil, que comprende a más de un demandado y requiere pericias de expertos, la causa no se ha prolongado más allá del plazo normal de este tipo de actuaciones judiciales.

4.11 El Estado parte rechaza la alegación de la autora de que lo que ocurrió a la Sra. da Silva Pimentel Teixeira refleja un incumplimiento por el Estado parte de su compromiso de reducir la mortalidad materna, y de que el Estado parte padece de una falla sistémica en la protección de los derechos básicos de la mujer. Ofrece un panorama detallado de las diversas medidas aplicadas en el país hasta la fecha, así como del mecanismo nacional existente y los planes nacionales para la realización de los derechos de la mujer, en particular los derechos sexuales y de salud de la mujer, y los derechos reproductivos, lo cual confirma la política concertada del Estado parte para eliminar la discriminación contra la mujer. El Estado parte reconoce que las muertes de mujeres en edad de concebir que se pueden evitar constituyen violaciones de los derechos humanos, y es por esta razón que el Gobierno federal, particularmente en la administración actual, ha otorgado prioridad a la salud de la mujer. Proporciona también datos que demuestran una reducción de la mortalidad materna, en particular en las regiones meridional y sudoriental, y afirma que el presente caso representa una excepción causada por negligencia profesional, una carga de trabajo excesiva, una infraestructura inadecuada y la falta de preparación profesional. Con respecto a la existencia de discriminación, por cuanto el caso se refiere a una mujer afrobrasileña de la periferia urbana, el Estado parte señala que en el informe de la visita técnica, preparado por el departamento de auditoría del sistema de salud, se establece que no se encontró ninguna prueba de discriminación. No obstante, el Estado parte no descarta la posibilidad de que la discriminación pueda haber contribuido, en cierta medida pero no decisivamente, a los hechos. Más bien, la convergencia o asociación del conjunto de elementos descritos puede haber contribuido a que no se prestara a la paciente la atención de emergencia necesaria, lo cual ocasionó su muerte.

4.12 El Estado parte explica que una de las prioridades establecidas en el Plan Nacional de Políticas para la Mujer comprende la promoción de cuidados obstétricos calificados y humanizados, particularmente para mujeres afrobrasileñas e indígenas, incluida la atención a los abortos en condiciones no adecuadas, a fin de reducir la morbilidad y la mortalidad maternas. A tal fin, el Ministerio de Salud ha previsto adoptar 18 medidas durante 2011. En 2004, el Ministerio de Salud lanzó la Política Nacional para el cuidado general de la salud de la mujer: principios y directrices (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes), que refleja el compromiso de aplicar medidas de salud que contribuyan a garantizar los derechos humanos de la mujer y reducir la morbilidad y la mortalidad provenientes de causas que se pueden prevenir. Con respecto a la formulación de la política, el Estado parte destaca la participación de la Secretaría Especial de Promoción de la Igualdad Racial (Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial), el movimiento de las mujeres, el movimiento de las mujeres afrobrasileñas y las trabajadoras rurales, las asociaciones científicas, los consejos profesionales, investigadores y académicos en la esfera de la salud, los administradores del sistema de salud y los organismos de cooperación internacionales.

4.13 Por último, el Estado parte explica detalladamente la importancia del ciclo reproductivo y las medidas tomadas para garantizar el cuidado de la salud general de calidad para las mujeres embarazadas mediante un cuidado prenatal adecuado, la prestación de servicios especializados a las mujeres embarazadas en situaciones de riesgo, el cuidado durante el parto y posterior al parto en dependencias de salud, el tratamiento obstétrico de emergencia y las medidas de planificación de la familia.

4.14 El Estado parte concluye que, evidentemente, no ha sido indiferente o insensible a su obligación de aplicar políticas de salud que presten atención específica a las mujeres. Estos esfuerzos no están limitados a los derechos sexuales y reproductivos, sino que prestan una atención más amplia a la salud de la mujer, que comprende la prestación de cuidados para su bienestar físico y mental general.

Comentarios de la autora acerca de las observaciones del Estado parte sobre la admisibilidad

5.1 En la comunicación de 19 de enero de 2009, la autora recuerda que la obligación de reducir la mortalidad materna es una de las obligaciones clave que entraña el derecho a la salud. La autora señala que el Estado parte ha reconocido que las muertes evitables constituyen un problema grave en el Brasil y que no abordar la cuestión de estas muertes constituye una violación grave de los derechos humanos. Ahora bien, pese a su reconocimiento retórico del problema de la mortalidad materna, el Estado no ha cumplido su obligación de garantizar el derecho de la mujer a la vida y la salud. La autora cita estadísticas, incluso estadísticas de la OMS, según las cuales cada año se producen en el Brasil más de 4.000 muertes maternas, lo que representa un tercio de todas las muertes maternas de América Latina. La comunicación se refiere también a la evaluación de las Naciones Unidas, según la cual las tasas de mortalidad materna son “considerablemente mayores que las de países con niveles más bajos de desarrollo económico, y en general se

consideran inaceptables”⁷. Las tasas de mortalidad materna continuamente altas en el Estado parte son una falla sistémica en cuanto a conceder prioridad y proteger los derechos humanos básicos de la mujer. La muerte materna de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira, que pudo haberse evitado, es un ejemplo claro de esta falla.

5.2 La autora reitera que la muerte de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira constituye una violación del derecho a la vida consagrado en el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el derecho a una protección eficaz de los derechos de la mujer y el derecho a la salud consagrados en los artículos 2 c) y 12 de la Convención. Concretamente, el Estado parte no garantizó el acceso a un tratamiento médico de calidad durante el parto ni la atención obstétrica de emergencia en el momento oportuno, que implica el derecho a la no discriminación sobre la base del género y la raza. La incapacidad de la familia de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira de obtener indemnización del Estado parte viola el derecho a la protección eficaz.

5.3 La autora pone en tela de juicio la afirmación del Estado parte de que el caso no se ha prolongado más allá del marco temporal normal para las actuaciones judiciales de esa naturaleza, sosteniendo implícitamente que el caso no está comprendido en la excepción de la “prolongación injustificada” al requisito del agotamiento de los recursos internos. Este argumento ignora las importantes demoras impuestas por el Estado parte, que han impedido efectivamente a la parte demandante resolver su caso en un tribunal nacional. La familia presentó originalmente una demanda por daños materiales y morales el 11 de febrero de 2003, justo tres meses después de la muerte. Han pasado casi ocho años desde que se presentó esa demanda, pero la actividad judicial en el caso ha sido mínima y no resulta claro cuándo el tribunal llegará a una decisión. En sus comentarios, el Estado parte no ha abordado adecuadamente la demora prolongada no razonable, declarando solo que el caso está actualmente en la etapa de la sentencia tras la presentación de argumentos orales por ambas partes y que es poco probable que se produzcan “demoras injustificadas en la conclusión del caso”. No obstante, es un hecho incontrovertido que la acción judicial se presentó el 11 de febrero de 2003 y que la labor de los expertos no se completó hasta agosto de 2007, más de cuatro años después. Además, contrariamente a lo indicado por el Estado parte en su declaración, de que el dictamen sobre el fondo se emitiría en julio de 2008, ese dictamen todavía no se ha emitido. La autora sostiene, por lo tanto, que la falta de una conclusión sobre el fondo del caso en la jurisdicción interna no puede seguir considerándose razonable y hace referencia, entre otras cosas, al caso *A. T. c. Hungría*, en que el Comité determinó que una demora de tres años en un caso de violencia doméstica representaba una prolongación injustificada en el sentido del artículo 4, párrafo 1, del Protocolo Facultativo⁸. La autora se refiere además a la declaración del Comité en el mismo caso, de que las causas por violencia doméstica en el Estado en cuestión no gozan de prioridad en las actuaciones judiciales, y sostiene que esta conclusión se refiere a una situación análoga a la del Estado parte, en que los procedimientos relativos a la violencia contra la mujer y a la salud de la mujer, especialmente respecto de mujeres de grupos vulnerables, incluidas las

⁷ Equipo de las Naciones Unidas en el país, *A UN Reading of Brazil's Challenges and Potential* (2005), párr. 40 (se puede consultar en [http://www.unodc.org/pdf/brazil/Final%20CCA%20Brazil%20\(eng\).pdf](http://www.unodc.org/pdf/brazil/Final%20CCA%20Brazil%20(eng).pdf)).

⁸ Comunicación núm. 2/2003, *A. T. c. Hungría*, dictamen aprobado el 26 de enero de 2005, párr. 8.4.

mujeres en situación socioeconómica precaria y de ascendencia africana, no reciben prioridad en el sistema judicial⁹. Además, el Estado parte no aclara por qué el nombramiento de un experto médico habría de hacer que el caso sea extremadamente complejo. La familia no actuó para demorar las actuaciones judiciales prolongadas y la conducta de las autoridades estatales y judiciales ha sido la razón principal de la prolongación injustificada de la causa. En primer lugar, el tribunal nacional tardó casi cuatro años en nombrar a un experto médico definitivo, a pesar de que el reglamento del tribunal requiere que ese nombramiento se realice en un período de 10 días. En segundo lugar, ha pasado ya más de un año desde que el experto terminó su labor y ambas partes hicieron sus declaraciones, y el Brasil no ha cumplido su propio plazo para emitir un dictamen sobre el fondo. En tercer lugar el Brasil no se ha ocupado de las demoras judiciales importantes en el uso, por la familia, de la reparación provisional que ofrece la *tutela antecipada*.

5.4 La autora declara que la demora injustificada ha agravado los ya devastadores efectos de la muerte para la familia. Desde la presentación de la comunicación al Comité en 2007, la situación económica de la familia, que ya era precaria, ha empeorado. La autora, que cuida a la familia y es la única fuente de ingresos, se vio obligada a dejar su trabajo de ama de llaves debido a problemas de salud. No recibe beneficios de desempleo. La familia, de cinco integrantes se ve obligada a subsistir con el poco dinero que les aporta el bisabuelo de A. S. P. A pesar del trauma psicológico que le produjo la pérdida de su madre a la edad de 5 años, A. S. P. no ha recibido el tratamiento médico y psicológico que necesita por motivos económicos. Ha desarrollado una discapacidad del habla y tiene dificultades en la escuela. La autora sostiene que la actual situación trágica de la vida de A. S. P. constituye una violación permanente de las obligaciones del Brasil en virtud de la Convención así como de su propio sistema judicial y de la Convención sobre los Derechos del Niño.

5.5 Aparte del marco de admisibilidad, la autora sostiene que el Estado parte no trata el problema de las demoras sistémicas de su sistema judicial, que violan el derecho a la protección efectiva consagrado en el artículo 2 c) de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. El Estado parte no ha proporcionado recursos judiciales adecuados a las mujeres pertenecientes a grupos vulnerables¹⁰, como la Sra. da Silva Pimentel Teixeira y su familia. Las demoras judiciales son más graves para algunos de los sectores más vulnerables de la población; las mujeres de los sectores socioeconómicos más bajos y las mujeres de ascendencia africana experimentan numerosas dificultades “para utilizar los recursos judiciales para obtener reparación por los actos de violencia y discriminación cometidos contra ellas”¹¹. Respecto de la hija de la víctima, esas demoras le han vuelto la vida aún más precaria. Los niños que han perdido a sus madres están expuestos a un riesgo mayor de muerte, son menos propensos a asistir a la escuela y pueden recibir menos atención de la salud durante su vida. Por esta razón, los niños como A. S. P. tienen derecho a medidas especiales de protección en virtud del derecho interno del Brasil¹². En cambio, la persistente inacción de los tribunales nacionales pone en peligro los derechos de A. S. P. y la expone al riesgo de sufrir un daño irreparable.

⁹ Véase Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Access to Justice for Women Victims of Violence in the Americas*, párrs. 208, 212, 213, 215 y 216 (2007).

¹⁰ Véase *Access to Justice for Women Victims of Violence in the Americas*, párrs. 88 y 89.

¹¹ *Ibid.*, párr. 213.

¹² *Estatuto da Criança e do Adolescente*, arts. 4, 11 y 53.

5.6 Con respecto a las obligaciones del Estado parte en virtud de la Convención, la autora sostiene que la aplicación del derecho a la salud entraña ciertas obligaciones de efecto inmediato, incluida la eliminación de la discriminación y la adopción de medidas para la plena realización del derecho. Por lo tanto, el requisito de que los servicios de salud estén disponibles de manera no discriminatoria constituye una obligación de efecto inmediato. El derecho a la salud entraña obligaciones jurídicas específicas para los Estados partes, que deben respetar, proteger y hacer cumplir el derecho. La simple adopción de una estrategia nacional de salud no basta para considerar que el Estado parte ha cumplido sus obligaciones. La estrategia debe también ser aplicada y revisada periódicamente, sobre la base de un proceso participativo y transparente¹³. La autora hace referencia a las observaciones finales del Comité, en las que éste aclaró que el cumplimiento por el Brasil en cuanto a las políticas nacionales de salud sigue siendo insuficiente para la plena aplicación de la Convención en materia de salud materna. El Comité señaló, en particular, que el Brasil tenía dificultades para aplicar de manera coherente las disposiciones de la Convención en todos los niveles de la República Federativa, a raíz de los diferentes grados de voluntad política y compromiso de las autoridades estatales y municipales. La necesidad de evaluar los efectos de las políticas mediante indicadores y referencias había sido examinada por el Comité con referencia al Brasil, pero este país no había realizado ningún esfuerzo para efectuar un seguimiento basado en los resultados¹⁴.

5.7 La distinción entre obligaciones de conducta y obligaciones de resultado es esencial para comprender el derecho a la salud. Cuando los Estados actúan para poner en práctica este derecho, no sólo deben crear políticas diseñadas para que se lo pueda ejercer (una obligación de conducta), sino que también deben asegurar que esas políticas permitan realmente alcanzar los resultados deseados (una obligación de resultado).

5.8 La autora sostiene que los programas del Estado parte no han demostrado la adopción de medidas concretas ni la obtención de resultados conforme a lo requerido por la Convención. Si bien el Pacto Nacional para reducir la muerte materna y neonatal establece objetivos encomiables para la reducción de la mortalidad materna, los altos niveles de este tipo de mortalidad no han cambiado significativamente. Esto se debe por lo menos a tres factores. En primer lugar, hay diversos problemas de coordinación. En segundo lugar, las políticas de salud del Brasil deben estar respaldadas por una financiación adecuada que debe asignarse de manera equitativa: aunque el 10% de los gastos gubernamentales se dedica a la salud, los gastos en salud materna son mínimos en comparación con otros programas. El Brasil gastó solamente 96 dólares por habitante en salud en 2003, una cifra desalentadoramente baja. En tercer lugar, las políticas no están vinculadas al logro de resultados medibles a través de indicadores y puntos de referencia de salud. Por ejemplo, la financiación del sistema de salud no está vinculada a los resultados, los cuales, a su vez, no son objeto de una evaluación suficiente.

5.9 La autora pone en tela de juicio el razonamiento del Estado parte de que la comunicación no establece ningún vínculo único entre el género de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira y los posibles errores médicos cometidos y, por lo tanto, no está

¹³ A este respecto, la autora hace referencia a la observación general num. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

¹⁴ Véase CESAW/C/BRA/CO/6.

comprendida en la definición de discriminación de la Convención. La autora sostiene que ese razonamiento ignora la definición de discriminación descrita en la Convención y en otros tratados internacionales de derechos humanos. La discriminación incluye las acciones del Estado que tienen el efecto de crear un obstáculo al disfrute de los derechos humanos, incluido el derecho al nivel más alto posible de salud. En virtud del artículo 1 de la Convención, la discriminación contra la mujer se define como “toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer ... de los derechos humanos”. El artículo 2, párrafo d), de la Convención dispone que los Estados deben “abstenerse de incurrir en todo acto o práctica de discriminación contra la mujer y velar por que las autoridades e instituciones públicas actúen de conformidad con esta obligación”. A fin de asegurar la realización del derecho a la salud, los Estados deben proporcionar acceso a servicios de salud materna de manera no discriminatoria. Este requisito no es de forma, sino que dispone que los Estados tomarán en consideración “las características y los factores particulares que son diferentes para las mujeres en comparación con los hombres”, incluidos los factores biológicos relacionados con la salud reproductiva¹⁵. La denegación o la falta de atención a las intervenciones de atención de la salud que sólo las mujeres necesitan es una forma de discriminación contra la mujer.

5.10 La sumamente negligente atención de la salud de la víctima constituye una forma *de facto* de discriminación según la Convención. El Estado parte ha reconocido que la condición de embarazada de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira debió haber asegurado su acceso en forma expedita a un tratamiento médico cualitativamente mejor, pero considera que los errores en la atención de su salud materna casi no guardan relación alguna con la discriminación. La incapacidad para proporcionar servicios de salud materna adecuados a la población femenina de Belford Roxo constituye una violación del derecho a la no discriminación. El hecho de que la población de la ciudad es en su mayor parte de ascendencia africana agrava esta violación.

5.11 La definición de discriminación del Estado parte es demasiado estrecha porque no reconoce la distinción entre la discriminación de hecho y de derecho. El Comité ha tratado este problema en sus observaciones finales con respecto al Brasil.

5.12 Con respecto a la responsabilidad del Estado parte en el plano internacional, la autora se refiere al artículo 2 e) de la Convención, según el cual los Estados partes deben “tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer practicada por cualesquiera personas, organizaciones o empresas”. Esta obligación fue explicada con más detalle por el Comité en su recomendación general núm. 24 (1999) sobre el artículo 12 de la Convención (la mujer y la salud) que, en el párrafo 15, dispone que los Estados partes “adopten medidas para impedir la violación de sus derechos por parte de los particulares y organizaciones e imponga sanciones a quienes cometan esas violaciones”. El Estado parte ha reconocido que los Estados partes no pueden eximirse de su responsabilidad en esos ámbitos mediante una delegación o transferencia de esas facultades a organismos del sector privado. La jurisprudencia del Comité para la Eliminación de la Discriminación

¹⁵ Véanse las recomendaciones generales del Comité núm. 24, párrs. 11 y 12, y núm. 25 (2004) sobre el párrafo 1 del artículo 4 de la Convención (medidas especiales de carácter temporal), párr. 8.

contra la Mujer y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos establece la responsabilidad del Estado por la negligencia médica cometida en instituciones de salud privadas. Significativamente, en el caso *Ximenes Lopes c. Brasil*, la Corte Interamericana de Derechos Humanos señaló que el solicitante había recibido atención psiquiátrica de “un hospital privado de salud” bajo la “dirección del Sistema Único de Salud del Gobierno Federativo”, aunque el Brasil no había impugnado la responsabilidad por este motivo¹⁶. En la decisión definitiva de la Corte Interamericana esta distinción entre público y privado ya no fue una cuestión central; la responsabilidad del Brasil por las violaciones de los derechos humanos en instalaciones de salud privadas con licencia pública se dio por sentada¹⁷. Además, en *A. S. c. Hungría*, el Comité declaró que Hungría debía supervisar a las instituciones tanto públicas como privadas en cuanto a las violaciones de los derechos humanos en virtud de la Convención¹⁸.

5.13 La autora pone en tela de juicio la evaluación del Estado parte de que la muerte de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira no fue de naturaleza materna, sino que resultó de una denominada “hemorragia digestiva”. La autora subraya que el Estado parte se basó en un informe no disponible del Comité Estatal sobre Mortalidad Materna para llegar a esa conclusión y que la clasificación de la muerte como no materna ignora pruebas médicas claras en contrario. Las pruebas médicas demuestran que la muerte fue el resultado de causas directamente relacionadas con el embarazo y que eran prevenibles.

5.14 La OMS define la muerte materna como “el fallecimiento de una mujer mientras esté embarazada o dentro de un período de 42 días contado desde la terminación del embarazo, independientemente de la duración o el sitio del embarazo, por alguna causa relacionada con el embarazo o agravada por ese estado o su atención, pero no por otra causa accidental u ocasional”¹⁹. La autora señala que el Brasil ha declarado oficialmente que utiliza esas clasificaciones oficiales de la OMS en relación con la muerte materna²⁰, pero que las ha aplicado al caso de manera no apropiada.

5.15 Tras la visita inicial de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira al centro de salud el 11 de noviembre de 2002, los profesionales médicos debieron haber diagnosticado y tratado la muerte fetal intrauterina, teniendo en cuenta sus síntomas urgentes. Sin embargo, la muerte fetal intrauterina no se diagnosticó hasta el 13 de noviembre de 2002, y en ese momento los médicos que la trataban debieron haber inducido el parto inmediatamente. Tras el parto, mucho más tarde ese día, del feto muerto, los síntomas de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira empeoraron. A pesar de que esos síntomas debieron ser tratados inmediatamente, solo recibió el raspado para extraer los restos de la placenta el día siguiente. Pese a la evidente necesidad de un tratamiento inmediato y al continuo empeoramiento de su condición, solo fue trasladada al hospital general 49 horas después del parto. Su expediente médico no fue transferido

¹⁶ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Damião Ximenes Lopes c. Brasil*, petición 12.237, informe núm. 38/02, párr. 19.

¹⁷ *Ximenes Lopes c. Brasil*, Corte Interamericana de Derechos Humanos, serie C, núm. 149 (4 de julio de 2006).

¹⁸ Comunicación núm. 4/2004, *A. S. c. Hungría*, dictamen aprobado el 14 de agosto de 2006, párr. 11.5.

¹⁹ OMS, *Maternal Mortality in 2005: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank*, pág. 4.

²⁰ Ministério da Saúde, *Manual dos Comites de Mortalidade Materna* (3ª ed. 2007), pág. 12.

al trasladarla y el personal del hospital general no tuvo conocimiento de que había estado embarazada en fecha reciente. No transferir su expediente médico y no informar al personal médico de que había estado embarazada constituyen una negligencia grave. Todos estos acontecimientos demuestran claramente que la muerte de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira fue resultado de una serie de intervenciones médicas negligentes tras la muerte fetal intrauterina. Por consiguiente, su muerte fue causada por complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo y debe ser categorizada como una muerte obstétrica directa.

5.16 La autora sostiene que la clasificación de la muerte de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira como no materna es un ejemplo de la clasificación errónea y la falta de información suficiente sobre las muertes maternas en el Estado parte. En ese Estado hay problemas permanentes con respecto a los certificados oficiales de fallecimiento diseñados para documentar muertes maternas. La información incluida en los certificados de defunción tiende a ser de baja calidad o simplemente es incorrecta. Hay dos problemas de información específicos relacionados con los certificados de defunción, y ambos probablemente sean factores que hayan llevado a la clasificación errónea de la muerte de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira como no materna por el Brasil. En primer lugar, los médicos normalmente no registran en el certificado de defunción el hecho de que la paciente estaba embarazada o había parido en fecha reciente, lo cual da lugar a una clasificación errónea de muchas muertes como no maternas. En el caso de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira, no hay ninguna mención del embarazo en su certificado oficial de defunción. En segundo lugar, los médicos del Brasil con frecuencia no relacionan la causa inmediata o final de la muerte con el embarazo de la paciente, lo cual da lugar a que muchas muertes se clasifiquen como no maternas. El Ministerio de Salud ha reconocido lo difícil que resulta vigilar la mortalidad materna cuando los médicos no establecen una relación entre la muerte y el embarazo de la paciente. Los médicos suelen declarar que la causa de la muerte ha sido una “complicación fatal”, o utilizan otros términos médicos, como “hemorragia”, que no están específicamente vinculados al embarazo. El embarazo de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira no se menciona explícitamente en su certificado de defunción, y la frase “hemorragia digestiva” no vincula su embarazo a la muerte. De hecho, esta declaración sobre la causa de la defunción es incompleta e insuficiente según las normas médicas tanto internacionales como del Brasil. El proceso de la autopsia no se ajustó a las normas médicas básicas en cuanto a minuciosidad y determinación de la causa de la muerte. Esta descripción breve de la causa de la muerte se asemeja mucho a otros problemas de información comunes en el Brasil, lo que plantea dudas sobre su fiabilidad. Además, la información es insuficiente para poder estudiar posteriormente estos documentos oficiales de forma que aclaren la naturaleza de la muerte de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira.

5.17 Por último, la autora sostiene que aunque la mayoría de los estados del Brasil tienen comités de mortalidad materna, que están concebidos para investigar muertes maternas sospechosas en los planos estatal y local, no hay un comité de ese tipo en la ciudad de Belford Roxo, donde vivía la Sra. da Silva Pimentel Teixeira. Su muerte 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. Además, el hecho de que el Estado parte se basara en la decisión del Comité de Mortalidad plantea dudas, porque el Estado se ha negado a someter su decisión al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.

Deliberaciones del Comité

Examen de la admisibilidad

6.1 De conformidad con el artículo 64 de su reglamento, el Comité debe decidir si la comunicación es admisible o inadmisibles en virtud del Protocolo Facultativo de la Convención. De conformidad con el párrafo 4 del artículo 72 de su reglamento, deberá hacerlo antes de considerar el fondo de la comunicación.

6.2 Tomando nota del argumento del Estado parte de que la denuncia civil de la familia de la difunta aún estaba pendiente y que se esperaba una sentencia en julio de 2008, el Comité considera que el Estado no ha proporcionado explicaciones adecuadas y convincentes sobre algunas de las cuestiones planteadas por la autora, entre ellas la demora en el nombramiento de un experto médico y la demora en el juicio y las sentencias, que aún siguen pendientes. El Comité observa también la falta de una explicación amplia de las razones por las que las dos solicitudes de *tutela anticipada* presentadas el 11 de febrero de 2003 y el 16 de septiembre de 2003 fueron rechazadas. En opinión del Comité, las demoras mencionadas no pueden atribuirse a la complejidad del caso o al número de acusados y concluye que la demora de ocho años desde que se planteó la reclamación, a pesar de que el Estado parte había declarado que se adoptaría una decisión al respecto en julio de 2008, constituye una demora injustificadamente prolongada, en el sentido del artículo 4, párrafo 1, del Protocolo Facultativo.

6.3 El Comité considera que las alegaciones de la autora en relación con las violaciones de los artículos 2 y 12 de la Convención han sido suficientemente demostradas a los fines de la admisibilidad. Habiéndose cumplido todos los otros criterios de admisibilidad, el Comité declara que la comunicación es admisible y procederá a su examen del fondo de la cuestión.

Examen del fondo

7.1 El Comité ha considerado la presente comunicación a la luz de toda la información puesta a su disposición por la autora y por el Estado parte, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 7 del Protocolo Facultativo.

7.2 La autora sostiene que la muerte de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira constituye una violación de su derecho a la vida y a la salud, con arreglo a los artículos 2 y 12, en conjunción con el artículo 1, de la Convención, ya que el Estado parte no garantizó un tratamiento médico apropiado en relación con el embarazo y no proporcionó una atención obstétrica de emergencia en el momento oportuno, infringiendo así el derecho a la no discriminación basada en el género, la raza o la condición socioeconómica. Para considerar esas alegaciones, el Comité debe determinar primero si la muerte fue "materna". Luego debe considerar si en este caso se han cumplido las obligaciones con arreglo al párrafo 2 del artículo 12 de la Convención, según el cual los Estados partes deben asegurar a las mujeres servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto. Sólo tras estas consideraciones examinará el Comité las otras supuestas violaciones de la Convención.

7.3 Aunque el Estado parte sostiene que la muerte de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira no fue una muerte materna y que la probable causa de su muerte fue una hemorragia digestiva, el Comité observa que la secuencia de los hechos descritos

por la autora, y no impugnados por el Estado parte, así como la opinión de un experto proporcionado por la autora, indican que su muerte estuvo por cierto vinculada a complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo. Sus quejas de náuseas graves y dolores abdominales durante el sexto mes de su embarazo fueron ignoradas por el centro de salud, que no realizó los exámenes de sangre y orina urgentes que se requerían para determinar si el feto había muerto. Los exámenes se realizaron dos días más tarde, lo cual dio lugar al deterioro de su condición. El Comité recuerda su recomendación general núm. 24, en la que declaró que los Estados partes tenían el deber de asegurar el derecho de las mujeres a una maternidad segura y a servicios obstétricos de emergencia, y de asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles²¹. En la recomendación también se señala que las medidas para eliminar la discriminación contra la mujer se consideran inapropiadas en un sistema de atención de la salud que carece de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de las mujeres²². A la luz de esas observaciones, el Comité rechaza también el argumento del Estado parte de que la comunicación no contiene un vínculo causal entre el género de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira y los posibles errores médicos cometidos, y considera que la reclamación se refiere a una falta de acceso a atención médica relacionada con el embarazo. El Comité, por lo tanto, dictamina que la muerte de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira debe considerarse como una muerte materna.

7.4 El Comité toma nota también de la alegación de la autora relativa a la baja calidad de los servicios de salud prestados a su hija, lo que no solo incluyó el hecho de que no se le hiciera un examen de sangre y de orina, sino también el hecho de que el raspado se realizara 14 horas después del parto inducido a fin de eliminar 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. La cirugía se realizó en el centro de salud, que no contaba con equipo adecuado, y su transferencia al hospital municipal tomó ocho horas, ya que el hospital se negó a facilitar su única ambulancia para transportarla y su familia no pudo conseguir una ambulancia privada. Observa también que su traslado al hospital municipal se realizó sin su expediente médico y sin información sobre sus antecedentes médicos, debido a lo cual fue colocada, sin ser atendida, en un lugar provisional del pasillo del hospital durante 21 horas, hasta su muerte. El Estado parte no niega el carácter inapropiado de los servicios ni impugna ninguno de estos hechos. En cambio, admite que la condición vulnerable de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira requería tratamiento médico individualizado, que no se le prestó debido a una posible falla en la asistencia médica prestada por una institución de salud privada, causada por negligencia profesional, una infraestructura inadecuada y la falta de preparación profesional. El Comité, por lo tanto, concluye que no se dio a la Sra. da Silva Pimentel Teixeira un acceso a servicios apropiados en relación con su embarazo.

7.5 El Estado parte sostiene que el carácter inapropiado de los servicios no le es imputable, sino que la responsabilidad corresponde a la institución privada de atención de la salud. Dice que las alegaciones revelan un cierto número de prácticas médicas deficientes atribuibles a una institución privada que dieron lugar a la muerte de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira. Reconoce deficiencias en el sistema utilizado para contratar servicios de salud privados y, por extensión, en su

²¹ Párr. 27.

²² Párr. 11.

inspección y control. El Comité, por lo tanto, observa que el Estado es directamente responsable de las actividades de las instituciones privadas cuando subcontrata sus servicios médicos y que, además, el Estado siempre mantiene el deber de reglamentar y vigilar a las instituciones privadas de atención de la salud. En consonancia con el artículo 2 e) de la Convención, el Estado parte tiene una obligación de diligencia debida en cuanto a tomar medidas para garantizar que las actividades de los agentes privados respecto de las políticas y prácticas de la salud sean apropiadas. En este caso particular, la responsabilidad del Estado parte está firmemente consagrada en la Constitución del Brasil (artículos 196 a 200) que afirma el derecho a la salud como un derecho humano general. Por lo tanto, el Comité concluye que el Estado parte no ha cumplido sus obligaciones en virtud del párrafo 2 del artículo 12 de la Convención.

7.6 El Comité observa que la autora alega que la falta de acceso a atención médica de calidad durante el parto es un problema sistémico en el Brasil, especialmente en lo que respecta a la forma en que se administran los recursos humanos en el sistema sanitario del Brasil. El Comité también toma nota del argumento del Estado parte de que la atención médica específica no se denegó debido a una falta de políticas y medidas públicas en el Estado parte, pues existen diversas políticas que tratan de las necesidades específicas de las mujeres. El Comité hace referencia a su recomendación general núm. 28 (2010) sobre las obligaciones básicas de los Estados partes en virtud del artículo 2 de la Convención y observa que las políticas del Estado parte deben estar orientadas hacia la adopción de medidas y la obtención de resultados, y contar con financiación adecuada²³. Además, la política debe garantizar que haya órganos eficaces y específicos dentro del poder ejecutivo que se encarguen de aplicar esas políticas. La falta de servicios de salud materna apropiados en el Estado parte, que claramente no satisfacen las necesidades de salud y los intereses específicos y diferentes de las mujeres, no solo constituye una violación del artículo 12, párrafo 2, de la Convención, sino que también discrimina contra la mujer con arreglo al artículo 12, párrafo 1, y al artículo 2 de la Convención. Además, la falta de servicios de salud materna apropiados tiene efectos diferenciales sobre el derecho de la mujer a la vida.

7.7 El Comité toma nota del argumento de la autora de que la Sra. da Silva Pimentel Teixeira fue objeto de doble discriminación, por ser una mujer de ascendencia africana y sobre la base de su condición socioeconómica. A este respecto, el Comité recuerda sus observaciones finales sobre el Brasil, aprobadas el 15 de agosto de 2007, en que se señaló la existencia de la discriminación de hecho contra las mujeres, especialmente contra las mujeres de los sectores más vulnerables de la sociedad, como las mujeres de ascendencia africana. También señaló que esa discriminación se veía exacerbada por las disparidades regionales, económicas y sociales. El Comité también recuerda su recomendación general núm. 28 (2010) sobre las obligaciones básicas de los Estados partes en virtud del artículo 2 de la Convención, en que reconoce que la discriminación contra la mujer basada en el sexo y el género está indisolublemente vinculada a otros factores que afectan a la mujer, como la raza, el origen étnico, la religión o las creencias, la salud, la condición jurídica y social, la edad, la clase, la casta y la orientación sexual y la identidad de género. El Comité observa que el Estado parte no descarta que la discriminación pueda haber contribuido, en cierta medida pero no decisivamente a

²³ Párr. 28.

la muerte de la hija de la autora. El Estado parte también reconoce que la convergencia o asociación de los diferentes elementos descritos por la autora pueden haber contribuido a que no se prestara a su hija la atención de emergencia necesaria, lo cual ocasionó su muerte. En estas circunstancias, el Comité concluye que la Sra. da Silva Pimentel Teixeira fue objeto de discriminación, no solo por ser mujer, sino también por ser de ascendencia africana y por su condición socioeconómica.

7.8 Con respecto a las afirmaciones de la autora en virtud del artículo 12 y el artículo 2 c) de la Convención de que el Estado parte no puso en práctica un sistema que garantizara una protección judicial efectiva y proporcionara recursos judiciales adecuados, el Comité observa que no se han iniciado acciones para establecer la responsabilidad de los encargados de prestar asistencia médica a la Sra. da Silva Pimentel Teixeira. Además, las actuaciones civiles, que la familia de la difunta inició en febrero de 2003, todavía están pendientes, pese a la afirmación del Estado parte de que el juicio se resolvería en julio de 2008 y que dos peticiones de *tutela antecipada*, un mecanismo judicial que podría haberse utilizado para evitar demoras injustificadas en la decisión judicial, fueron denegadas. En tales circunstancias, el Comité considera que el Estado parte no cumplió su obligación de garantizar la protección y una acción judicial efectiva.

7.9 El Comité reconoce el daño moral causado a la autora por la muerte de su hija, así como el daño moral y material sufrido por la hija de la difunta, que ha sido abandonada por su padre y vive con la autora en condiciones precarias.

Recomendaciones

8. De conformidad con el artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, y a la luz de todas las consideraciones hechas más arriba, el Comité dictamina que el Estado parte violó sus obligaciones en virtud del artículo 12 (en relación con el acceso a la salud), el artículo 2 c) (en relación con el acceso a la justicia) y el artículo 2 e) (en relación con la obligación del Estado parte de la debida diligencia para reglamentar las actividades de los proveedores de servicios privados de salud), en conjunción con el artículo 1, de la Convención, considerados conjuntamente con las recomendaciones generales núms. 24 y 28, y hace las siguientes recomendaciones al Estado parte:

1. En relación con la autora y familia de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira:

Proporcionar una reparación apropiada, incluida una indemnización financiera adecuada, a la autora y a la hija de la Sra. da Silva Pimentel Teixeira que se ajuste a la gravedad de las violaciones cometidas contra ella;

2. En general:

a) 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 núm. 24 (1999) sobre la mujer y la salud;

b) 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;

c) 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;

d) 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;

e) Asegurar la imposición de sanciones adecuadas a los profesionales de la salud que violan los derechos de salud reproductiva de la mujer; y

f) 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 para el Brasil, aprobadas el 15 de agosto de 2007 (CEDAW/C/BRA/CO/6).

9. De conformidad con el artículo 7, párrafo 4, del Protocolo Facultativo, el Estado parte debe prestar la debida consideración a los dictámenes del Comité, junto con sus recomendaciones, y presentar al Comité, en un plazo de seis meses, una respuesta por escrito, incluida toda la información relativa a las medidas adoptadas a la luz de los dictámenes y recomendaciones del Comité. Se pide también al Estado parte que publique los dictámenes y recomendaciones del Comité y que los haga traducir al idioma portugués y a otros idiomas regionales reconocidos, según corresponda, y los distribuya ampliamente a fin de llegar a todos los sectores pertinentes de la sociedad.
