



Monitoreo de la CEDAW - Acción Permanente del Movimiento de Mujeres/ Brasil

2013/2014

Informe del movimiento de mujeres al Proceso de Seguimiento del Séptimo Informe Periódico de Brasil (CEDAW/C/BRA/7 - 51º período de sesiones) para examen en el 57º período de sesiones del Comité Cedaw (10 Feb 2014 - 28 Feb 2014)

Elaborado por el Consorcio de Redes y Organizaciones - Acción Permanente Cedaw/ Brasil

- **Coletivo Feminino Plural**
- **Red Nacional Feminista de Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos**
- **Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer - CLADEM/Brasil**
- **Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Mulher e Gênero (NIEM/UFRGS)**
- Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras
- Associação Casa da Mulher Catarina
- Comissão de Cidadania e Reprodução
- ECOS – Comunicação em Sexualidade
- Gestos – Soropositividade, Comunicação e Gênero
- Instituto Brasileiro de Inovações pró-Sociedade Saudável/CO
- Instituto Mulher pela Ação Integral à Saúde e Direitos Humanos (IMAIIS)
- Plataforma DHESCA Brasil
- THEMIS Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero

Porto Alegre, Brasil, Diciembre 2013



Introducción

El presente Informe Alternativo es una contribución al Comité de la CEDAW, para el examen de seguimiento del Informe del Gobierno brasileño, en su 57^a Sesión, que se celebrará en Ginebra en febrero de 2014. El documento ha sido elaborado por un consorcio de trece redes y organizaciones de mujeres y feministas que actúan por la implementación de la Convención en Brasil, en el marco del proyecto "Monitoreo de la CEDAW - Acción Permanente del Movimiento de Mujeres" (2013/2014).

Hacen parte del Consorcio: Coletivo Feminino Plural; Red Nacional Feminista de Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos; Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM/Brasil); y Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Mulher e Gênero (NIEM/UFRGS) - como coordinadoras del Consorcio. También participan: Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras; Associação Casa da Mulher Catarina; Comissão de Cidadania e Reprodução; ECOS – Comunicação em Sexualidade; Gestos – Soropositividade, Comunicação e Gênero; Instituto Brasileiro de Inovações pró-Sociedade Saudável/CO; Instituto Mulher pela Ação Integral à Saúde e Direitos Humanos (IMAIS); Plataforma DHESCA Brasil; y THEMIS Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero.

El Consorcio opera de forma independiente, con recursos de proyecto de amplia competencia con financiamiento gubernamental (Secretaría de Políticas para las Mujeres), y responde al seguimiento del Comité CEDAW relativo a las Observaciones Finales de números 21 y 29: 1) Trata y explotación de la prostitución; y 2) Salud. Para ello, se ha desarrollado un método de trabajo que incluyó acciones de movilización y participación; construcción de indicadores y de sistemas de recolección de datos; capacitaciones; comunicación pública; difusión de la Cedaw y preparación del informe.

El informe se ha basado en información recolectada en bases de datos oficiales y complementarios, así como obtenidas directamente con gestores, en publicaciones de organizaciones de la sociedad civil y de universidades, y en materias periodísticas las cuales apoyan y ratifican, a través de hechos, las declaraciones aquí contenidas. Un proceso participativo ha inducido el envío de información por parte del movimiento de mujeres.

Contextualización

Mientras se producía el presente Informe (2013), se observó el empeoramiento de un cuadro inquietante en Brasil relativo a la aseguración de los derechos humanos de las mujeres, especialmente por la actuación de grupos conservadores en el Congreso. El retroceso en los debates del aborto es recurrente ahí, y se refleja en los intentos de creación de una Comisión Parlamentaria para investigar la actuación de organizaciones feministas por la legalización del aborto. En el contexto de reforma del Código Penal, la propuesta para despenalizar el aborto hasta 12 semanas de gestación fue rechazada por el senador relator del proyecto de ley, manteniéndose, así, los procesos contra mujeres que abortan. Además, un proyecto de ley



para institución del Estatuto del no Nascido tramita por comisiones de la Cámara de Diputados y aguarda votación en plenaria. En cambio, la Suprema Corte de la Nación añadió el aborto de fetos anencéfalos entre las exenciones de punición.

Sobre la violencia, la Comisión Parlamentaria de Investigación sobre Violencia contra las Mujeres juzgó insuficientes los esfuerzos gubernamentales para prevenir asesinatos de mujeres por sus parejas y subrayó la omisión del Poder Judicial en la implementación de la Ley Maria da Penha. La ley sobre violencia sexual, aprobada en Julio de 2013 por la presidenta de la república, ha sufrido presiones contrarias de sectores religiosos.

El avance de la epidemia del SIDA entre las mujeres y la persistencia de niveles elevados de mortalidad materna denotan el abandono de la perspectiva de atención integral a la salud de las mujeres, y impactan más fuertemente a las mujeres afrodescendientes, indígenas, fronterizas y las más pobres en general.

Las agendas para la erradicación de la Trata de Mujeres y Niñas y la Explotación Sexual de Niñas todavía no se convirtieron en una política de Estado que requiera compromiso de gestores públicos, capacitación de los profesionales de las políticas públicas, sensibilización y información a toda la sociedad brasileña. Sin medidas planeadas a largo plazo, financiadas, monitoreadas y evaluadas, las mujeres y niñas brasileñas seguirán sin tener garantizados sus derechos humanos. En vísperas de la Copa Mundial de Fútbol (2014), es preocupante el agravamiento de la violencia e de la explotación sexual de niñas, adolescentes y mujeres jóvenes.

El hecho de Brasil no haber firmado importantes documentos internacionales, la perpetuación de legislación discriminatoria y la inexistencia de leyes específicas sobre salud y la trata, temas de este informe, hacen persistir la preocupación y la alerta ante los déficits en los derechos humanos de las mujeres y niñas.



INFORME

Recomendación 21 (Trata y explotación de la prostitución)

1. Brasil ratificó en 2005 el Protocolo de Palermo y, desde 2006, tiene una política de combate a la trata de personas aprobada por Decreto del Poder Ejecutivo. Sin embargo, esta no constituye una política de Estado, pues el Decreto puede ser derogado. Tampoco compromete los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, o los estados y municipios cuya participación depende de adhesión voluntaria. Esa situación está en desacuerdo con las observaciones del Comité CEDAW/C/BRA/CO/7, párrafo 21, incisos b, c.
2. El tema de la trata de personas viene alcanzando mayor visibilidad en la sociedad y en las acciones del gobierno federal. No obstante, esas acciones son todavía puntuales y, en general, ocurren por proyectos de corto plazo. La política gubernamental prevé tres dispositivos así distribuidos, en 2013, en 17 de los 27 estados: 16 **núcleos**, 6 **comités** y 11 **puestos de avanzada**.¹
3. Obtener información oficial sobre la trata de personas en Brasil es todavía un reto. Dos documentos² divulgados en 2013 no reflejan de modo adecuado la realidad de la trata de mujeres y niñas. Los datos de Notificación Obligatoria de lo Sistema Único de Salud (SUS) presentados en los dos documentos son incoherentes, pues no han sido monitoreados. Una encuesta sobre las 15 notificaciones en el estado de Mato Grosso do Sul indica que estas no se referían propiamente a la trata de personas, mientras casos registrados en otras fuentes no han sido considerados.³
4. Datos oficiales de la red de protección de los derechos de los niños y adolescentes, en particular de los consejos tutelares y del Sistema Único de Asistencia Social (SUAS), todavía no están disponibles para consulta. Esta coyuntura sugiere la falta de sistematización de la información o de compromiso con la problemática.
5. Los documentos sobre erradicación del trabajo esclavo reflejan una priorización de los hombres en detrimento de las distintas inserciones de las mujeres en el mundo laboral.⁴ Las especificidades de las mujeres tampoco están consideradas en el proyecto de enmienda constitucional - PEC57-a, llamada PEC del Trabajo Esclavo, que tramita en el Senado Federal.⁵
6. En Brasil están disponibles diversos sistemas de llamada gratuita para denuncias y orientación. Los datos de operación de la línea 180⁶, 100⁷ y 190⁸ todavía no reflejan la realidad

¹ Información disponible en: <http://portal.mj.gov.br/traficodepessoas/data/Pages/MJ16B51547PTBRNN.htm>

² Relatório Nacional sobre Tráfico de Pessoas: consolidação de dados de 2005 a 2011; Diagnóstico sobre tráfico de pessoas nas áreas de fronteira. Los dos han sido publicados en 2013. Disponible en: <http://portal.mj.gov.br/traficodepessoas>

³ Encuesta realizada por el Consorcio de Monitoreo de la CEDAW.

⁴ Atlas do Trabalho Escravo no Brasil. Producido a partir de datos del Ministerio del Trabajo y Empleo. Disponible en: <http://amazonia.org.br/wp-content/uploads/2012/05/Atlas-do-Trabalho-Escravo.pdf>

⁵ Disponible en: http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=105791

⁶ Esta línea es dedicada a los derechos de las mujeres y se está expandiendo hacia otros países.



de la trata de personas (Línea 180: 111 denuncias durante 2010-2011; Línea 100: 35 denuncias). Según la Secretaria de Políticas para Mujeres del Gobierno Federal, en 2013, hubo un aumento en el número de denuncias: entre Enero y Junio/2013, la línea 180 recibió 263 denuncias de trata de mujeres, 173 de las cuales son casos internacionales y 90 nacionales. No se dispone de información sobre seguimiento y confirmación de los casos con su posterior divulgación.

7. Aunque sean muy diversos los fines que originan la trata de personas en Brasil, los debates y acciones públicas están centrados principalmente en la que tiene por finalidad el mercado sexual. Sin embargo, el corriente debate legislativo considera la trata interna y la trata internacional de personas con fines que van más allá de la explotación sexual, como muestran los resultados de las Comisiones Parlamentarias de Investigación⁹.

8. El proyecto de ley 479/2012¹⁰, aunque considere una lista más amplia de fines para la trata de personas, todavía no abarca una política integral de combate, pues no involucra todos los poderes constituidos ni los distintos niveles de gobierno conforme planteado en el Protocolo de Palermo¹¹. Tampoco está previsto que los financiadores y los empresarios de grandes proyectos y eventos, como el Banco Nacional de Desarrollo Económico y Social (BNDES), deban incluir en sus acciones el concepto de **responsabilidad ampliada** sobre los impactos sociales del emprendimiento.¹²

9. Brasil no ha ratificado la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (CEDAW/C/BRA/CO/7, par.39).

10. El modelo de desarrollo adoptado por Brasil está basado en parte en la construcción de grandes obras de infraestructura, sean estas destinadas a políticas públicas o a emprendimientos privados o público-privados. La relación trabajo-migración es inherente a la consecución de estos proyectos, dadas la falta de mano de obra en las localidades donde ocurren y la «urgencia» de su ejecución. No se hacen estudios previos sobre los impactos de las grandes obras, ni tampoco se crean medidas para eliminar los riesgos de la trata de personas.

11. La mano de obra formal en construcción civil es mayoritariamente masculina, incluso para la Copa 2014. En estos contextos, suelen desarrollarse mercados de servicios como mantenimiento y alimentación, con presencia femenina. Suele también establecerse un mercado sexual en el cual las mujeres actúan con distintos grados de autonomía, mientras niñas son el blanco de la explotación sexual.

⁷ Línea general para cualquier violación de derechos humanos, de cobertura nacional.

⁸ Es del sistema de seguridad pública y tiene cobertura nacional

⁹ SENADO FEDERAL. Relatório Final nº 2, de 2012, da CPI do Tráfico Nacional e Internacional de Pessoas no Brasil. Dez/2012. Disponible en: <<http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/infograficos/2012/12/info-traffic-de-people>>. Visitado en: 20 nov. 2013

¹⁰ Disponible en: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=110044>

¹¹ Observación CEDAW/C/BRA/CO/7, par.21, a.

¹² <http://www.plataformabndes.org.br/site/>



12. El combate a la trata de personas requiere acciones acordes a los principios de derechos humanos, no admitiendo prácticas de limpieza social y de culpabilización de las víctimas¹³. Tampoco se admite el cambio forzoso de personas migrantes en personas traficadas. Asimismo, despreciar los derechos de las trabajadoras sexuales implicar poner en riesgo y criminalizar mujeres que ya sufren discriminaciones¹⁴.

13. El episodio de traslado de mujeres consideradas como traficadas del entorno de las obras de Belo Monte (Pará, 2013) expone las siguientes situaciones: (i) hay trata interna; mujeres y niñas de estados del Sur han migrado o fueran traficadas hacia aquella localidad del Norte; (ii) hay fallos en la red de atención integral, pues las mujeres sólo tuvieron acceso a servicios una vez, sin referencia a otras políticas sociales; (iii) la actuación de la policía y la visibilidad en los medios de comunicación produjeron daños colaterales a las mujeres que se quedaron sin perspectivas de sustento; y (iv) el modus operandi confundió la opinión pública respecto a migración y trata¹⁵.

14. En el Complejo Hidroeléctrico del Río Madeira (Rondonia)¹⁶ y en las destilerías (Mato Grosso do Sul)¹⁷, en el entorno de las grandes obras, hay mujeres bolivianas y paraguayas. Cuando ocurre intervención policial, ellas son «devueltas» a sus países, sin garantía de sus derechos de migración ni protección para las víctimas de trata.

15. La prevención se hace por medio de campañas puntuales y no atiende las especificidades de los grupos. Revela un sesgo sexista, reproduciendo estereotipos. En algunos casos, «condenando» el derecho de migraciones. Es preocupante que las acciones de prevención se realicen principalmente durante los eventos, sin considerar los impactos producidos en las etapas de preparación de su infraestructura.

16. Acciones destinadas a la protección de los derechos de niños y adolescentes durante los grandes eventos (carnaval, fútbol etc.) violan los derechos a diversión, cultura y deporte ya que limitan horarios y acceso a locales¹⁸.

17. Respecto a la atención integral, el Sistema Único de Salud (SUS) y el Sistema Único de Asistencia Social (SUAS) todavía no logran articular sus servicios de atención a las mujeres y niñas víctimas de trata. La Red Nacional de Salud del Trabajador (RENAST), política nacional

¹³ Sobre la relación entre la trata y las políticas de prevención de HIV/Sida, ver UNDP. HIV and the Law: Risks, Rights & Health, jul, 2012. Disponible en: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Governance%20of%20HIV%20Responses/Commissions%20report%20final-EN.pdf>. Visitado en: 15 Nov 2013

¹⁴ Ver: Copa do mundo, tráfico de mulheres e prostituição: mitos e fatos. Beijo da Rua, abril 2012, Davida. Disponible en: <http://www.beijodarua.com.br/abril2012.pdf>. Visitado en: 20 Nov 2013

¹⁵ Fuentes fidedignas gubernamentales y no gubernamentales remitieron documentos sobre el manejo del caso de Belo Monte que fueron analizados por participantes del Consorcio de Monitoreo de CEDAW.

¹⁶ <http://revistaforum.com.br/blog/2012/07/forum-de-julho-traz-uma-outra-historia-sobre-a-construcao-das-hidreletricas/>

¹⁷ http://monitoramentocedaw.com.br/wp-content/uploads/2013/08/Para-que-se-trafficam-pessoas-em-nossas-fronteiras-em-06082013_com-publica%C3%A7%C3%A3o.pdf

¹⁸ Ver discusión en: www.comitenacional.org.br



incluida en SUS, todavía no está comprometida con la trata de personas. En el caso de mujeres paraguayas en territorio brasileño, la actuación policial no se articula con otras políticas y las mujeres son «devueltas» a su país sin la garantía de sus derechos.

18. La capacitación de gestores y trabajadores de la salud se hace en proyectos puntuales, financiados casi exclusivamente por el gobierno federal. Es más visible la capacitación de policías y de equipos de los organismos de políticas para mujeres, en los cuales el tema de la trata aún tiene poca inserción.

19. En el combate a la explotación sexual de niñas, la mayor parte de las acciones específicas es realizada por el Programa de Acciones Integradas y de Referencia (PAIR). La agenda actual de PAIR está centrada en la Copa y en grandes proyectos. La adhesión depende de los gestores locales y se hace por proyectos, o sea, por tiempo determinado.¹⁹

20. En las regiones de frontera, no obstante se hayan producido muchos estudios, no existen planes específicos articulados entre los estados, que atiendan las especificidades de cada territorio fronterizo. El financiamiento federal se destina a proyectos y la adhesión es voluntaria. Brasil está desarrollando el PAIR MERCOSUR para combatir la violencia sexual; sus acciones también ocurren por proyecto.²⁰ Las acciones prioritarias son la articulación y la capacitación de las redes de protección de los derechos de niños y adolescentes.

21. Centros de Referencia Especializados de la Asistencia Social (CREAS) prestan atención a las violaciones de derechos. Dada la fragilidad de las redes locales de atención y la poca visibilidad del tema, son poco frecuentes ahí los casos de explotación sexual, prevaleciendo los casos de abuso sexual intrafamiliar.

22. La legislación nacional establece atención integral a las víctimas en los servicios de atención a la violencia sexual. Sin embargo, su efectución enfrenta barreras institucionales, falta de información a la población y de articulación con las políticas de salud mental.

23. Programas como el «Consultorio en la calle» (SUS) y CREAS-POP (SUAS) tienen muy poca cobertura en el país, además de deficiencias de infraestructura y recursos humanos. No configuran una respuesta concreta a los requisitos de aproximación, búsqueda activa y procesos educativos de niñas en situación de explotación sexual. Asimismo, la explotación sexual mediada por las nuevas tecnologías (internet) casi no tiene espacio en las políticas públicas.

¹⁹ <http://pair.ledes.net/>

²⁰ http://ninosur.ledes.net/site/pt_BR/index.php?toSection=15&ItemID=13



Recomendación 29 - Salud

24. **Mortalidad Materna:** Conforme PNUD²¹ y el IBGE²², Brasil no logrará el quinto Objetivo del Milenio. A pesar de una reducción anual de 4% en las muertes maternas, conforme datos del Ministerio de la Salud, los índices siguen superando en mucho los límites aceptados por OMS²³. Para lograr las metas del ODM²⁴, la reducción anual tendría que ser de 5,5%.

25. Entre 2010 y 2011, la razón de mortalidad materna (RMM) corregida ha decrecido de 77 para 70 óbitos por 100 mil nacidos vivos. Los números absolutos de óbitos apuntan: 2010 (1719), 2011 (1610), 2012 (1377) y 2013, hasta octubre, (245). Datos para 2012 y 2013 son preliminares y la RMM para 2012 todavía no está disponible. La investigación de defunciones de mujeres en edad fértil, una medida esencial para reducir el subregistro de las muertes maternas, ha mejorado. Según datos de 2011, 14 unidades de la federación habían investigado más de 85% de estas muertes.

26. En Brasil, las muertes maternas afectan mujeres pobres, y particularmente las negras, más gravemente. Entre 2009 y 2011, los óbitos maternos entre mujeres negras totalizaron 3.034 muertes, 73% más que las muertes entre blancas, de 1757.

27. Los esfuerzos realizados han sido insuficientes para prevenir muertes maternas evitables, resultantes de aborto, trastorno hipertensivo, hemorragia e infección puerperal. Así, Brasil sigue violando los derechos humanos de las mujeres a su salud y a servicios obstétricos oportunos y de calidad.

28. En 2013, el programa «Rede Cegonha», destinado a reducir las tasas de mortalidad materna, contó con un presupuesto de R\$ 240 millones para su implementación. Sin embargo, según el Portal del Presupuesto del Senado Federal, hasta noviembre de 2013, solo el 10,06% había sido ejecutado, lo que sugiere baja prioridad²⁵.

29. Además, al enfocar únicamente el período gestacional, el programa omite derechos sexuales y reproductivos afirmados en las Conferencias de la ONU e ignora los principios del Sistema Único de Salud, en particular la integralidad en la atención. Así, representa un retroceso con respecto a las políticas anteriores, pues no atiende, por ejemplo, la planificación familiar posparto y pos aborto, la atención al climaterio, a los impactos de la violencia, la salud mental y el acceso de adolescentes a la prevención del embarazo precoz.

30. Hay una clara paradoja entre las tasas de mortalidad materna en el país y los datos de cobertura de atención prenatal (91%) y de partos en hospitales (98,1%). Esta incongruencia sugiere una atención prenatal y al parto de baja calidad. No se observan iniciativas para

²¹ <http://www.pnud.org.br/ODM.aspx> Visitado en: 02 Dic 2013.

²² Avaliação da Situação de Saúde www.ibge.gov.br/home/.../saude/analise.shtm Visitado en: 02 Dic 2013.

²³ Boletim Morte Materna no Brasil, 1/2012. Ministério da Saúde.

²⁴ <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim//cnv/mat10uf.def> Visitado en: 29 Nov 2013.

²⁵ Mortalidade Materna No Brasil.

http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/saudebrasil2009_parte2_cap7.pdf. Visitado en: 01 Dic 2013.

Fuente: SIGA BRASIL/Senado Federal <http://www12.senado.gov.br/orçamento/loa>



solucionar los obstáculos los cuales incluyen: falta de prioridad para la salud de la mujer; mala formación de profesionales de la atención prenatal y obstétrica; periplo por hospitales y filas de espera por atención obstétrica; uso de tecnologías no basadas en pruebas; y falta de acceso oportuno a la atención calificada de urgencia y emergencia. La violencia institucional es una práctica común²⁶, y se refleja también en la denegación de acceso de pareja/familiar al parto y en la falta de privacidad durante el mismo.

El caso de Alynne Pimentel, que murió en 2002 por causa obstétrica después de peregrinar por servicios de salud de Rio de Janeiro, es emblemático del abandono de la salud de las mujeres, especialmente de las negras. El impacto desigual de la mortalidad materna sobre las mujeres negras revela la existencia de racismo institucional y tolerancia frente a la discriminación en la atención obstétrica²⁷.

31. **Aborto:** En Brasil, existen tres circunstancias eximentes para el aborto: embarazo resultante de violación sexual, riesgo de muerte para la mujer, y diagnóstico de feto anencefálico, esta última resultante de fallo de la Suprema Corte de la Nación (12.04.2012). Otras circunstancias configuran abortos ilegales, que están entre las primeras causas registradas de mortalidad materna. En 2012, se registraron 99.633 internaciones hospitalarias por complicaciones del aborto, cifra equivalente a 10% de las internaciones por parto²⁸.

32. Iniciativas gubernamentales para ampliar los derechos reproductivos de las mujeres a la interrupción del embarazo han sufrido represalias por parte de sectores conservadores y religiosos en el Congreso y las legislaturas de estados y municipios. Cerca de 30 proyectos de ley amenazan el derecho de las mujeres al aborto, con la creación de mecanismos para disuadir las de esa decisión, en general, ampliando las penas²⁹.

33. Entre 2012 y 2013, tramitaron el Estatuto del no Nascido y una petición para formar una Comisión Parlamentaria de Investigación sobre el Aborto. Proyectos de ley semejantes tramitan en estados y municipios. En Rio Grande do Sul, hay uno para crear el Día del no Nascido; en Rio de Janeiro, hay ley análoga desde 2002³⁰. Otros proyectos tratan de prohibir el uso de la anticoncepción de emergencia. Tramita en el Congreso proyecto de reforma del Código Penal (CP), incluyendo exención de pena al aborto hasta las 12 semanas de gestación. Todavía, varias enmiendas hechas al proyecto en la comisión de estudio de la reforma, no sólo rechazan la proposición permisiva, sino también amplían las penas.

²⁶Fundação Perseu Abramo. *Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado*. Encuesta de opinión, 2010

²⁷Plataforma Dhesca. Disponible en:

http://www.dhescbrasil.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=944:audiencia-expoe-descumprimento-recomendacoes-caso-alyne&catid=69:antiga-rok-stories. Visitado en: 10 Dic 2013

²⁸Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

²⁹http://cfmea.org.br/index.php?view=article&catid=399%3Anumero-174-janeiro-a-julho-de-2013&id=4023%3Amapa-do-fundamentalismo-no-congresso-nacional&format=pdf&option=com_content&Itemid=129

³⁰<http://arqrio.org/agenda/detalhes/198/missa-pelo-dia-do-nascituro>



34. Servicios para la interrupción del embarazo resultante de violencia sexual son escasos, deficientes y poco divulgados. El Ministerio de la Salud registró, en 2013, 65 servicios en el país, para una población de 59 millones de mujeres en edad reproductiva.

35. El acceso a anticoncepción de emergencia en servicios de salud, importante medida preventiva de embarazos no deseados, incluso en casos de violencia sexual, ha mejorado con la promulgación de la Norma Técnica del MS que dispensa la exigencia de receta médica.

36. **Violencia contra mujeres y niñas** El informe de la Comisión Parlamentaria Mista de Investigación³¹ ha señalado la urgencia de prevenir los crecientes femicidios cometidos por parejas y de erradicar la tolerancia estatal en los juicios de estos crímenes. En los últimos 30 años, cerca de 91 mil mujeres fueron asesinadas en Brasil, 43,5 mil de ellas en la última década. La cifra anual de muertes creció el 217,6% en el período: de 1.353 a 4.297.

37. En 2010, el Ministerio de la Salud promovió la notificación obligatoria de todo tipo de violencia, a través del Sistema de Información de Males de Notificación (Sinan)³², así que se amplió el número de servicios de salud que notificaran violencia, de los 5.898, en 2011, a 8.425 en 2012. Se registraron 70.270 asistencias a mujeres víctimas de violencia en 2011; la residencia fue el sitio primario de las agresiones (71,8%) y la pareja el agresor principal. Sin embargo, estas medidas siguen restringidas a los servicios de emergencia y no abarcan los impactos de la violencia continua y no visible.

38. Los índices de lesiones autoinfligidas (10%) sugieren, además, prácticas de salud inadecuadas a la identificación de los signos, síntomas y factores de riesgo de lo sufrimiento psíquico.

39. **VIH/ Sida y sífilis** La feminización del SIDA en Brasil parece estar estabilizada, a excepción del grupo de edad de 13-19 años en el que nuevos casos en chicas entre 2008-2011, han superado en número a los de chicos, evidenciando la falta de políticas de prevención con enfoques de género y generacional. En 2012, han sido notificados 39.185 nuevos casos de SIDA en Brasil, el 36,6% de ellos en mujeres³³, el 96% de estos por vía sexual. La proporción entre sexos se mantuvo en 1,7 casos en hombres por cada caso en mujeres, desde 2010.

40. La tasa de mortalidad por SIDA fue mayor en los hombres (8,1/100.000) que en mujeres (4,2/100.000). La proporción de óbitos entre los sexos fue de 1,9 hombres/mujeres, estable desde 2008. Aunque los casos estén concentrados entre los blancos, las mayores tasas de mortalidad recaen sobre personas negras de ambos sexos.

³¹ Brasil. Senado Federal. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito – Relatório Final. Brasília, Julho de 2013

³² Saúde Brasil 2011 - Uma análise da situação da saúde e a vigilância da saúde da mulher. Ministério da Saúde. Brasília - DF, 2012.

³³ BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26ª - diciembre de 2013.



41. El índice de detección de VIH/SIDA en niños menores de cinco años fue de 3,4/100.000. En los últimos 10 años se redujo la proporción global de casos por transmisión vertical (35,8%), aunque las regiones Norte y Nordeste tengan presentado aumento (respectivamente, 41,9% y 3,7%).
42. El índice de detección del VIH en mujeres embarazadas fue de 2,4 casos por 1.000 nacidos vivos, más que en 2011 (2,3/1000). Entre mujeres embarazadas, los índices de infección fueron más altos en el grupo de edad 20-29 años (50,9%), y entre mujeres negras (52,5%).
43. La cobertura de terapia antirretroviral ha variado entre 60-79% y siguen ocurriendo episodios de escasez y fraccionamiento de medicación. Campañas de pruebas diagnósticas dirigidas a las poblaciones más vulnerables han sufrido presiones de grupos conservadores.
44. No hay cifras oficiales que vinculen la infección por VIH a relaciones sexuales forzadas, ni políticas efectivas para prevenir la violencia sexual. Estudios recientes establecen una clara asociación entre la violencia infligida por la pareja y la infección por el VIH³⁴ – mujeres que sufren este tipo de violencia experimentan riesgo 50% mayor de contraer el virus.
45. También la incidencia de la sífilis ha crecido en Brasil. Según el Ministerio de la Salud, la prevalencia de sífilis en parturientas es cuatro veces mayor que la del VIH y es creciente el número de casos de sífilis congénita. Entre las causas apuntadas para este incremento, están la baja calidad de la atención prenatal y la mala formación médica.
-

³⁴ <<http://www.onu.org.br/unaid-pede-fim-da-violencia-baseada-no-genero-para-reduzir-o-risco-de-infeccao-por-hiv/>>. Visitado en 02 diciembre 2013.



PREPARARAN EL PRESENTE INFORME:

Organizaciones de la sociedad civil : Coletivo Feminino Plural; Red Nacional Feminista de Salud Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos; Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM/Brasil); Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Mulher e Gênero (NIEM/UFRGS); Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras; Associação Casa da Mulher Catarina; Comissão de Cidadania e Reprodução; ECOS – Comunicação em Sexualidade; Gestos – Soropositividade, Comunicação e Gênero; Instituto Brasileiro de Inovações pró-Sociedade Saudável/CO; Instituto Mulher pela Ação Integral à Saúde e Direitos Humanos (IMAIIS); Plataforma DHESCA Brasil; THEMIS Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero.

Relatoras: Telia Negrão, Clair Castilhos, Ingrid Leão, Jussara Reis Prá, Maria José de Oliveira Araújo, Estela Rondina Scandola, Simone Cruz, Maria Helena Franco, Margareth Arilha, Juliana César, Maria Luisa Pereira de Oliveira, Fabiane Simioni, Virginia Feix, Lea Epping, Neusa Heinzelmänn, Neusa Freire Dias, Regina Beatriz Vargas.

Colaboradoras:

Acontece Arte e Política LGBT/ABGLT/CNCD-LGBT, Maria Guilhermina Cunha Salasario; Associação Brasileira de Defesa da Mulher da Infância e da Juventude (ASBRAD), Dalila E. M. D. Figueiredo; Centro Feminista de Estudos e Assessoria (Cfemea), Guacira César y Jolúzia Batista; Departamento de Polícia Federal – MS, Vânia Cristina Campos da Silva; Fundação do Trabalho de Mato Grosso do Sul, Aline Mendes Pleutin; Núcleo de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas - NETP/CE; Núcleo de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas - NETP/RS, Alécia Meurer y Simone Reginato; Núcleo de Serviço Social e Relações de Gênero - Departamento de Serviço Social / UFSC, Teresa Kleba Lisboa; Pastoral da Mobilidade Humana e Migrantes de Corumbá – MS, João Hellensberger Filho; Universidade Católica do Salvador-BA, Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti; Universidade Federal de Pernambuco – CCSA - Departamento de Serviço Social/ UFPE, Maria de Fátima Gomes de Lucena.