

PLAN NACIONAL DE ENFRENTAMIENTO A LA PANDEMIA DEL COVID-19



**Frente
pela Vida**

PLAN NACIONAL DE ENFRENTAMIENTO A LA PANDEMIA DEL COVID-19

Contribución de las organizaciones que componen
el FRENTE POR LA VIDA y actúan en el campo
de la Salud a la sociedad brasileña

Asociación Brasileña de Salud Colectiva - ABRASCO
Centro Brasileño de Estudios de Salud - CEBES
Rede Unida- Asociación Brasileña Rede Unida - REDE UNIDA
Asociación Brasileña de Economía en Salud - ABrES
Asociación Brasileña de Salud Mental - ABRASME
Asociación Brasileña de Salud del Trabajador y de la Trabajadora - ABRASST
Asociación Brasileña de Enfermería - ABEn
Sociedad Brasileña de Virología - SBV
Sociedad Brasileña de Bioética - SBB
Consejo Nacional de Salud - CNS
Sociedad Brasileña de Medicina Tropical - SBMT
**Sociedad Brasileña para la Calidad del Cuidado y Seguridad del Paciente -
SOBRASP**
Red de Médicas y Médicos Populares - RMMP
Asociación Brasileña de Médicas y Médicos por la Democracia - ABMMD

Versión 2

15 de julio de 2020

ISBN: 978-65-991956-1-7

ÍNDICE

SUMARIO

RESUMEN EJECUTIVO

PRESENTACIÓN

1. INTRODUCCIÓN	19
2. COMPRENDER LA COMPLEJIDAD DE LA PANDEMIA	21
3. REFERENCIAL METODOLÓGICO ESTRATÉGICO	25
4. ASPECTOS BIOMOLECULARES Y CLÍNICOS	27
5. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO	30
5.1. La pandemia del COVID-19 en Brasil	30
5.2. Enormes desigualdades: contexto favorable a la difusión de la pandemia	33
5.3. Estrategias epidemiológicas para reducir la transmisibilidad	35
6. DIMENSIONES ECOSOCIAL Y BIOÉTICA DE LA PANDEMIA	38
6.1 COVID-19 como problema ambiental	38
6.2 Transferencia de riesgos ecosociales	39
6.3 Pandemias, ecosistemas y salud	40
6.4. Contribuciones de la Bioética en el enfrentamiento de la pandemia	41
6.5. Perspectivas para superación de la pandemia	43
7. IMPORTANCIA DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD (SUS)	44
7.1. Redes regionalizadas de atención a la salud	44
<i>Expandir y cualificar la atención primaria a la salud</i>	45
<i>Asegurar el acceso regulado a la atención especializada</i>	47
<i>Ampliar la oferta de servicios hospitalarios</i>	48
<i>Reforzar los sistemas logísticos y de apoyo de las redes de atención a la salud</i>	49
7.2. Sistemas de vigilancia y de promoción de la salud	49
7.3. Pacto federativo: intensificar la cooperación	51
7.4. Financiamiento: más recursos para el SUS	52
7.5. Perfeccionar la gestión del SUS	54
7.6. Estimular y apoyar la participación y el control social del SUS	55
7.7. Política de educación permanente y gestión del trabajo en salud	55
7.8. Proteger la salud de los trabajadores/as, en la salud y en todas las áreas	57
7.9. Reducir el sufrimiento social derivado de los efectos del COVID-19	59
8. C&T EN SALUD Y PRODUCCIÓN DE INSUMOS ESTRATÉGICOS	61
8.1. Situación actual del sistema de CT&I en Brasil	61
8.2. Esfuerzos en la pesquisa científica sobre COVID-19	61
8.3. Desarrollo tecnológico y producción industrial	62
8.4. Sistemas de Información en Salud	63
8.5. Perspectivas	64
9. FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL	66
9.1. Promover desarrollo con bienestar social	66
9.2. Preservar y fortalecer las políticas de Seguridad Social	67
9.3. Promoción de empleo y renta, protección a los trabajadores	68
9.4. Políticas de Seguridad Alimenticia y Nutricional	68
9.5. Mejores condiciones de vida para la población brasileña	70
9.6. Dimensiones político-culturales de la pandemia	71

10. POBLACIONES VULNERABLES Y DERECHOS HUMANOS	74
10.1 Envejecimiento y cuidado en condiciones crónicas	75
10.2 Impactos de la pandemia en la vida y en la salud de las mujeres	76
10.3 Reducir impactos negativos del COVID-19 en la población negra	77
10.4 Necesidades particulares de atención relativas a las personas LGTBI+	78
10.5 Reducir impactos negativos del COVID-19 en las poblaciones indígenas	79
10.6 Reducir impactos negativos en pueblos gitanos acampados	81
10.7 Necesidades particulares de atención a migrantes y refugiados	82
10.8 Reducir impactos negativos en personas privadas de libertad	83
10.9 Proteger a poblaciones en situación de calle	83
10.10 Atender a las singularidades de las personas con discapacidad	84
11. RESPONSABILIDADES Y RECOMENDACIONES	86
<i>A las autoridades políticas</i>	86
<i>A las autoridades sanitarias</i>	89
<i>A los gestores del SUS</i>	93
<i>A la sociedad en general</i>	97
12. ENFRENTAR LA PANDEMIA AHORA PARA CONSTRUIR UN FUTURO CON SOSTENIBILIDAD Y JUSTICIA SOCIAL	100
ANEXOS	

SUMARIO

1. Para enfrentar La pandemia Del COVID-19, el Estado brasileño tiene la obligación moral y constitucional de coordinar acciones de emergencia para controlarla, superarla y reducir impactos económicos y sociales sobre la nación brasileña. Lamentablemente, se constata irresponsabilidad e inercia de las autoridades federales, demostrada por el hecho de que Brasil entra en el quinto mes de la pandemia sin cualquier plan oficial general para su enfrentamiento. Frente a esta omisión y ante la necesidad y de la voluntad de la sociedad brasileña de superar la crisis sanitaria y todas sus consecuencias, se presenta aquí una contribución, con base en el conocimiento científico, experiencia técnica e intensa movilización social, para la sistematización de Plan Nacional de Enfrentamiento del COVID-19.
2. El panorama epidemiológico de la pandemia en Brasil se muestra bastante complejo. A mediados de julio, ya se habían registrado más de 2 millones de casos y 75 mil óbitos que hacen del COVID-19 la principal causa de muerte en el país, concentrada en áreas de periferia urbana y en grupos sociales vulnerables. En esta fase reciente, la epidemia avanza hacia el interior de los Estados, amenazando particularmente pequeñas ciudades, territorios indígenas, *quilombolas* (descendientes de esclavos) y poblaciones ribereñas. La diversidad e iniquidad en la sociedad brasileña, una de las más desiguales del mundo, representan factores cruciales a ser considerados en la implementación de las propuestas y estrategias de superación de la pandemia y sus impactos.
3. Ante el contagio del COVID-19, en la ausencia de vacunas y medicamentos, las medidas no farmacológicas de control epidemiológico son importantísimas, así como el distanciamiento físico, uso de máscaras e higiene. Para hacer efectivo el enfrentamiento de la pandemia, la Organización Mundial de la Salud recomienda un gran compromiso de la sociedad. En Brasil, la Constitución Federal de 1988 garantiza la participación de la sociedad en la gestión de políticas y programas e instituye la participación social como principio organizativo del SUS, teniendo al Consejo Nacional de Salud (CNS) como instancia máxima del control social. Es imperioso fortalecer las instancias de participación social, asegurando la representación de la sociedad civil en toda su diversidad y representatividad.
4. En el plan de atención a la salud, es necesario un proceso de renovación del Sistema Único de Salud (SUS), desarrollándolo en su plena potencia, para que alcance la universalidad y las capacidades necesarias que la pandemia y los demás problemas de salud exigen de los sistemas de salud. Al lado de estrategias urgentes y de emergencia para enfrentar la pandemia, es fundamental superar, de forma estructurante, el sub-financiamiento del SUS. Acceso universal e integralidad de la atención demandan organización

sistémica, efectiva mediante la celebración de pactos federativos pautados en la cooperación y solidaridad. En este aspecto, la irresponsabilidad del gobierno federal ha provocado conflictos federativos, llegando al punto que el Supremo Tribunal Federal tenga que ratificar la autonomía de los gobiernos sub-nacionales para legislar en el ámbito de la salud pública. De modo aún más dramático, el Ministerio de Salud (MS) demuestra incapacidad de aplicar efectivamente recursos destinados al control de la pandemia.

5. La pandemia alcanzó a Brasil en medio de una agenda de reformas centrada en la austeridad fiscal y en la reducción del papel del Estado que tuvo como consecuencia un desfinanciamiento del SUS y una fragilización de las políticas sociales. Ante el cuadro de recesión mundial y nacional causado por la pandemia, son necesarias medidas de promoción y generación de empleo y renta y de protección social a la población. De forma inmediata, es necesario contemplar a los grupos de mayor riesgo de enfermedad y muerte, como personas mayores y vulnerabilidad socioeconómica, como trabajadores precarios, población negra, pueblos indígenas, población LGBTI+, personas en situación de calle, gitanos, migrantes y refugiados, personas con discapacidad, poblaciones privadas de libertad.

6. La emergencia de la pandemia del COVID-19 acentúa iniquidades generadas por raza/color, clase, etnia, género, edad, deficiencias, origen geográfico y orientación sexual. Así como la experiencia de otras epidemias lo muestra, en especial las mujeres han sufrido fuertemente el impacto del COVID-19. Mientras tanto, todas las medidas adoptadas hasta ahora por los gobiernos han sido direccionadas a la población en general, sin considerar los diferentes segmentos poblacionales en la producción de datos y estrategias de acción. En especial, la vulnerabilidad de los pueblos indígenas a la pandemia, acentuada en los grupos aislados o de reciente contacto, demanda medidas urgentes y prioritarias.
7. Antes de la pandemia, el sistema brasileño de ciencia, tecnología e innovación ya venía enfrentando una grave crisis, agravada por los ataques sistemáticos del gobierno federal a órganos de fomento e instituciones ejecutoras de pesquisa científica y tecnológica. Sumado a esto el debilitamiento del fomento industrial por la ausencia de políticas industriales en tiempos recientes. No obstante, la comunidad científica brasileña ha demostrado vitalidad y compromiso en el contexto de la crisis, con participación marcada en las pruebas de vacunas y conducción de investigaciones epidemiológicas, esenciales para evaluar la dinámica de la pandemia.
8. La pandemia provocó también una “infodemia”, generando un imaginario social lleno de ansiedad y miedo. Para enfrentar esa infodemia, se necesita la apertura y la valoración de espacios interculturales capaces de promover la escucha y diálogos con cosmologías no hegemónicas (y enfrentar los epistemicidios).
9. Este documento trae un análisis de dimensiones e interfaces relevantes de la pandemia del COVID-19 y presenta 70 recomendaciones, dirigidas a las autoridades políticas y sanitarias, a los gestores del SUS y a la sociedad en general. La principal estrategia indicada es la vigilancia epidemiológica, con búsqueda activa de casos confirmados o sospechosos y bloqueo de la transmisión, conducida por equipos calificados, en la red de atención primaria del SUS, coordinadas conjuntamente por las autoridades sanitarias. Medidas de cualificación de la atención secundaria y terciaria igualmente se proponen, en conjunto a estrategias de mitigación de los daños sanitario y económico.
10. Nuevas amenazas involucrando agentes de origen biológico, similares al Sars-CoV-2, o de origen químico, radiológico/radioactivo, así como también desastres relacionados a la emergencia climática, hacen parte del modo de producción adoptado por nuestras sociedades y generarán nuevos eventos críticos, que se pueden sobreponer, combinando pandemias, epidemias, desastres y crisis humanitarias y planetarias simultáneamente. En esta perspectiva, no es deseable volver a la situación “normal” anterior a la pandemia o vivir un “nuevo normal” que signifique mantener las

condiciones de riesgos y la vulnerabilidad social secundaria a las desigualdades e iniquidades. Esto significa que, desde ya, se deben construir las condiciones que permitan no sólo una mejor preparación y respuesta a riesgos futuros, sino también el desencadenamiento de procesos de reconstrucción de las condiciones de vida y salud con base en los valores de libertad, igualdad y solidaridad, en un Brasil efectivamente democrático.

RESUMEN EJECUTIVO

Para enfrentar la crisis sanitaria actual, el Estado brasileño tiene la obligación moral y constitucional de coordinar acciones de emergencia basadas en evidencias científicas para controlarla, superarla y reducir impactos económicos y sociales sobre la nación brasileña. La Constitución de 1988 define con precisión, en su artículo 196, que *“la salud es derecho de todos y deber del Estado, garantizando mediante políticas sociales y económicas que visen a la reducción del riesgo de enfermedad y de otros agravios y al acceso universal e igualitario en las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación”*.

Lamentablemente, de parte de las autoridades federales y de algunos gestores en otros planes de gobierno, a los cuales les corresponde la responsabilidad y la obligación de acarrear recursos, viabilizar medios, gestionar procesos y coordinar acciones para enfrentar esta gravísima crisis sanitaria, constatamos solamente ausencia, inercia y, también, promoción de boicot y obstáculos, deliberada o resultante de ignorancia y negación. El resultado de esta irresponsabilidad trágica es el hecho de que Brasil entre en el cuarto mes de la pandemia, sin cualquier plan oficial de enfrentamiento general de la pandemia.

Frente a esta lamentable y grave omisión, entidades representativas de la sociedad pretenden, en este momento, dar inicio a una escucha y diálogo con la sociedad brasileña visando a la formulación, elaboración, negociación e implantación de un Plan Nacional de Enfrentamiento del COVID-19. Como documento de planificación participativo, definido por su naturaleza objetiva, solidaria e integral, se encuentra abierto a nuevas propuestas, contribuciones y soluciones a ser construidas, siempre colectivamente, ampliando a *Frente pela Vida* (Frente por la Vida).

En este Plan, las acciones a ser propuestas, planificadas, ejecutadas, acompañadas, evaluadas y diseminadas deben seguir ejes de actuación correspondientes a varias dimensiones e interfaces del fenómeno complejo de la pandemia. La escucha sistemática y articulada de todas las contribuciones, organizadas en ejes interdisciplinarios definidos por las interfaces, permite la consolidación de datos, informaciones y recomendaciones basadas en conocimiento científico y en saberes técnicos de los diferentes campos disciplinarios y sectores de políticas sociales. Se trata de estrategia metodológica participativa y dialogada, con el objetivo de compilar contribuciones de los diversos campos de conocimiento, en una perspectiva sistemática y aplicada.

El panorama de la pandemia del COVID-19 en Brasil se muestra bastante complejo en función de la diversidad geográfica, social y cultural comprendida en el inmenso territorio nacional, así como por los aspectos coyunturales, tanto políticos como económicos, correlatos, coincidentes y convergentes con el fenómeno de la pandemia. Los parámetros epidemiológicos (incidencia, mortalidad, transmisión y difusión en la población) indican más de un sistema de epidemias, con brotes, olas y variaciones diferentes en distintos segmentos de la población y sectores del territorio. Así, estas características de diversidad y variabilidad representan factores cruciales a ser considerados en la

implementación de acciones y estrategias de superación de la pandemia y de sus impactos en nuestro país.

El primer caso de COVID-19 se registró el 26 de febrero de 2020, en Brasil. A mediados de julio, Brasil alcanza 2 millones de casos confirmados y sobrepasa 70 mil óbitos, con tasa de mortalidad de 22,1 óbitos/100.000 habitantes por COVID-19, por lo que convierte en la principal causa de muerte en el país. Proyecciones optimistas indican que estos números se multiplicarán por tres hasta fines de este año; otras proyecciones llegan a veinte veces. La epidemia se diseminó de forma bastante heterogénea por el país, con una diferencia de 30 a 40 días entre los Estados que empezaron la curva epidémica más precozmente y los que empezaron más tardíamente. La curva epidémica fue más acelerada en el Norte y Nordeste con tasas de mortalidad de 42,2 y 23,8/100.000 habitantes respectivamente, después de 80 días del 1^{er} óbito.

La suspensión de la divulgación de datos sobre la pandemia por el Ministerio de Salud, junto a la tentativa de manipularlos sustrayendo parte de los óbitos del total que debería informarse, en contramano del estándar seguido por todos los países del mundo, llevó al Consejo de los Secretarios de Estatales de Salud – CONASS – a organizar inmediatamente una plataforma propia de compilación. Así mismo, registros detallados que eran usados por gestores y investigadores dejaron de ser ofrecidos, comprometiendo importantes iniciativas locales de monitoreo.

En el mes de julio, la epidemia avanza hacia el interior de los Estados, amenazando particularmente a territorios indígenas, *quilombolas* y grupos de la población que se encuentran vulnerables en este escenario. El número de casos en estas áreas ya supera los casos acumulados en la mayoría de las respectivas capitales. Este cuadro prevé un agravamiento de algunos indicadores como letalidad y mortalidad, considerando que la capacidad de asistencia terciaria, como camas de Unidades de Cuidados Intensivos (UTI), está concentrada en las capitales y polos urbanos más grandes en los Estados.

En Brasil, los primeros casos confirmados eran personas de estrato económico elevado, recién llegadas de viajes al exterior, pero la enfermedad rápidamente alcanzó a las comunidades pobres de las periferias de las grandes ciudades y se expandió hacia el interior del país, con mayor letalidad en la población negra, afectando trágicamente a pueblos indígenas y poblaciones ribereñas. La transmisión del virus y el impacto de la pandemia tienden a ser más graves en un contexto de gran desigualdad económica y social, con poblaciones que viven en condiciones precarias de habitación y saneamiento, cuadro resultante de la absoluta ausencia de equidad en la sociedad brasileña, una de las más desiguales del mundo.

En la ausencia de tecnologías biológicas preventivas o curativas (vacunas y medicamentos, entre otras), medidas no farmacológicas de control epidemiológico son importantísimas. Por eso, son fundamentales las estrategias de reducción de movilidad y aglomeraciones, planeadas en la amplitud necesaria para cada región, estado, municipio o localidad. En el caso brasileño, que presenta una realidad más compleja, con inmensas desigualdades, las diversas formas de cuarentena tienen límites estructurales para una adhesión

generalizada. Los indicadores de distanciamiento físico vienen siendo reducidos como reflejo de las reaperturas de diferentes sectores económicos en diversos municipios, asimismo sin caída de casos y óbitos, escenario con peligroso potencial de aumento de la diseminación del virus.

En Brasil, tal como ocurrió en relación a los sistemas de salud de todos los países, la pandemia del COVID-19 ha representado un enorme desafío para el Sistema Único de Salud (SUS). El SUS convive, hace décadas, con reglas inestables y montos insuficientes de financiamiento de la salud, hasta el límite del congelamiento de techo de gastos impuesto por un cambio en la Constitución Federal - Enmienda Constitucional 95 (EC 95), que instituyó un nuevo régimen fiscal en 2016. La superación de las diversas dificultades del SUS es fundamental para enfrentar la pandemia y contribuiría a su consolidación como sistema universal e igualitario.

Desde el punto de vista organizacional, la principal estrategia para superar los obstáculos es el fortalecimiento de la regionalización y la constitución de redes de atención de salud, con base en las siguientes líneas: expandir y cualificar la atención primaria de la salud; asegurar el acceso regulado a la atención especializada; ampliar la oferta de servicios hospitalarios; fortalecer los sistemas logísticos y de apoyo de las redes de atención de la salud; consolidar el subsistema de vigilancia y promoción de la salud, inclusive la vigilancia genómica; implementar y fortalecer acciones de comunicación comunitaria y educación en salud, utilizando, cuando sea necesario, nuevas tecnologías, preferencialmente en alianza con acciones y movimientos locales.

El diseño federativo trino de Brasil - federal, estatal y municipal - se refleja en el SUS a través del intercambio de competencias y responsabilidades de gestión entre los entes. La garantía del acceso universal e integralidad de la atención demandan organización sistémica, efectiva mediante la celebración de pactos federativos pautados en la cooperación y solidaridad. Lamentablemente, en el contexto de la pandemia, la irresponsabilidad del gobierno federal ha provocado conflictos federativos, llegando al punto que el Supremo Tribunal Federal tenga que ratificar la autonomía de los gobiernos sub-nacionales para legislar en el ámbito de la salud pública.

El subfinanciamiento crónico del SUS, agravado por la aprobación de la EC-95/2016 que congeló los gastos federales hasta 2036, se revela ahora dramáticamente en la insuficiencia de camas y equipos especializados, así como en la baja cobertura de la atención básica en las regiones más vulnerables y en la fragilidad de los sistemas de información de salud. De modo aún más dramático, el Ministerio de Salud (MS) muestra una enorme dificultad (o falta de voluntad política) en aplicar efectivamente los recursos destinados para el enfrentamiento de la pandemia, como lo ha alertado el Consejo Nacional de Salud (CNS), a través de su Comisión de Presupuesto y Financiamiento (COFIN/CNS).

Al lado de las medidas urgentes y de emergencia, se deben realizar estrategias para superar, de forma estructurante, el subfinanciamiento y, desde 2016, el desfinanciamiento del SUS. La estrategia fundamental es consolidar el presupuesto de la Seguridad Social, definiendo fuentes de ingreso estables y

acabando con la desvinculación de los ingresos de la Unión y con las medidas de exención fiscal que retiran recursos de Seguridad Social.

Además de financiamiento suficiente, el enfrentamiento de la pandemia requiere el perfeccionamiento de la gestión del SUS, con la mejora de su eficiencia. El perfeccionamiento de la gestión es posible con la mayor autonomía a los gerentes de unidades de salud y el fortalecimiento de las instancias de deliberación y gestión colegiada del SUS - la Comisión Intergestores Tripartito (CIT), las Comisiones Intergestores Bipartitos (CIB) y las Comisiones Intergestores Regionales (CIR).

Para hacer efectivo el enfrentamiento de la pandemia, la Organización Mundial de la Salud recomienda un gran compromiso de la sociedad. Los países que consiguieron mayor comprensión y adhesión de las personas a las medidas de prevención han sido aquellas donde ocurrieron menos casos y menos muertes por COVID-19. La Constitución Federal de 1988 garantiza la participación de la sociedad en la gestión de políticas y programas promovidos por el Gobierno federal e instituye la participación social como principio organizativo del SUS. El Consejo Nacional de Salud (CNS) es la instancia máxima de control social del SUS. Al contrario de la opción del actual gobierno de boicotear las instancias de participación social, es imperioso fortalecerla, asegurando la representación de la sociedad civil en toda su diversidad. Sin enfrentar la extrema desigualdad social, racial, étnica y de género que vigora en el país no será posible obtener éxito en la movilización necesaria para superar colectivamente tal desafío.

Las iniciativas que involucran el enfrentamiento a la pandemia necesitan considerar la triple inserción de las personas que trabajan en la salud y en las demás áreas esenciales: en mayoría mujeres, sometidas a las condiciones de restricción de la población en general, al riesgo físico y la riesgo psicosocial relativo a las condiciones de organización del trabajo al interior de sistemas y servicios de salud y, finalmente, expuestas a las violencias movilizadas por las disputas de enunciados que envuelven al COVID-19 y las políticas públicas. Por tanto, es necesario priorizar las acciones de enfrentamiento al COVID-19 la protección física y psicosocial de las personas que actúan en la salud y en las áreas esenciales, con gran énfasis en la bioseguridad y en mecanismos de reducción del sufrimiento psíquico.

Una de las caras más impresionantes de la actual pandemia, dentro de varias que ha presentado, es la movilización de la comunidad científica mundial, así como el complejo industrial de la salud, en la búsqueda de herramientas para su mitigación, en particular, diagnósticos, medicamentos y vacunas. El campo de las ciencias sociales también ha producido innumerables estudios, fundamentales para entender el complejo y multifacético proceso de la pandemia.

Además de las fragilidades estructurales de su formación, el sistema brasileño de ciencia, tecnología e innovación viene enfrentando en el último quinquenio la más grave crisis de su historia. No sólo por el radical corte en sus recursos financieros, como también por ataques sistemáticos oriundos del gobierno federal a las instituciones de fomento y a las instituciones ejecutoras de investigación científica y tecnológica. Sumado a esto el debilitamiento del

fomento industrial potencializado por la ausencia de políticas industriales en tiempos recientes y por la deshidratación del Banco Nacional de Desarrollo Económico y Social (BNDES). A pesar de estos obstáculos, la ciencia hecha en Brasil ha demostrado vigor en términos de producción de conocimientos y de compromiso social.

En el ámbito de la investigación pesquiza básica, se destaca la premura en desvelar el genoma del SARS-CoV-2, concomitantemente con grupos norteamericanos, europeos y chinos, lo que abrió camino a varios otros campos de pesquiza; desarrollo de cultivos celulares especializados con el objetivo de conocer la patogenia del virus. En el terreno epidemiológico, se destacan las investigaciones regionales y nacionales para determinar la presencia de anticuerpos en la población, esenciales para acompañar la dinámica de la pandemia; se destaca también el desarrollo de modelos matemáticos para la estimación de casos y óbitos. Las ciencias humanas y sociales han dado una gran contribución en el desvelamiento de las repercusiones sociales, étnicas, políticas, económicas y éticas, todas exacerbadas por la pandemia. Y en el campo de la pesquiza clínica, la comunidad científica brasileña ha tenido participación relevante en ensayos medicamentosos nacionales e internacionales en búsqueda de productos seguros y eficaces, incluyendo el desarrollo y prueba de diversas vacunas. Finalmente, el desarrollo de prototipos para equipos de soporte respiratorio ha movilizado la comunidad de las ingenierías, con exitosas experiencias en varias universidades públicas brasileñas.

Una dimensión del enfrentamiento de la pandemia que no puede olvidarse es la importancia de la cooperación internacional, en el contexto de un multilateralismo solidario, incluyendo la vigilancia de salud en las fronteras. Brasil ha renunciado a su papel principal en la cooperación en salud en América del Sur, como en el mundo, vinculando su política externa a un solo país, los Estados Unidos de América, bajo dirección de un líder chauvinista. Con eso, está aislado, evitando colaborar en la búsqueda de soluciones socioeconómicas, ambientales y de salud en común con sus vecinos sudamericanos, aliados históricos en la construcción de un desarrollo regional emancipador que sirva al interés de todos.

La pandemia alcanzó a Brasil en medio de una agenda de reformas centrada en la austeridad fiscal y en la reducción del papel del Estado en la economía. Desde el 2015, a raíz de los recortes y de las reformas (seguridad social y laboral) a diferencia del crecimiento económico promocionado, lo que estamos viendo ha sido el desempleo, la crisis y el empeoramiento de los indicadores fiscales. La austeridad también desfinanció al SUS y debilitó la estructura de protección social en un contexto de aumento de la pobreza y de las desigualdades sociales.

Ante el cuadro de recesión mundial y nacional causado por la pandemia, se necesitan políticas anticíclicas de desarrollo económico, incluyendo medidas estatales proactivas de promoción y generación de empleo y de protección a los trabajadores, que necesitarán expandirse durante la pandemia y en los próximos años. En plena pandemia, el conflicto entre economía y lucha contra el COVID-19 ha sido la pantalla con la cual el gobierno brasileño resiste en la

agenda de ajuste fiscal. Las marcas de la pandemia, con todo, se muestran profundas en el desaliento de más de 60 millones de ciudadanos clasificados para acceder al auxilio de emergencia. Este auxilio se deberá transformar en renta universal básica, según lo que recomienda la ONU. En todos los países del mundo, el gasto público es la palanca para enfrentar el alto desempleo y la destrucción de la capacidad productiva. La experiencia muestra que el aumento de la deuda pública en relación al PIB puede ser estabilizado, no con cortes de gastos y aumento de carga tributaria, sino con crecimiento económico y reducción de las desigualdades sociales.

Las previsiones de caída del PIB brasileño en 2020 señalan un escenario de inmensas dificultades y de nuevas demandas por protección social y servicios públicos, en especial, los servicios de salud. Ante esto, el Estado necesitará desempeñar un papel central y, en especial, enterrar la austeridad fiscal y revocar el techo de gastos públicos. Necesitará también, mediante reforma tributaria efectivamente progresiva, inclusive gravar grandes fortunas, fortalecer el conjunto de políticas de protección social. Es fundamental asegurar las condiciones de sustentación y consolidación de la Seguridad Social, prevista en la Constitución de 1988, a través del financiamiento adecuado de sus políticas estructurantes, en la perspectiva de entender la promoción del Bienestar Social como finalidad primordial de la actuación del Estado.

Brasil presenta un déficit importante en términos de habitación, con millones de personas sin vivienda o viviendo en condiciones precarias de habitación, acceso al agua y saneamiento, lo que favorece la propagación de enfermedades como el COVID-19 y muchas otras. Se suma la falta de planificación urbana y las condiciones precarias de los transportes públicos, que exigen horas de traslado de los trabajadores en vehículos llenos. Se suma, en las áreas rurales, las dificultades de traslado de las poblaciones para acceder a servicios de salud y educación.

Es necesario crear estrategias de enfrentamiento a la pandemia, construyendo nuevas narrativas de valoración, respeto y reconocimiento de aquello que intencionalmente se fue haciendo invisible por el sistema de conocimiento jerárquico occidental, de supremacía patriarcal, capitalista y colonialista. En la interfaz entre las dimensiones política y simbólica de la pandemia, una intensa producción de información y narrativa, con representaciones visuales en torno del modo y del tiempo de propagación del coronavirus, se disemina y alimenta un imaginario social lleno de ansiedad y miedo, reforzado por la práctica de las necesarias estrategias de aislamiento, cuarentena y medidas de distanciamiento físico.

Para actuar en el plano simbólico, son extremadamente necesarias la apertura y la valoración de espacios interculturales capaces de promover la escucha y diálogos con cosmologías no hegemónicas (y enfrentar los epistemicidios). Esto permitirá un hacer político-institucional (en la política, en la ciencia, en la formación) más amplio y respetuoso de diferencias y diversidades, a fin de construir nuevas prácticas y visiones de mundo, en distintos niveles de la sociedad y en diferentes espacios sociales.

La emergencia de la pandemia del COVID-19 acentúa iniquidades generadas

por raza/color, clase, etnia, género, edad, deficiencias, origen geográfico y orientación sexual. Un mecanismo poderoso de exclusión de grupos poblacionales de una sociedad se llama racismo, elemento transversal de las actuales crisis económicas, políticas, ideológicas y moral. Todas las medidas adoptadas hasta ahora por los Gobiernos y por el Estado han sido direccionadas a la población en general, sin considerar los diferentes segmentos poblacionales, sea en la producción de datos, sea en el desarrollo de estrategias de acción. Entre tanto, es imperativo que todas las diferencias y desigualdades entre los diferentes grupos de la población sean consideradas, tanto para comprender el difícil contexto por el cual todos pasan, como para pensar colectivamente las formas de enfrentar la epidemia.

No hay democracia, ciudadanía y justicia social sin compromiso público de reconocimiento de las especificidades y necesidades de poblaciones vulnerables, como las mujeres y las personas mayores, trabajadores precarizados y grupos excluidos de la sociedad, como la población negra, los pueblos indígenas, la población LGBTI+, personas en situación de calle, gitanos, migrantes y refugiados, personas privadas de libertad. Las iniciativas de políticas económicas, asistenciales, de salud y seguridad pública necesitan mitigar el agravamiento de las desigualdades de género, raza/etnia y clase social asociados a la pandemia.

En particular, el COVID-19 ha impactado profundamente la vida de las mujeres, sea en la esfera privada, sea en el mundo del trabajo, así como el acceso a servicios de salud reproductiva y sexual. Las medidas de cuarentena y aislamiento, con mayor permanencia en el espacio doméstico, han generado aumento de la violencia sexual y de género, acometiendo a mujeres y niños. La lucha contra el feminicidio y la violencia doméstica y sexual contra las mujeres debe ser priorizado en todas las acciones y por todos los sectores de los gobiernos.

Desde el punto de vista inmediato, es posible y viable ampliar las condicionalidades en los programas de renta familiar mínima para contemplar los grupos en mayor vulnerabilidad socioeconómica y riesgo de enfermedad y muerte. Entre tanto, en la defensa de los derechos de estas poblaciones y en la lucha a las iniquidades que históricamente las afectan, es imprescindible involucrar a sectores como Defensoría Pública, prestadores de servicios, tercer sector y Organizaciones no Gubernamentales, para que actúen juntos en la mitigación de los impactos negativos del COVID-19 que intensifica las desigualdades sociales y sus vulnerabilidades.

La vulnerabilidad de los pueblos indígenas a la pandemia, más acentuada en los grupos aislados o de reciente contacto, demanda medidas urgentes y prioritarias, con el fortalecimiento de la actuación del Subsistema de Atención a la Salud Indígena (SASI- SUS), en articulación con las secretarías municipales y estatales de salud, FUNAI, Ministerio de la Ciudadanía, Ministerio de la Mujer, Familia y Derechos Humanos y otros órganos públicos, y el protagonismo de las organizaciones y lideranzas indígenas. Ante esta crisis sanitaria, es necesario también ver y escuchar a determinadas partes de la población, que siguen prácticamente negligenciadas o invisibles a la sociedad, como personas en situación de calle y gitanos nómades o semi nómades.

Algunas reivindicaciones son comunes a todos los brasileños vulnerables e impactados económicamente por la pandemia, en especial, las poblaciones en situación de calle: baños públicos abiertos y agua potable en botellas desechables; restaurantes populares abiertos con horario extendido y entrega gratuita de alimentos; vacunación; Consultorios en la calle, kits con jabón, alcohol gel y otros productos de higiene; acomodación apropiada para las personas que necesitan de aislamiento; abrigo protegido para personas, sus carretas y mascotas. En especial, la renta básica de emergencia es imprescindible para mantener la vida de estas personas, durante las medidas de cuarentena y distanciamiento físico. Entre tanto, el trámite burocrático ha dejado a muchas familias sin el auxilio - considerando la falta de documentos de identificación o de cuentas en banco.

Actualmente, Brasil cuenta con más de 750 mil personas privadas de libertad cuyo perfil es mayoría de personas negras, jóvenes, de baja escolaridad. Las condiciones de confinamiento son extremadamente precarias, con limitaciones de acceso y negación de derechos básicos, y es casi imposible la aplicación de las principales medidas de distanciamiento físico en su ámbito. Está establecido para toda la sociedad el prospecto de una explosión de casos y óbitos entre estas personas. Es urgente que las unidades de prisión sean incluidas como unidades centinelas en las áreas programáticas de los estados y municipio, por sus características y potencial de diseminación del COVID-19. La gravedad de la pandemia es una oportunidad única para fortalecer la alianza entre los poderes Ejecutivo y Judicial, visando prioritariamente buscar medidas para reducir el número de personas privadas de libertad.

En este documento se hace un análisis de las dimensiones e interfaces relevantes de la pandemia del COVID-19 y presenta 70 recomendaciones, dirigidas a las autoridades políticas y sanitarias, a los gestores del SUS y a la sociedad en general. La principal estrategia indicada es la vigilancia epidemiológica, con búsqueda activa de casos confirmados o sospechosos y bloqueo de la transmisión, conducida por equipos calificados, en la red de atención primaria del SUS, coordinadas conjuntamente por las autoridades sanitarias. Medidas de cualificación de la atención secundaria y terciaria igualmente se proponen, en conjunto a estrategias de mitigación de los daños sanitario y económico.

Eventos críticos involucrando agentes de origen biológico, similares al Sars-CoV-2, o de origen químico, radiológico/radioactivo, así como también desastres relacionados a la emergencia climática, hacen parte del modo de producción adoptado por nuestras sociedades y generarán nuevos eventos críticos, que se pueden sobreponer, combinando pandemias, epidemias, desastres y crisis humanitarias y planetarias simultáneamente. En esta perspectiva, no es deseable volver a la situación "normal" anterior a la pandemia o vivir un "nuevo normal" que signifique mantener las condiciones de riesgos y la vulnerabilidad social secundaria a las desigualdades e iniquidades, que multiplicaron los efectos nocivos de la pandemia por COVID-19, así como tantos otros desastres y emergencias en salud pública. Esto significa que, desde ya, se deben construir las condiciones que permitan no sólo una mejor preparación y respuesta a riesgos futuros, sino también el desencadenamiento de procesos de reconstrucción de las condiciones de vida y

VERSIÓN 2 - 15/07/2020

salud con base en los valores da libertad, igualdad y solidaridad, en un Brasil efectivamente democrático.

PRESENTACIÓN

Este Plan Nacional de Enfrentamiento a la Pandemia del COVID-19 resulta de un gran esfuerzo de concepción, ejecución y movilización desarrollado por las entidades que actúan en el área de la Salud participantes del *Frente pela Vida* (Frente por la Vida).

Para enfrentar la crisis sanitaria actual, el Estado brasileño tiene la obligación moral y constitucional de coordinar acciones de emergencia adecuadas para controlar, superar y reducir impactos económicos y sociales sobre la nación brasileña. Además de medidas sanitarias y epidemiológicas, estrategias de sistematización de las informaciones en salud y de protección social de amplio espectro se necesitan, principalmente aquellas de naturaleza económica, aprobadas por el Congreso Nacional, pero que solamente el ejecutivo federal puede realizar. Es, por tanto, de la entera responsabilidad de la Presidencia de la República evaluar correctamente los riesgos de la pandemia del COVID-19, actuando de modo ecuánime y solidario, a fin de viabilizar políticas correctas basadas en evidencias científicas. En el plan federal, el Ministerio de Salud tiene como obligación coordinar acciones de emergencia y adecuadas para reducir la transmisión del COVID-19 y sus impactos sobre la salud. Tales medidas de control deben ser basadas en conocimiento científico, culturalmente sensibles y adecuadas a la diversidad de las realidades sociales, componiendo planes estratégicos de intervención de alcance general y alcance nacional. En otras esferas de gobierno, es de responsabilidad de las autoridades sanitarias estatales y municipales, Secretarios y Secretarias de Salud, formular y ejecutar planes equivalentes, ajustados a las respectivas realidades.

La pandemia no es un problema exclusivo del sector salud, y sí de todos los sectores de gobierno, así como de todos los segmentos de la sociedad y de la economía. Como, temporalmente, los sectores económicos no podrán garantizar la renta del trabajo, le corresponde al Estado la mantención y expansión de auxilios de emergencia, que deben estar a disposición de todos los que los necesiten. En caso que el Gobierno Federal continúe omitiéndose o mostrándose incapaz de viabilizar medidas de apoyo y protección social, perspectiva que parece bastante realista, se puede esperar resultados calamitosos en el ámbito epidemiológico y, en el corto plazo, en el plan económico, político y social.

Recordemos que la Constitución de 1988 define con precisión, en su artículo 196, que *“la salud es derecho de todos y deber del Estado, garantizando mediante políticas sociales y económicas que visen a la reducción del riesgo de enfermedad y de otros agravios y al acceso universal e igualitario en las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación”*.

Obviamente, un gobierno federal incapaz de reaccionar para proteger a la población que representa pierde cualquier trazo de legitimidad. Lamentablemente, el terrible precio de la pandemia y de las crisis de ella derivada, recaerá sobre la mayoría de los brasileños, principalmente sobre los estratos sociales más vulnerables. De hecho, una pandemia como esta que actualmente nos aflige profundiza desigualdades sociales, generando un aumento de la vulnerabilidad social, de iniquidades en salud y de violaciones

de derechos humanos, lo que aflige directamente a determinados grupos poblacionales oprimidos y discriminados e indirectamente, afectando al conjunto de la sociedad.

La presente propuesta representa así una contribución de la sociedad viva en la expectativa de suplir lamentable omisión del gobierno federal en el cumplimiento de su papel ante la población, amenazada por la pandemia y por las graves crisis de ella derivadas. De esta forma, como documento de planificación participativo, definido por su naturaleza objetiva, solidaria e integral, se encuentra abierto a nuevas propuestas, contribuciones y soluciones a ser construidas, siempre colectivamente, ampliando a *Frente pela Vida* (Frente por la Vida).

1. INTRODUCCIÓN

El último día de diciembre de 2019, autoridades sanitarias chinas informaron a la Organización Mundial de Salud (OMS) la ocurrencia de casos de síndrome respiratoria aguda grave, con etiología microbiana desconocida, en Wuhan, en la provincia de Hubei en China. Pocos días después, un nuevo coronavirus fue detectado en muestras recolectadas de estos pacientes y la nueva enfermedad recibió el nombre oficial de coronavirus-2019 (COVID-19). La concentración inicial de casos se convirtió en una epidemia que rápidamente se esparció por el mundo, alcanzando inicialmente a Irán e Italia, hasta que, en marzo de 2020, la OMS formalmente la reconoció como una pandemia. Posteriormente, la pandemia alcanza a todos los países de Asia, de Europa, de América del Norte, de América Latina y El Caribe y, finalmente, del continente africano. En poco más de seis meses, en todo el mundo, ya son más de 9 millones de casos confirmados y casi 500 mil óbitos, se destaca EEUU con 3,3 millones de casos y 135 mil óbitos, y Brasil con 2 millones y 75 mil óbitos, a mediados de julio de 2020.

La Pandemia COVID-19 llega a Brasil a través de casos importados de Europa, inicialmente en Río de Janeiro, São Paulo y Fortaleza. En nuestro país, envuelve una combinación de crisis sanitaria, política, social, económica, ambiental y ética, con potencial de extenderse no sólo a lo largo del año 2020, sino también en los próximos años, en olas que podrán ser ubicadas o no. Como una fractura expuesta de una sociedad desigual e injusta, la pandemia revela fragilidades y condiciones de vulnerabilidad que involucran desde la intensificación de la precarización del trabajo hasta el quiebre de financiación de las investigaciones biomoleculares y clínicas, pasando por el desarme de la industria nacional de medicamentos y vacunas, así como por la desinversión en el Sistema Único de Salud (SUS), reduciendo sus capacidades actuales de vigilancia en salud y de cuidados, de la atención básica a las camas hospitalarias.

En un momento políticamente delicado para la nación brasileña, cuando las incertezas deberían ser reconocidas y superadas y combinadas con medidas urgentes, la ansiedad y el miedo pasan a integrar el imaginario social, agravados por la inseguridad derivada de las profundas desigualdades e iniquidades que no surgieron con la pandemia, pero que han sido por ella agudizadas, profundizadas y resultan en diferenciales inaceptables en los impactos sobre la situación de salud y en el acceso a los cuidados de salud, así como comprometiendo la adhesión a las medidas epidemiológicas de control. Este contexto comprende un triple riesgo para los trabajadores y trabajadoras que actúan en el sistema de salud y en las demás actividades y servicios esenciales, pues se encuentran expuestos a mayor riesgo físico y psicosocial que las demás personas, además de haberse convertido objeto de violencia de grupos que niegan la relevancia y gravedad de la pandemia y que, orientados por ideologías anticientíficas, divergen de su forma de tratamiento.

Conforme a lo observado en todo el mundo, Brasil no sería excepción, el control efectivo y eficiente de la Pandemia COVID-19 y la reducción de sus impactos sociales y sanitarios inmediatos solamente pueden alcanzarse mediante la

priorización de las vidas en detrimento de los intereses del mercado, con amplia protección social para todas las personas, lo que implica una buena gobernanza con transparencia, participación, liderazgo político con plena credibilidad y gestión responsable, con coordinación eficaz y articulada de recursos, personal, procesos e insumos. La mitigación de los efectos perversos de esta crisis y sus desdoblamientos, así como la prevención de futuros riesgos de magnitud equivalente, deben ser fundadas en intensos procesos de movilización solidaria y compromiso de la sociedad como un todo, que requieren, necesariamente, recursos que permitan a todas las personas ejercieron su derecho a las medidas sanitarias, colectivas e individuales de protección, además de la preservación y ampliación de la democracia como régimen político.

Lamentablemente, de parte de las autoridades federales y de algunos gestores en otros planes de gobierno, a los cuales cabría la responsabilidad y la obligación de acarrear recursos, viabilizar medios, gestionar procesos, promover el diálogo y coordinar acciones para enfrentar esta gravísima crisis sanitaria, constatamos solamente ausencia, inercia y, cuando no, promoción de boicot y obstáculos, deliberada o derivada de ignorancia y negación. El resultado de esa irresponsabilidad trágica es el hecho de que Brasil entra en el quinto mes de la pandemia, con dos millones de casos y 75 mil muertos, sin cualquier plan oficial de enfrentamiento general de la pandemia, a pesar de anunciado en algunos momentos, por los diferentes titulares que pasaron por el Ministerio de Salud.

Frente a esta lamentable y grave omisión, entidades representativas de la sociedad se reunieron e iniciaron el movimiento denominado *Frente pela Vida* (Frente por la Vida), que tuvo su primera manifestación pública en el acto político “Marcha pela Vida” (Marcha por la Vida), realizado el día 9 de junio, el que contó con la adhesión de más de 400 entidades y movimientos sociales. Dando continuidad y concretizando este movimiento, proponemos, en este momento, iniciar una escucha y un diálogo con la sociedad brasileña visando a la formulación, elaboración, negociación e implementación de un Plan Nacional de Enfrentamiento del COVID-19 [PNE- COVID-19].

2. COMPRENDER LA COMPLEJIDAD DE LA PANDEMIA

La pandemia del nuevo coronavirus no se reduce a un patógeno que repentinamente se hace capaz de amenazar la salud humana, el SARS-Cov-2, ni a las señales y síntomas inicialmente desconocidos de una nueva entidad mórbida bautizada de COVID-19, ni a indicadores epidemiológicos y sus curvas epidémicas, ni al proceso dinámico de diseminación y contagio, ni a la “infodemia” de *fake-news*, mitos y mentiras, ni al miedo/pánico que todo esto provoca, ni a las crisis económicas, políticas y psicosociales de ella derivadas o a ella asociadas. La pandemia comprende un complejo de fenómenos y procesos múltiples, en su diversidad plena, articulados a numerosos elementos de comprensión y análisis, objeto de distintos enfoques. Es importante notar que la Pandemia comprende ocurrencias simultáneas, con distintos objetos de conocimiento, procesos de determinación y diversas posibilidades o modos de intervención, en varias dimensiones - biológica, clínica, epidemiológica, ecosocial, tecnológica, económica, política, simbólica -y sus respectivas interfaces.¹

En la dimensión biológica, en los planes molecular, celular y somático, donde el virus SARS-CoV-2 actúa causando contagio, infección, enfermedad y eventualmente falencia de órganos y sistemas, el modo de intervención consiste en la inducción o animación del sistema inmunológico de individuos, con las vacunas, por ejemplo. En este nivel, es necesario movilizar la industria nacional en busca de productos terapéuticos (medicamentos) y profilácticos (vacunas), fundados en adecuadas ciencias, tecnologías y buenas prácticas de fabricación, capaces de contribuir tanto al bienestar de los individuos como a la protección colectiva, con el refuerzo del estado inmunitario de la población.

En la interfaz clínico-epidemiológica, ocurre la acusación de la enfermedad en sujetos individuales, así como las prácticas en busca de cura o reducción de letalidad y secuelas de la enfermedad, en contextos culturales y territorios determinados. En esta interfaz, una intervención efectiva dependerá de la recomposición presupuestaria (revocación de la EC-95), de la garantía y ampliación de los medios de sustentación financiera y del fortalecimiento institucional del Sistema Único de Salud, con la expansión de todos sus servicios, incluyendo la vigilancia en salud, la atención básica y la asistencia hospitalaria. En consecuencia, el SUS debe perfeccionar su modelo de atención, superando el abordaje fragmentada, individualista, hospitalocéntrica y esencialmente biomédica, en favor de un abordaje integrada e integral, enfocada en la promoción de la salud, articulando acciones sobre los determinantes sociales, preferencialmente con la participación activa de colectivos, movimientos e instituciones en los diversos territorios, sin descuidar de las acciones de prevención y tratamiento de las enfermedades, incluyendo las enfermedades crónicas no transmisibles (DCNT), que actúan como agravantes del Covid-19.

¹ <https://brasil.elpais.com/opinion/2020-06-17/pandemia-exige-uniao-das-ciencias-brasileiras.html>

Los determinantes sociales amplían la lectura de la dimensión epidemiológica de casos infectados e infectantes, revelando diferentes niveles de vulnerabilidad y riesgo, demandando amplias y efectivas medidas de vigilancia epidemiológica para la reducción de incidencia y control de la transmisibilidad. A este nivel, se necesitan intervenciones basadas en acciones de vigilancia en salud, cumpliendo lo previsto en la Política Nacional de Vigilancia en Salud (Resolución CNS n° 588/2018), que incluyen las vigilancias: epidemiológica, sanitaria, en salud del trabajador y en salud ambiental. Es importante recordar que las vigilancias en salud del trabajador y la ambiental incorporan las dimensiones del trabajo/ocupación y del ambiente en las evaluaciones de los casos y de las situaciones de riesgo investigados, y que la vigilancia sanitaria, a través de su sistema nacional, actúa en la regulación de bienes y servicios, así como en la circulación de medios de transporte, mercaderías y personas para la protección de la salud y reducción de riesgos.

En la interfaz epidemiológica-ecosocial, la pandemia se transforma en sistemas de epidemias alimentados por cadenas y olas de infección, estresando la capacidad de la sociedad en producir conocimientos y nuevas tecnologías. En esta interfaz, es indispensable el fortalecimiento de las acciones de protección y preservación ambiental. Este tema es fundamental en la medida en que la pandemia también nos alerta sobre la necesidad de pensar en un otro modo de vivir y convivir con la naturaleza, lo que incluye sistemas alimentarios saludables y sostenibles, ante el capitalismo neoliberal que está destruyendo nuestras naturales de flora y fauna, amenazando pueblos que tradicionalmente celan por la defensa de la biodiversidad y propiciando el apareamiento de patógenos que vienen causando y aún causarán serios daños al ser humano. En este sentido, es imprescindible el reconocimiento y la promoción de los saberes y prácticas de cuidado de los pueblos originarios y tradicionales, que componen las cosmologías de salud de esos y de otros pueblos y, por diversas veces, son duramente criticadas y depreciadas deslegitimando tales iniciativas de salud.

En la dimensión tecnológica, se debe garantizar el apoyo financiero e institucional a los grupos de investigación cuyo objeto es la salud humana; para esto, será necesario recomponer las instituciones de fomento y los recursos financieros que les permiten cumplir sus misiones. En el plan informacional, criterios de interoperabilidad y lógica de flujos informacionales se deben reflejar en los sistemas de gestión de informaciones en salud, así como en la garantía de la autenticidad de los procesos de tratamiento, organización y preservación de las informaciones. También es necesario movilizar la industria nacional para el desarrollo de productos terapéuticos (medicamentos) y profilácticos (vacunas), dispositivos y equipos (Equipos de Protección Personal - EPPs, ventiladores, etc.) fundados en adecuadas ciencias, tecnologías y buenas prácticas de fabricación, capaces de contribuir tanto al bienestar de los individuos como a la protección colectiva, con el refuerzo del estado inmunitario de la población.

En la dimensión económica, es indispensable reducir y compensar desigualdades e inequidades, con la finalidad de eliminar los diferenciales inaceptables en los impactos sobre la salud y en el acceso a los cuidados, así como en las condiciones concretas para el éxito de las medidas epidemiológicas de control, obstaculizado o inviabilizado por las

dificultades de adhesión de los estratos económicamente más vulnerables de la población. En cualquiera de los niveles, todas las vidas importan, igualmente, razón por la que es imprescindible reconocer que las vidas de determinados grupos sociales están bajo mayor ataque y amenaza, ante el racismo estructural, necesitando de mayor protección. Además, frente a la pandemia y a la recesión económica que la misma agravó, esta interfaz exige la adopción de medidas de orden económico que aseguren la protección social y seguridad alimenticia en los diversos escenarios socioculturales, con renta básica universal y accesible, sin retiro de derechos ya conquistados, además de financiamiento no reembolsable para empresas comprometidas con la mantención de los empleos.

La dimensión política presupone un ambiente de confianza en las instituciones democráticas, basado en relaciones de credibilidad entre las autoridades sanitarias y políticas y la población. En particular, este ambiente se ha visto extremadamente fragilizado por omisión e iniciativas nocivas de autoridades políticas del ejecutivo federal que preceden al período de la pandemia, visando al desfinanciamiento del sistema público de salud y desmantelamiento de los sistemas de información y vigilancia en salud. Es imprescindible asegurar calidad, transparencia y acceso a las informaciones en salud discriminadas para la construcción de estrategias y la toma de decisiones en la lucha a la pandemia, superando acciones deshumanizadas que transforman personas y su sufrimiento en meras estadísticas. Es responsabilidad de las autoridades del gobierno federal orientar e implementar directrices nacionales basadas en conocimiento científico y en discusión con la sociedad. La dimensión ética requiere el reconocimiento del sujeto humano como un legítimo otro a quien no se puede perjudicar por decisiones y acciones que se tomen trivializando su potencial capacidad de perjudicarlo. Requiere que estas acciones estén pautadas en una dimensión protectora de todos los seres humanos y, en especial, de aquellos más vulnerables.

Finalmente, en la interfaz político-simbólica, especialmente en las esferas culturales, intensa producción de información y narrativa, con representaciones muchas veces sensacionalistas y falsas en torno del modo y del tiempo de propagación del coronavirus, se disemina y alimenta un imaginario social lleno de ansiedad y miedo, reforzado por la práctica de las necesarias estrategias de cuarentena, aislamiento y distanciamiento físico. Esto ha sido observado de modo más intenso en las extremidades del ciclo de vida y en grupos vulnerables, invisibles y silenciados por las iniquidades sociales preexistentes. Es muy diferente experimentar la epidemia considerando la diversidad de los cuerpos en sus cotidianos, conforme al territorio donde viven, los lugares que ocupan en la sociedad, los presupuestos culturales y simbólicos que comparten y los marcadores sociales que cargan en función de género, raza/etnia, clase social y deficiencias, así como de las diferentes formas de pensar las relaciones entre seres humanos y no humanos y entre grupos sociales y sus ambientes ecológicos y tecnológicos. La mitigación de estos efectos perversos debe ser fundada en intensos procesos de movilización solidaria y compromiso de la sociedad como un todo, los que requieren, necesariamente, la preservación y ampliación de la democracia como régimen político y la garantía de los derechos humanos asegurados constitucionalmente. El enfrentamiento de estos

efectos debe considerar también el reconocimiento, divulgación y fortalecimiento de iniciativas comunitarias autorreguladas, bajo la forma de redes de solidaridad nuevas y preexistentes que buscan suplir la omisión del Estado en su violenta necropolítica.

Aún en esta interfaz, al acompañar la intensa producción informacional y narrativa y el gran volumen de informaciones científicas serias y comprometidas con la realidad, incluso que transitorias e inciertas, vemos en igual o mayor proporción las noticias falsas y/o incorrectas (*fake news* y *wrong News*) como parte de los cotidianos, lo que produce efectos negativos importantes en la lucha contra el COVID-19, lo que puede empeorar los malos resultados, por la gran dificultad en separar hechos de mitos y de diferenciar teorías confiables y sensatas de las conjeturas y especulaciones. Delante de este fenómeno socio-simbólico denominado *infodemia*, incluso no siendo novedad, necesitaremos encontrar soluciones para enfrentar la desinformación y las noticias falsas que recorren el mundo en segundos por las redes sociales y que en contextos críticos impiden la adopción de medidas importantes de combate a las crisis derivadas de la pandemia. Estas soluciones incluyen también buscar formas de traducir el discurso científico para que se haga accesible a los diversos segmentos poblacionales y producir redes comunicacionales dialógicas.

En este plano, la inmensa mayoría de las informaciones cruciales para la prevención del contagio por el virus implica medidas que suponen disponibilidad de recursos y situaciones adecuadas de vida y vivienda, tales como la posibilidad de permanecer en casa con mantención de la renta, disponibilidad de agua y alcantarillado de aguas servidas, viviendas aireadas y amplias en relación al número de sus habitantes.

3. REFERENCIAL METODOLÓGICO ESTRATÉGICO

La necesidad de un Plan Nacional de Enfrentamiento a la Pandemia del COVID- 19, que venga de la sociedad civil, en un momento en que la epidemia ya se desarrolla hace cerca de cuatro meses en Brasil, y que tiene como resultado casi dos millones de casos y más de 70 mil muertes, se justifica por la actuación cada vez más contradictoria, ambigua y, en el límite, ausente, del gobierno federal, con efectos reales en la producción de víctimas en la sociedad, derivados de la exposición innecesaria al contagio y a las violencias producidas por la negación de la ciencia y de la gravedad de la pandemia. Se pretende que este Plan sea elaborado de manera amplia, democrática y participativa, en una perspectiva abierta, integradora y resolutive, movilizando lideranzas de los diferentes campos científicos, técnicos, sociales y políticos.

La singularidad y la complejidad de la actual pandemia, sin duda, representan un enorme desafío y señalizan la necesidad de buscar soluciones integradoras, pertinentes y cuidadosas a los problemas complejos que emergen de esa grave crisis sanitaria, por medio de la construcción, inter-transdisciplinaria y participativa de un Plan de Enfrentamiento. Conforme al referencial expuesto precedentemente, hay una evidente correspondencia entre objetos de conocimiento específico, formas de determinación y modos de intervención viables en cada plan de ocurrencia de los procesos biológicos, clínicos, epidemiológicos, ecológicos, tecnológicos, económicos, políticos y culturales que componen el complejo fenoménico de la Pandemia COVID-19. En conformidad a lo indicado, las acciones a ser propuestas, planificadas, ejecutadas, acompañadas, evaluadas y diseminadas deben seguir ejes de actuación correspondientes a varias dimensiones e interfaces jerárquicas señaladas.

Cada una de estas interfaces ha sido objeto de eventos de integración transdisciplinaria y traslacional, promovidos por las organizaciones que componen el *Frente pela Vida* (Frente por la Vida) con la participación de especialistas de las diferentes áreas de conocimiento pertinentes a todo el espectro de complejidad de la Pandemia COVID-19. En este sentido, las contribuciones de las entidades del campo académico y científico han sido organizadas a partir de varias actividades, listadas en el Anexo 1. Una primera versión compilada del documento-base fue evaluada por las tres comisiones de ABRASCO y por sus 21 Grupos de Trabajo, recibiendo contribuciones y revisiones de varios colaboradores/as. Las revisiones serán publicadas mensualmente a partir de las contribuciones enviadas e incorporadas al plan después de la discusión por parte del comité. Se fomentarán espacios para profundizar la discusión, incluyendo el monitoreo de las acciones y pluralización de los debates con representaciones de los grupos sociales más afectados.

Ante el grave escenario, el Consejo Nacional de Salud (CNS), instancia máxima del control social del SUS, instituyó un Comité de acompañamiento de la pandemia COVID-19, con el objetivo de reforzar y colectivizar las acciones en su ámbito, con representación paritaria del conjunto de consejeras y consejeros

nacionales de salud. El Comité ha realizado reuniones periódicas remotas para alineamiento de las acciones, definición de estrategias, encaminamientos de pautas y articulación con consejeros y consejeras nacionales, comisiones intersectoriales y red de consejos estatales y municipales de salud. Es responsabilidad del grupo el análisis de documentos, posicionamientos, estudios, movilizaciones, entre otras acciones necesarias en este período de lucha contra la pandemia. Han sido producidos numerosos documentos, tales como notas públicas, recomendaciones, cartas, apreciaciones técnicas, orientaciones, mociones, entre otros (Anexo 2), encaminados a los órganos del Ejecutivo, Legislativo y Judicial y demás instancias.

La escucha sistemática y articulada de todas las contribuciones, organizadas en ejes interdisciplinarios definidos por las interfaces jerárquicas, permite la consolidación de datos, informaciones y recomendaciones basadas en conocimiento científico y en saberes técnicos de los diferentes campos disciplinarios y sectores de políticas sociales. Esta metodología envuelve especialmente a las entidades científicas de la salud colectiva y de la bioética, representadas en el Consejo Nacional de Salud y en otras instancias de la sociedad civil, competentes en la articulación de redes institucionales de formación, producción de conocimiento y articulación de saberes, prácticas y técnicas en el campo de la salud. De esa manera, estas entidades tienen la oportunidad de articular las ricas contribuciones de diferentes campos disciplinarios, poniéndose, de esta forma, a disposición del *Frente pela Vida* (Frente por la Vida) para incentivar y organizar la elaboración de ese Plan, a ser ampliamente discutido con la sociedad.

Se trata de estrategia metodológica participativa y dialogada, con el objetivo de compilar contribuciones de los diversos campos de conocimiento, en una perspectiva sistemática y aplicada, ya en curso. Con base en este esfuerzo general e integrando contribuciones de numerosos grupos y núcleos de investigación actuantes en diferentes instituciones de conocimiento, se presenta en este documento un análisis de la situación de la pandemia del COVID-19 en el país en los diversos planes y dimensiones, en conjunto a las recomendaciones para su enfrentamiento.

4. ASPECTOS BIOMOLECULARES Y CLÍNICOS²

La enfermedad llamada COVID-19 tiene como agente etiológico un nuevo coronavirus, denominado de SARS-CoV-2, miembro de la familia *Coronaviridae*, grupo de virus de RNA altamente diversificado. SARS-CoV-2 es el séptimo coronavirus envuelto en infecciones de seres humanos, no obstante tenga características genéticas compatibles con la familia de los coronavirus, aun así tiene secuencias genéticas distintas significativamente diferentes de los coronavirus previamente secuenciados. Con base en el estudio de su secuencia genética, SARS-CoV-2 probablemente se originó en murciélagos, pero hay un huésped intermediario todavía desconocido, pues virus similares pueden ser encontrados en otras especies animales. Estudios de filogenia molecular determinaron que este nuevo coronavirus presenta al menos tres grandes linajes y diversos sub-linajes. A pesar de no existir diferencias en relación a la patogenicidad, los linajes oriundos de las epidemias ocurridas en Italia y otros países europeos y después de diseminadas a Brasil y Estados Unidos presentan un perfil de mayor transmisibilidad.

Análisis genómicos clasifican el SARS-CoV-2 en el género Betacoronavirus, siendo bien conocido su padrón de replicación en células, tropismo en el organismo y por consiguiente su patogénesis. La proteína de envoltura viral denominada *Spike* (S) o proteína de espícula, promueve la fusión y unión de la membrana del virus al receptor celular. La enzima ACE2, convertidora de angiotensina en diversos sistemas orgánicos, ya era conocida como vía de adhesión y entrada de esos linajes de coronavirus en las células. La ACE2 particularmente abundante en el tracto respiratorio superior e inferior, pero también se expresa en células del sistema renal, sistema circulatorio, en el epitelio intestinal y en otros órganos, así como su implicación en la regulación de la presión arterial, la relación íntima y crucial entre la proteína S viral y su receptor celular determina no sólo el tropismo preferencial del SARS-CoV-2 por el aparato respiratorio, como también una posible infección de otros sistemas orgánicos y disturbios en la microcirculación encontradas en pacientes con la forma más grave del COVID-19.

² Referencias bibliográficas: Bourgonje AR, Abdulle AE, Timens COVID, et al. Angiotensin- converting enzyme 2 (ACE2), SARS-CoV-2 and the pathophysiology of coronavirus disease 2019 (COVID-19) [published online ahead of print, 2020 May 17]. *J Pathol.* 2020;10.1002/path.5471. doi:10.1002/path.5471; Castells M, Lopez-Tort F, Colina R, Cristina J. Evidence of Increasing Diversification of Emerging SARS-CoV-2 Strains [published online ahead of print, 2020 May 15]. *J Med Virol.* 2020;10.1002/jmv.26018. doi:10.1002/jmv.26018; Chen COVID, Liu Q, Guo D. Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis. *J Med Virol.* 2020;92(4):418-423. doi:10.1002/jmv.25681; Han GZ. Pangolins Harbor SARS-CoV-2-Related Coronaviruses. *Trends Microbiol.* 2020;28(7):515-517. doi:10.1016/j.tim.2020.04.001; Ji COVID, Wang COVID, Zhao X, Zai J, Li X. Cross-species transmission of the newly identified coronavirus 2019-nCoV. *J Med Virol.* 2020;92(4):433-440. doi:10.1002/jmv.25682; Xu COVID, Zhong L, Deng J, et al. High expression of ACE2 receptor of 2019-nCoV on the epithelial cells of oral mucosa. *Int J Oral Sci.* 2020;12(1):8. Published 2020 Feb 24. doi:10.1038/s41368-020-0074-x; Zhou P, Yang XL, Wang XG, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature.* 2020;579(7798):270-273. doi:10.1038/s41586-020-2012-7

Más transmisible que la influenza, el COVID-19 tiene una letalidad estimada cerca de 14 veces mayor que la de la influenza. La presentación inicial del COVID-19 se asemeja a una gripe, con síntomas de fiebre, tos, dolor de garganta y secreción nasal. En realidad, el Covid-19 es una enfermedad sistémica. Aproximadamente 80% de los pacientes se recuperan sin complicaciones, se clasifican como casos leves (sin neumonía o con una neumonía viral leve). A partir de la segunda semana a partir del inicio de los síntomas, cerca del 20% de los pacientes presentan falta de aire e hipoxemia debido a una neumonía viral extensa, seguida de procesos inflamatorios, vasculares y otros, y necesitan de cuidados; y a fenómenos trombóticos e inflamatorios que agravan el cuadro pulmonar, necesitando de internación, oxigenoterapia y, como sugieren estudios recientes, uso de corticoides, anticoagulantes, además de otras intervenciones. Un cuarto de los pacientes sintomáticos (cerca del 5% del total de infectados) alcanza niveles críticos debido a la insuficiencia respiratoria, coagulación intravascular diseminada, choque circulatorio, o disfunción orgánica múltiple, y necesita de terapia intensiva, pudiendo llevar a una alta letalidad.

En momentos de pandemia, epidemia o brotes de infecciones respiratorias agudas, como el COVID-19, se deben adoptar medidas específicas, como: reorientar los flujos y reorganizar los espacios de atención de forma tal de permitir la separación de casos sospechosos, asegurar los equipos y medidas de protección individual y colectiva, adoptar mecanismos de acompañamientos y seguimiento de los casos (visitas, acompañamiento y orientaciones complementarias por tele atención). Los equipos de cuidado necesitan estar completos y contar con equipos y recursos de apoyo diagnóstico y terapéutico adecuados, por ejemplo, termómetro, oxímetro de pulso, material para oxigenoterapia, colecta de material para pruebas de influenza y COVID-19 (prueba molecular), exámenes de laboratorio complementarios, acceso a exámenes de imagen. Deben, también, estar capacitados para encaminar a los pacientes a otros servicios siempre que sea necesario, de forma responsable y articulada con otras unidades de la red.

En vista del alto contagio del COVID-19, el aislamiento de casos y sus contactos es esencial. El tratamiento rápido y adecuado de los casos que demandan asistencia médica debe realizarse a través de una red de servicios de salud de diferentes niveles de complejidad. La línea de cuidado, por tanto, debe considerar las diferentes fases de la enfermedad y su potencial de gravedad, englobando desde el manejo de síntomas y aislamiento domiciliario hasta la internación en UTI, incluyendo la rehabilitación después del alta hospitalaria. Es necesaria la atención presencial a los pacientes sospechosos o confirmados en las unidades de salud y en todos los niveles de complejidad, para no aumentar el alto riesgo de contagio para los profesionales de salud y demás usuarios.

Los casos sospechosos de COVID-19 deben seguir protocolos de recepción y clasificación de acuerdo al riesgo de complicaciones hasta la confirmación clínica o de laboratorio, con orientación clara de los niveles de autocuidado y cuidado al usuario y sus contactantes. El transporte de pacientes de domicilio directamente para la unidad de referencia debe constar como punto esencial en la planificación de la red asistencial para que la terapia adecuada se pueda

iniciar a tiempo con acceso a camas de cuidados intermedios e intensivos. El manejo clínico de pacientes debe seguir protocolos ya establecidos, integrados en redes de referencia e información que permitan el monitoreo del cuidado y posibilidad de mecanismos rápidos de regulación.

Los desafíos para el SUS no se limitan a los aspectos de prevención de riesgos y promoción de la salud, ni a los cuidados clínicos de los pacientes con COVID-19, en su fase aguda, puede extenderse por largos períodos, en función de las secuelas que puedan surgir derivadas de la infección por SARS-COV-2. Estudios han demostrado que personas que tuvieron COVID-19, incluso en sus formas más leves, de diferentes edades, después de la alta médica, pueden evolucionar con secuelas respiratorias, neurológicas, psiquiátricas, musculares, entre otras. Estas nuevas situaciones de salud van a exigir organización del SUS orientadas al cuidado de esos pacientes, además de políticas de protección social, considerando el riesgo de incapacidad, inclusive en el trabajo.

5. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

El panorama de la pandemia del COVID-19 en Brasil es extremadamente desafiador porque tal fenómeno, en su complejidad involucra elementos comunes a nivel mundial, pero ocurre, también, que en un país con una enorme diversidad geográfica, social y cultural comprendida en el inmenso territorio nacional, así como por los aspectos coyunturales, tanto políticos como económicos, correlatos, coincidentes y convergentes con el fenómeno de la pandemia. En este caso, los parámetros epidemiológicos (incidencia, mortalidad, transmisión y difusión en la población) indican más de un sistema de epidemias, con brotes, olas y variaciones diferentes en distintos segmentos de la población y sectores del territorio. Así, estas características de diversidad y variabilidad representan factores cruciales a ser considerados en la implementación de acciones de monitoreo, control, evaluación y comunicación de propuestas y estrategias de superación de la pandemia y de sus impactos en nuestro país.

5.1. La pandemia del COVID-19 en Brasil

El primer caso de COVID-19 se registró el 26 de febrero de 2020, en Brasil. Entre tanto, tres cepas del SARS-CoV-2 fueron identificadas en el país entre el 22 y 27 de febrero; por tanto, ya estaban bien establecidas antes de la implementación de medidas de vigilancia y prevención no farmacéuticas tales como distanciamiento físico, prohibiciones de viajes, uso de elementos de protección, entre otros. Este escenario introductorio en nuestro territorio influyó en el cuadro precoz y más grave de capitales como São Paulo, Río de Janeiro, Ceará y Manaus. La transmisión llamada comunitaria solamente fue oficial nacionalmente el 20 de marzo, no observando las especificidades y diversidad en la forma de ocupación territorial.

El acompañamiento de la expansión de la pandemia del nuevo coronavirus a nuevos barrios, municipios y estados han demostrado que la transmisión del contagio por el SARS-CoV-2 también ha alcanzado y propagado entre diversos grupos de trabajadores y a lo largo de las cadenas productivas de los diversos ramos y sectores de actividades económicas. Esto ocurre tanto en aquellas actividades consideradas esenciales (como servicios de salud, comercio de giros alimenticios, transporte de personas y mercaderías, generación de energía, agricultura, producción de alimentos, etc.), como en actividades no esenciales, que no interrumpieron su funcionamiento durante los períodos de cuarentena (como industrias diversas, minería, construcción civil, comercio en general, servicios domésticos, entre otras).

La pandemia del COVID-19 en Brasil alcanzó una de las curvas más inclinadas de aumento de casos en el mundo. En 14 días, el país alcanzó 50 casos, diez días después llegó a 1.000 casos, el 4 de abril ya había 10 mil casos, un mes después sobrepasamos 100 mil casos. Las semanas siguientes mostraron crecimiento significativo de la diseminación del virus en la población brasileña, el 2 de junio teníamos medio millón de casos oficiales notificados, sobrepasando el 19 de junio el número de 1 millón de casos nuevos acumulados y más de 1.000 de casos nuevos por día. Al inicio del mes de julio, Brasil ya registra más de 1,5

millones de casos oficiales notificados, convirtiéndose, a fines del mes de junio en el país con más alta incidencia diaria de COVID-19 en todo el mundo.

El primer óbito ocurrió el 17 de marzo; una trabajadora doméstica que se contaminó en contacto con su empleadora en el lugar de trabajo. Un mes después (10/4) el total de muertes acumuladas era de 2.143, número que aumentó expresivamente en las semanas siguientes y llegó a 16.118 el 17/5 y sobrepasó los 50 mil óbitos el 23/06. A mediados de junio, Brasil presentaba un coeficiente de mortalidad de 22,1 óbitos/100.000 habitantes por COVID-19, que se convierte, entonces, en la principal causa de muerte en el país. El 2/7, el país ya registra 60.632 óbitos, lo que representa una mortalidad de casi 300 óbitos/100.000 habitantes por COVID-19, con un índice de letalidad del 4,2%.

La epidemia se diseminó de forma bastante heterogénea por el país, con una diferencia de 30 a 40 días entre los estados de Sergipe y Tocantins, que exhibieron la ascensión de la curva epidémica más tardíamente. La curva epidémica fue más acelerada en el Norte y Nordeste con tasas de mortalidad de 42,2 y 23,8/100.000 habitantes respectivamente, después de 80 días del 1^{er} óbito. En las regiones Sureste, Centro-Oeste y Sur las tasas de mortalidad a los 80 días del 1^{er} óbito fueron respectivamente 18,5; 4,6 y 2,8/100.00 habitantes. A inicios de julio, a los 98 días de la pandemia para las regiones con mayor atraso, las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes fueron: Norte 51,8; Nordeste: 34,2; Sureste: 27,4; Centro-Oeste: 22,2; Sur: 54,6.

Los estados más poblados, São Paulo y Río de Janeiro, registran el mayor número de casos y óbitos notificados del país. El 16/6, São Paulo tenía 190 mil casos acumulados y 11.132 óbitos, mientras que Río de Janeiro tenía 83 mil casos y 7.967 óbitos. El 2/7, São Paulo registra casi 300 mil casos y 15 mil óbitos; Río de Janeiro acumula 115 mil casos y sobrepasa las 10 mil muertes. Así, estos dos estados responden por el 30% de los casos y 40% de los óbitos en el país.

La mayor incidencia de casos notificados de COVID-19 se registró en los estados de la Región Norte. El 16/6, la incidencia en Amapá era de 2.100/100.000, en Amazonas 1.380/100.000, en Roraima y en Acre 1.120/100.000 habitantes. En la misma fecha, los cinco estados con mayor tasa de mortalidad eran Amazonas (60,8/100.000), Ceará (55,3/100.000), Pará (49,5/100.000), Río de Janeiro (46,0/100.000) y Pernambuco (41,2/100.000). En contraste, los estados de Goiás, Rio Grande do Sul, Santa Catarina y Mato Grosso do Sul presentaron tasas de mortalidad por debajo de 3,5/100.000 habitantes.

A inicios de julio, la incidencia en Amapá era de 3.375/100.000, seguido de Roraima con 2.266/100.000, Amazonas con 1.725/100.000, DF con 1.666/100.000 y Acre con 1.539/100.000 habitantes. En la misma fecha, los cinco estados con mayor tasa de mortalidad eran Amazonas (67,8/100.000), Ceará (67,4/100.000), Río de Janeiro (58,8/100.000), Pará (57,2/100.000), Roraima y Pernambuco (51,0/100.000). Los estados de Goiás, Rio Grande do Sul, Santa Catarina y Mato Grosso do Sul presentaron tasas de mortalidad por debajo de 8,0/100.000 habitantes.

Recientemente, algunos estados que presentan tasas de incidencia de la enfermedad entre las más bajas del país, empiezan a preocuparse con la tendencia de aumento. No obstante, el Ministerio de Salud y algunos gobiernos

estatales mencionen una “estabilización de la curva epidémica” y un reciente análisis realizado por el *Imperial College* de Londres observó que en Brasil hubo una reducción general del coeficiente de transmisibilidad (R_0 o número reproductivo básico), en los 16 estados acompañados (aquellos donde hubo más de 50 óbitos hasta el momento), este índice continúa mayor que 1, lo que indica que la incidencia de la enfermedad continúa en crecimiento.

La suspensión de la divulgación de datos sobre la pandemia por el Ministerio de Salud, junto a la tentativa de manipularlos sustrayendo parte de los óbitos del total que debería informarse, en contramano del estándar seguido por todos los países del mundo, llevó al Consejo de los Secretarios de Estatales de Salud – (CONASS) a organizar inmediatamente una plataforma propia de compilación. Paralelamente, por iniciativa propia, se creó un consorcio de vehículos de comunicación competentes para una acción cooperativa de divulgación de los datos generados por las secretarías de salud de los estados, buscando llenar el vacío del papel del gobierno federal y el descrédito de las informaciones generadas por el mismo. Así mismo, registros detallados que eran usados por gestores y investigadores dejaron de ser ofrecidos, comprometiendo importantes iniciativas locales de monitoreo.

El conocimiento epidemiológico acumulado hasta ahora sobre el COVID-19 y la experiencia de otros países donde la epidemia llegó más temprano indican algunos caminos y peligros. La expansión de la enfermedad no debe cesar espontáneamente, mientras haya una proporción razonable de personas susceptibles; hasta alcanzar este nivel de inmunidad colectiva suficiente para contener la transmisión, millones de personas habrán sido infectadas, centenas de miles morirán. En esta fase reciente, la epidemia avanza hacia el interior de los estados. El número de casos en estas áreas ya supera los casos acumulados en la mayoría de las respectivas capitales. Este cuadro prevé un agravamiento de algunos indicadores como letalidad y mortalidad (variables por localidades según accesibilidad e infraestructura de los servicios disponibles), considerando que la capacidad de asistencia terciaria, como camas de UTI, está concentrada en las capitales y polos urbanos más grandes en los Estados.

Brasil ya vive una tragedia cuando el número de casos acumulados alcanza dos millones y la mortalidad avanza más allá de los 70 mil óbitos. Proyecciones optimistas indican que estos números se multiplicarán por tres hasta fines de este año; otras proyecciones llegan a 20 veces. Igualmente, el mejor escenario es aterrador. En él, la capacidad de los servicios de salud para atención de pacientes graves será sobrepasada en buena parte de las ciudades brasileñas, lo que conducirá a un aumento en la letalidad (por COVID y también por otras causas que tendrán su atención comprometida), a la ruptura de las medidas de bioseguridad en los servicios de salud colapsados y a una desorganización aún mayor de la actividad económica. A este perfil se suma el sufrimiento humano de aquellos que se enferman, de los que asisten, de los que apoyan y vivencian, lo que exige la provisión de la asistencia ante el surgimiento de síntomas psíquicos, a la agudización de los trastornos mentales y demás agravios causados por el aumento de la violencia intra domiciliaria.

5.2. Enormes desigualdades: contexto favorable a la difusión de la pandemia

En Brasil, los desafíos para enfrentar el COVID-19 se presentan aún más complejos, pues la transmisión del virus y el impacto de la pandemia tienden a ser más graves en un contexto de gran desigualdad económica y social, con poblaciones que viven en condiciones precarias de habitación y saneamiento, sin acceso constante al agua, en situación de aglomeración y con alta prevalencia de enfermedades crónicas, carencias y deficiencias, conforme lo observa el Informe Mundial sobre la Discapacidad.

Los primeros casos confirmados eran personas de estrato económico elevado, recién llegadas de viajes al exterior, pero la enfermedad rápidamente alcanzó a las comunidades pobres de las periferias de las grandes ciudades y se expandió hacia el interior del país, alcanzando inclusive a pueblos indígenas, quilombolas y poblaciones ribereñas. La letalidad en estos grupos ha sido superior al promedio brasileño. Estudios han mostrado, también, mayor letalidad entre negros y negras cuando se comparan con las personas de raza blanca, a resentimiento de las fallas de relleno de la pregunta raza/color y etnia en los servicios de salud. Durante la pandemia, las enormes desigualdades sociales entre los brasileños se han reflejado en un inaceptable exceso de muertes entre mujeres, pobres, negros e indígenas, norteros y personas que viven en el noreste en relación a los ricos, blancos y centro-sureños, lo que deriva de procesos de determinación social del proceso salud-enfermedad y de diferencias entre las ofertas de camas públicas y de camas privadas. Se destaca ahí también, la situación de las personas con deficiencia que, en razón sus singularidades corporales, sufren restricciones y limitaciones en la lucha contra el COVID-19 debido a las barreras potencializadas por las desigualdades sociales, agudizadas por la pandemia. Es importante señalar la ausencia de informaciones respecto a la incidencia del COVID-19 sobre las personas con deficiencia. Un importante avance en este sentido es garantizar el registro de la información sobre deficiencia en los instrumentos de notificación.

La situación socioeconómica de importante contingente de la población brasileña se venía agravando antes de la epidemia, en el contexto de la crisis financiera mundial de 2007-2008. El COVID-19 trajo a la superficie los más nocivos efectos de la pérdida de los diversos derechos, en especial el de la seguridad social y los derechos laborales. A propósito, bajo el pretexto de la pandemia, el Gobierno Federal editó Medidas Provisorias (MP) altamente lesivas a los trabajadores y trabajadoras, como, por ejemplo, la MP 927 (en tramitación en el Senado) y la MP 936, convertida en la Ley Federal nº 14.020, el 6 de julio de este año. El Art.31 de la MP 927/2020 limitaba la actuación de la fiscalización del trabajo solamente a actividades de orientación, sin poder de demandar a los empleadores en el caso que fueran constatadas irregularidades. Hubo reacción de la sociedad y entidades ante esa medida y, en el juzgamiento de medida preliminar en siete Acciones Directas de Inconstitucionalidad (ADIs) presentadas contra la MP, el Plenario de Supremo Tribunal Federal (STF), suspendió la eficacia de este dispositivo, restableciendo el poder de policía de la Inspección del Trabajo, importante herramienta de protección de la salud y de la seguridad de los trabajadores y trabajadoras.

El porcentaje de personas desocupadas, subocupadas o en trabajo informal creció y tuvo un severo impacto en el comportamiento de la epidemia, dificultándoles adherir a las diversas formas de cuarentena, tan necesarias para mitigar los efectos del COVID-19 en la vida y salud de la población. Las medidas de distanciamiento son muy difíciles de ser seguidas por un grupo enorme de brasileños, representados por los trabajadores informales (cerca de 40 millones), por los desempleados (aproximadamente un 13% de la población), por trabajadores autónomos (domésticas, carpinteros, bomberos, pintores, jardineros, vendedores ambulantes, etc.), entre otros. En general, son millones de brasileños que viven en grandes conglomerados, de casas precarias, en las periferias de las grandes ciudades. Todas estas personas tienen gran dificultad de quedarse en casa durante semanas, principalmente porque les faltan recursos para comprar alimentos, pagar alquiler, agua, energía, etc. En esto radica la importancia de la garantía de una renta mínima, capaz de asegurar la subsistencia de las personas en el tiempo adecuado en respuesta a la pandemia.

Incluso en momentos en que los mayores porcentajes de adopción de medidas colectivas de control de la epidemia han sido alcanzados en Brasil, nunca se alcanzó niveles elevados de cuarentena como en otros países afectados por la pandemia. Así, en el caso brasileño, que presenta una realidad más compleja, con inmensas desigualdades, las diversas formas de cuarentena -que son imprescindibles-, tienen límites estructurales para su adopción generalizada. Es necesaria la adopción de otras medidas concomitantes, imprescindibles para hacer posible la adhesión, de por lo menos, un 60% de la población.

Además, el papel de las actividades y ambientes de trabajo en la propagación de la pandemia debe ser evidenciado. Hay, indudablemente, una dinámica de transmisión entre ambientes familiares, comunitarios y de trabajo que necesita reconocerse para evitar y/o bloquear lo más rápidamente posible. Casos de COVID-19 ocurridos en domicilio o en la comunidad, al llegar a los lugares de trabajo, encuentran ambiente propicio para su rápida propagación y contagio de mayor número de personas, pues, en general, son ambientes cerrados, con condiciones adversas de trabajo (exposición a polvaredas, sustancias químicas, calor, ventilación inadecuada, etc.), con aglomeración de trabajadores en algunos sectores, trabajando en contacto cercano durante varias horas al día y compartiendo instalaciones, bancas, instrumentos, herramientas, refectorios, alojamientos y transportes.

Noticias de periódicas, diarios, de la media, sitios y declaraciones, además de las acciones e intervenciones de la vigilancia en salud del trabajador en el SUS, de los equipos de los auditores fiscales del trabajo y del Ministerio Público del Trabajo, han identificado ocurrencia de casos en diversas categorías de trabajadores en los estados y regiones del país, tanto en trabajadores en actividades por cuenta propia, informales y precarizados, como entre trabajadores del mercado formal de trabajo, además de aquellos servicios esenciales (transporte, salud, seguridad pública, etc.). Casos ejemplares se pueden citar: los frigoríficos de Santa Catarina, Rio Grande do Sul y Mato Grosso; trabajadores petroleros (en las refinerías y plataformas de extracción de petróleo); trabajadores de la construcción civil en instalación de obra de faenas de expansión de líneas de energía eólica en los estados de Bahia, Tocantins y

Piauí; entre trabajadores mineros, conductores y choferes, camioneros en el transporte de productos agrícolas y otros, en varios estados del país. Estas situaciones ejemplifican contextos de trabajo favorables a la difusión de la epidemia, sea porque las personas tienen que trasladarse hacia el trabajo o por estar en ambientes de trabajo que favorecen la diseminación del virus, en las que medidas de prevención y de protección a la salud de los trabajadores no han sido debidamente adoptadas por los empleadores y/o suficientemente recomendadas o exigidas por las autoridades sanitarias.

5.3. Estrategias epidemiológicas para reducir la transmisibilidad

La noción de “distanciamiento social” tiene como referencia lejanas aplicaciones de la teoría matemática de redes a la epidemiología, particularmente en el estudio de las cadenas de contagio de enfermedades transmisibles. Con esto se pretende limitar la propagación del patógeno evitando agregar personas en eventos de masa, reuniones, fiestas, espacios públicos o transporte colectivo, manteniendo efectiva distancia de seguridad (en este caso, dos metros) de otras personas. Comprende acciones preventivas de carácter colectivo, altamente deseables en el contexto de la Pandemia del COVID-19, por su potencial de intervención en los elementos biológicos de la transmisión.

En el presente documento, siguiendo recomendaciones de la OMS, de Unicef y de la Unión Europea, preferimos la expresión “distanciamiento físico” para designar tales acciones, clasificadas en el capítulo de las cuarentenas parciales, reservando el término “aislamiento” para referirse a la restricción o supresión de contactos interpersonales para sujetos potencialmente infectados o expuestos. El distanciamiento social sería un resultado colateral indeseable, relativo tanto al contraste como a la reducción de relaciones sociales y afectivas; se ha procurado superar el distanciamiento social con apoyo de las tecnologías de comunicación y del propio activismo en las redes digitales. En suma, para la reducción efectiva de la transmisión en una epidemia, es necesario estar físicamente separados, pero, para superar el potencial impacto negativo de la pandemia sobre la salud mental colectiva, debemos permanecer conectados social y afectivamente.

En la ausencia de tecnologías biológicas preventivas o curativas (vacunas y medicamentos, entre otras), son importantísimas las medidas no farmacológicas de control epidemiológico. Una revisión sistemática de 29 publicaciones, realizada por la Rede Cochrane, a pedido de la OMS, mostró que cuarentenas y otras medidas de salud pública disminuyen el riesgo de contagio y reducen de 31% a 63% la mortalidad por COVID-19³. Por eso, son fundamentales las estrategias de reducción de movilidad y aglomeraciones, planeadas en la amplitud necesaria para cada región, estado, municipio o localidad.

³ https://COVID.cochrane.org/pt/CD013574/INFECTN_quarentena-isolada-ou-em-combinacao-com-outras-medidas-de-saude-publica-controla-COVID-201

A pesar de la resistencia negacionista de la autoridad mayor del poder ejecutivo del país y de la falta de iniciativa propia de algunas autoridades en otros niveles de gobierno, la mayoría de los estados brasileños y muchas ciudades adoptaron estrategias no-farmacológicas que, en la práctica, comprenden medidas bastante diversas, como cuarentenas totales (*lockdown*) y parciales, aislamientos individuales o grupales, distanciamiento físico, incluyendo la reducción del tamaño o prohibición de eventos, cierre de unidades de enseñanza (escuelas y universidades), restricciones al funcionamiento del comercio, servicios e industria, cierre y prohibición de frecuencia a parques, piscinas y playas, reducción del transporte (municipal, intermunicipal e interestatal) y cambios en el régimen de trabajo de los servidores públicos. Estas medidas, a pesar de la complejidad política y socioeconómica del país, salvaron a miles de vidas reduciendo sustancialmente la diseminación del COVID-19 en los estados. Más aún, a los pocos meses, aunque sin evidencias favorables y en contra de las orientaciones epidemiológicas, varios municipios decretaron la apertura general del comercio, obligando a miles de trabajadores a exponerse.

Es necesario entender ese conjunto de restricciones tan sólo como una de las vertientes de un conjunto de medidas que se deben adoptar, considerando la complejidad de la sociedad brasileña. Medidas de distanciamiento físico y cuarentenas sectoriales y parciales se han mostrado como estrategias eficaces para disminuir la velocidad de contagio por SARS-CoV-2. El cambio en el comportamiento de movilidad urbana e interurbana de la población ha sido bastante significativo desde el mes de marzo. Datos del Informe de Movilidad en la Comunidad de Google, que analiza datos de Google Maps agregados y con anonimato, comparan volumen de desplazamiento a diferentes lugares asumiendo como referencia la mediana del día de la semana correspondiente entre el 3 de enero y el 6 de febrero de 2020. En todo Brasil, se observó una reducción de 76% en el desplazamiento a lugares comerciales y de ocio, un 69% en estaciones de transporte público, un 72% a lugares de trabajo y un 38% a supermercados y farmacias el 10 de abril, y un 75% a parques el 22 de marzo. Estos fueron los días y abril fue el mes con mayor reducción promedio de movilidad. Entre tanto, ha habido reducción del distanciamiento. El último mes ha presentado una importante caída en los índices de adhesión a la cuarentena en comparación a enero/febrero, siendo que en el caso de supermercados y farmacias ya se observa mayor desplazamiento que en el período de referencia.

Esta tendencia es semejante a lo observado en el Índice de Aislamiento Social (ISS) de *In loco*, que analiza los datos de desplazamiento de aproximadamente 60 millones de brasileños por medio de la posición geográfica de sus teléfonos celulares. El pico del ISS se observó el 22 de marzo (62,2%), llegando a 36,8% el 12 de junio, valor más bajo de la serie histórica. Desde el 26 de mayo hasta el 25 de junio, en tan sólo dos días, el índice fue superior al 50%.

Tales indicadores muestran un fuerte grado de adhesión de la población brasileña a los programas de control epidemiológico de la pandemia solamente en los períodos en que, muchas veces por acción del poder judicial, los gobiernos estatales y municipales tomaron medidas más enérgicas y restrictivas. No obstante, los indicadores de distanciamiento físico vienen siendo reducidos como reflejo de las reaperturas de diferentes sectores

económicos en diversos municipios, asimismo sin caída de casos y óbitos, escenario con peligroso potencial de aumento de la diseminación del virus.

6. DIMENSIONES ECOSOCIAL Y BIOÉTICA DE LA PANDEMIA

Ante la crisis sanitaria derivada de la Pandemia del COVID-19, la tendencia de la sociedad contemporánea, especialmente en el campo de la salud pública, ha tenido una mirada especialmente dedicada a los temas de salvar vidas, controlar la transmisión viral y buscar el desarrollo tecnológico para una vacuna preventiva y medicamentos antivirales eficaces. Entre tanto, si no integramos este evento crítico en el alcance de la comprensión un análisis ecosocial, se corre el riesgo de que no entendamos plenamente cómo este virus específico fue capaz de producir una pandemia que está mediada por un modo de producción basado en el rápido consumo y desecho de energía y materia, expropiador de la naturaleza, marcado por las desigualdades sociales, sanitarias, ambientales y cognitivas, por la demanda por capacidad de actuación integrada de los sistemas de monitoreo y atención a la salud (públicos o privados; locales, nacionales o internacionales).

6.1. COVID-19 como problema ambiental

El reciente informe del Programa Ambiental de las Naciones Unidas⁴ propone un abordaje capaz de integrar la salud humana, la salud de otros animales y la salud ambiental como una forma de evitar nuevas pandemias. Este documento identifica siete tendencias que impulsan el surgimiento de enfermedades zoonóticas, incluyendo la creciente demanda por proteína animal, la expansión agrícola intensiva y no sostenible, el aumento de la exploración de la vida salvaje y la crisis climática. El documento avanza al reconocer que el COVID-19 es una zoonosis, que deriva de distopías humanas en las interacciones con varias ecologías, haciendo emerger de un proceso pandémico con características nuevas en el planeta globalizado.

Este complejo de condiciones mediadoras nos obliga a pensar más allá de la biomedicina, requiriendo no sólo la interdisciplinariedad que involucra campos de conocimientos diversos como los de la Salud Colectiva, de la Geografía, de la Sociología, de la Ecología, de la Economía entre otros, como también del modo de interactuar y traducir, a través del diálogo intercultural, diferentes saberes. De especial importancia en este diálogo son las poblaciones y comunidades que viven y trabajan en profunda interacción con la naturaleza, como indígenas, quilombolas, pescadoras/es artesanales, campesinos y diversos otros pueblos y comunidades tradicionales cuyas demandas por políticas públicas de protección de la vida, de la salud y del bienestar social contribuyen a resignificar nuestras relaciones con la naturaleza, entre los diversos grupos sociales y pueblos que componen nuestras sociedades.

Así como el nuevo coronavirus salió de su ecosistema y, hasta donde se sabe, migró de China hacia todos los continentes, podemos esperar que otros virus salidos de los ecosistemas naturales o de procesos insostenibles de producción animal y vegetal puedan producir nuevas olas epidémicas y pandémicas, como vemos en la producción intensiva de aves, puercos y ganado, mediante uso de

⁴ *United Nations Environment Programme - UNEP/ILRI/CGIAR, "Preventing the next pandemic - Zoonotic diseases and how to break the chain of transmission"*

raciones transgénicas, antibióticos, hormonas y estrés animal. Tal como ya sucedió el 2009 con la pandemia de H1N1, también llamada de “gripe A” o “gripe porcina”.

Así como el uso intensivo de agrotóxicos en la producción de plantas transgénicas, *commodities* exportadas para sustentar esta producción animal y garante de alimentos industrializados afecta al bienestar humano y a la salud de los demás seres vivos del planeta. Y que son responsables de la pérdida de seguridad alimenticia, que lleva entre otras, las enfermedades como la obesidad, la diabetes y la hipertensión arterial, que en la pandemia de COVID-19 han sido algunas de las importantes comorbilidades determinantes del aumento de la mortalidad de las personas infectadas.

El comportamiento de la pandemia también es diferente en los territorios urbanos, rurales, indígenas y de las otras poblaciones tradicionales, tanto en relación a la dinámica del sistema inmune, como a las expresiones clínicas y epidémicas, donde la cultura, el trabajo, los modos y condiciones de vida interactúan en el proceso de determinación de la enfermedad y en las consecuencias orgánicas y sociales de las derivadas.

Así, en las ciudades intensamente urbanizadas vamos a encontrar el tema de la habitación, del saneamiento, del acceso al agua, del transporte, de la movilidad y de la seguridad alimentaria como condicionantes que participan de las desigualdades sociales y en los procesos de vulnerabilidad. La inadecuación de sistemas de saneamiento, incluyendo disponibilidad de agua potable, es fundamental para inviabilizar medidas básicas de prevención.

Por eso, la reciente aprobación en el Senado Federal de PL 3.261/2019, que está se le llama de “nuevo marco regulatorio del saneamiento en Brasil”, pero que en la práctica privatiza al sector, transformando derechos sociales en mercadería, agrava el problema del acceso al agua y servicios públicos fundamentales para garantizar los bienes comunes y el bien vivir en los campos y ciudades.

De la misma forma, la precarización de trabajadores en sistemas de salud y en los servicios de transporte y logística vulneran enormemente a tales grupos sociales. Recientemente el país acompañó una gran movilización nacional de los trabajadores del sector de entregas por aplicativos, pues la precarización de las relaciones de trabajo entre ellos y su consecuente exposición al nuevo coronavirus, ha sido a base tanto de lo lucrativo de las empresas del sector como de la posibilidad de aislamiento social confortable de otros sectores de la sociedad, los que tienen el privilegio de sustentarse a partir del *home office*.

6.2. Transferencia de riesgos ecosociales

Un fenómeno que podríamos identificar con aquel que en el campo de la salud y ambiente hemos denominado de “transferencia de riesgos”. Todas las vidas importan, pero hemos aceptado proteger a algunas más que a otras, en una expresión del racismo, del machismo y del clasismo estructurantes en la sociedad capitalista. En las zonas rurales la expropiación de la tierra, la exposición a los agrotóxicos, el acceso limitado a las políticas públicas constituye algunas de las inequidades específicas que inciden sobre los resultados de la pandemia de COVID-19. Las poblaciones tradicionales y especialmente los pueblos indígenas,

ya presentan tasas de morbilidad y letalidad extremadamente elevadas, por motivos que se detallarán más adelante, y por el no reconocimiento de varias comunidades indígenas, inclusive aquellas presentes en áreas urbanas, y por el avance de la minería, del *garimpo* (explotación aurífera y de piedras preciosas) y del agronegocio sobre sus tierras.

Vemos así como las relaciones salud-ambiente-producción-trabajo-políticas públicas- COVID-19 vulneran ciertos grupos y condicionan los resultados de la pandemia. Cambios climáticos, deforestación, pérdida de biodiversidad, destrucción de manantiales, contaminación de fuentes de agua, contaminación atmosférica, industria alimenticia, condiciones de trabajo en los frigoríficos, producción de *commodities* transgénicas, entre otros, son temas que componen, también, la crisis sanitaria de la pandemia por COVID-19 en todos los planos e interfaces de su determinación, del biomolecular/genético al de los ecosistemas, todos relevantes para enfrentar esta pandemia y de posibles otras que se avecinan.

Todos estos aspectos conciernen al modelo de desarrollo económico neoextractivo que inserta a América Latina en una globalización excluyente e injusta, al mismo tiempo ha venido reprimiendo la economía brasileña, degradando ecosistemas y produciendo genocidios y epistemicidios en contra de los pueblos tradicionales y reduciendo al mismo tiempo la diversidad biológica y cultural del planeta, nuestro principal manantial de sabiduría y esperanzas de innovación en un momento en que la humanidad necesita más de ambos. La crisis es, por tanto, simultáneamente sanitaria, social, ecológica y democrática, y continuará agravándose si el país y el mundo no cambian el curso del modelo de producción y consumo existente.

Cuando se ve, en la actual crisis sanitaria, a un Ministro de Medio Ambiente que incita a la invasión de tierras indígenas y fragiliza la protección ambiental, para favorecer a un modelo insostenible de producción agrícola y pastoril; cuando inhibe y desautoriza la acción fiscalizadora del Estado en la protección del ambiente y de las tierras indígenas frente a acciones ilegales de deforestación y *garimpo* (explotación aurífera y de piedras preciosas), estamos fortaleciendo distopías que conducen al país a la devastación ambiental y la genocidio de grupos poblacionales completamente desasistidos, desprotegidos e impedidos de defenderse.

6.3. Pandemias, ecosistemas y salud

En este contexto, consideramos importante puntualizar algunos procesos que de forma alguna deben ser descuidados por cualquier plan que busque incidir sobre la actual pandemia y aquellas que podrán (re)surgir en un futuro cercano:

La creciente incorporación de los ecosistemas a la economía global, que aproxima a los grupos humanos y la pecuaria en escala industrial de los espacios silvestres, degradándolos, está por tras de muchas mutaciones genéticas que identificamos en los seres vivos que allí viven. De especial importancia para enfrentar las pandemias virales es el hecho de que muchos virus que anteriormente infectaban sólo a especies silvestres, desarrollaron la capacidad de parasitar seres humanos a través de las interacciones con los animales que criamos para nuestra alimentación. En Brasil, varios estudios indican que tales procesos ya ocurren en Amazonía; lo mismo, también, se ha identificado en estudios realizados en China.

Diversos grupos económicos y políticos, que tienen una gran responsabilidad

sobre los procesos aquí discutidos, se están aprovechando del clamor público y las preocupaciones sociales en relación a la actual pandemia para aprobar cambios (infra) legales importantes que pueden contribuir a que este tipo de pandemias sean más comunes en el mundo. En Brasil, necesitamos estar atentos a las tentativas de fragilización de la legislación que protege ecosistemas y poblaciones vulnerables, como de aquellas que regulan las áreas protegidas (unidades de conservación y territorios tradicionales indígenas o quilombolas) y de las que median actividades económicas altamente impactantes, como la extracción mineral, la producción de energía, la logística y el agronegocio. Combatir la epidemia, también significa asegurar la sostenibilidad de las relaciones entre las sociedades y la naturaleza, inclusive vetando la expansión de algunas de ellas sobre determinadas áreas.

Para asegurar la efectividad de las políticas públicas de protección ambiental y de los territorios tradicionales, es fundamental que la sociedad y el Estado brasileño aseguren la protección de aquellos agentes del Estado que son responsables de hacer la fiscalización de ejecutar políticas públicas en esas áreas (agentes de Instituto Brasileño de Medio Ambiente y Recursos Naturales Renovables - Ibama, de Instituto Chico Mendes para la Conservación de la Biodiversidad - ICMBio, técnicos indigenistas de Fundación Nacional del Indio - FUNAI, policiales federales y de los batallones ambientales estatales, agentes ambientales estatales, agentes comunitarios ambientales y de salud, etc.). En el actual contexto, se encuentran vulnerados de varias formas: por la falta de equipos de protección personal que los protegerían de la exposición al nuevo coronavirus, por el estrangulamiento presupuestario de sus respectivas instituciones y por la violencia de aquellos que buscan aprovecharse de la reducción de las actividades normales del Estado para intensificar la exploración predatoria de los ecosistemas y de los territorios.

Es necesario estar atentos a que el normativismo de las medidas de protección no acabe por invisibilizar el importante papel social de aquellos que en el actual sistema económico y social sustentan con su trabajo el funcionamiento atípico de la sociedad en este momento. Debemos intensificar las medidas de protección de estos profesionales que en el campo y en las ciudades aseguran nuestra alimentación, el transporte sanitario, la seguridad pública, el funcionamiento de los servicios e instituciones esenciales para que las medidas de aislamiento social y de enfrentamiento de la pandemia obtengan éxito.

No estamos hablando tan sólo de los profesionales de salud, sino también de los pequeños agricultores, que al contrario del agronegocio, cultivan la mayor parte de la comida que nos alimenta (verduras, hortalizas, frutas, granos y leguminosas para consumo humano, etc.), como porción significativa de las tierras brasileñas que están orientadas a la producción de granos para atender la demanda mundial de proteína de origen animal. Hablamos, también, de policiales, conductores de transportes públicos, de transportes privados que sirven al público (taxistas, mototaxistas, conductores de automóvil por aplicativo, etc.), trabajadores de los supermercados, etc.

6.4. Contribuciones de la Bioética en el enfrentamiento de la pandemia

De acuerdo al *Committee on Ethical Issues in Medicine do Royal College of*

Physicians de Inglaterra, las pandemias exigen la incorporación de la ética de salud pública en la ética clínica, con la equidad presentándose como el principio que mejor traduce las demandas a ser abordadas durante una pandemia, pues las acciones de salud promovidas deben ser responsables, inclusivas, transparentes, razonables, es decir, basadas en evidencias científicas y valores éticos y flexibles de manera tal a ser revisadas en la medida que surjan nuevas informaciones.

Una importante contribución de la bioética, en relación a la salud pública en el contexto de la pandemia, es la apreciación de la pertinencia ética de las directrices de las políticas sanitarias y una apreciación de las normas y de las decisiones morales presentes en las acciones de salud y su impacto sobre la salud de la población. Un problema esencial, enfrentado durante la pandemia del COVID-19, ha sido la asignación justa de recursos escasos de la salud, que se convierte aún más grave en virtud de la EC 95/2016 (EC: enmienda constitucional). Una pregunta que persiste en esta pandemia es “cómo” distribuir de manera justa los servicios de salud, principalmente las camas de UTI, sin incurrir en discriminaciones y en la naturalización de las muertes, como hemos visto en protocolos que terminan por discriminar y vulnerar más aún a las personas mayores. En efecto, el avance de la pandemia ha llevado a la sobrecarga e incluso al colapso de los sistemas de salud locales, con una demanda mayor que los recursos disponibles y/o disponibles a la población.

En el contexto clínico, por un lado, existen difíciles decisiones de protocolos de intervención (triaje) que configuran los dilemas técnicos y éticos en torno de la asignación de recursos, cuando es dado o negado cuidados intensivos al paciente crítico; por otro, existen los casos graves que evolucionan mal y que exigirán la toma de decisiones de limitación y o interrupción del tratamiento intensivo e institución de cuidados de fin de vida. Las directrices éticas para estas situaciones de priorización racional de camas y recursos recomiendan que la asignación deba ocurrir con base en métodos de evaluación apropiados, tanto técnicos como éticos, para garantizar que los pacientes que más necesitan de cuidados sean continuamente priorizados y atendidos. Por lo tanto, la decisión de priorizar recursos es tanto de naturaleza técnica como ética y la reflexión bioética sobre el tema se orienta por el principio ético de la justicia distributiva, cuyo desafío es la determinación de las propiedades relevantes que justifican una distribución específica, evitando discriminaciones y promoviendo un sistema de protección.

En esta perspectiva, se recomienda que se incluya en el Plan Estratégico Nacional de Intervención y como recomendación a los gestores en salud, un espacio para la creación de Comisiones de Bioética en las unidades de salud y a nivel estatal y municipal como forma de coordinar las acciones, como dispositivos de apoyo institucional a los profesionales de salud en la toma de decisiones y de instrumento de protección a los intereses de los diversos seguimientos sociales vulnerables que llegan a los servicios de salud en busca de cuidado, como personas mayores, mujeres, personas con deficiencias, población negra, etc. Las comisiones de bioética son espacios dialógicos y multidisciplinarios de reflexión, que cuentan con la participación de profesionales de salud y de diversas otras áreas, representantes de la

comunidad y usuarios, que visan la resolución de problemas éticos en la práctica clínica, considerando mejorar la calidad de la asistencia prestada, con funciones educativas, consultivas y normativas.

En 2015, CFM (Consejo Federal de Medicina) publicó la Recomendación 01/2015 que aconseja la creación, el funcionamiento y la participación de los médicos en los Comités de Bioética, de modo de sustentar su funcionamiento y mantención. En la Recomendación 01/2020, la Sociedad Brasileña de Bioética - SBB, al considerar que el aumento exponencial del número de casos graves de COVID-19 puede implicar dilemas éticos en la toma de decisiones, recomienda que se refuercen las Comisiones de Bioética Hospitalarias y que sean establecidas en los lugares que aún no existan. Estas Comisiones deben participar del proceso de triaje en las unidades de salud, contribuir en las reflexiones y propuestas específicas respecto a las particularidades locales, y en las decisiones relacionadas a elecciones complejas, inclusive para mitigar la carga emocional del equipo de atención. Las comisiones de bioética pueden ser responsables, dentro de otras medidas, por la institución y amplia divulgación de protocolos y directrices claras por la unidad de salud que puedan dar subsidios e instrumentos al encaminamiento de los casos con base en ponderaciones, reflexiones éticas y responsabilidades compartidas.

6.5. Perspectivas para superación de la pandemia

En la sociedad brasileña, marcada por profundas desigualdades sociales, hay una especial atención por aquellos temas relacionados a la equidad, a la dignidad y solidaridad, como formas de mitigar sus impactos sobre la población, principalmente, los grupos vulnerables y, en el límite, invisibilizados. La reflexión ética se convierte en central para enfrentar la pandemia, especialmente cuando observamos falsos dilemas presentes en la narrativa gubernamental que pone en conflicto la agenda económica y la preservación de las vidas, convirtiéndolas en excluyentes, con impacto directo tanto en la adhesión a las medidas de contención de la epidemia a través por ejemplo del “distanciamiento físico”, como también por la imposibilidad de cumplimiento de tales medidas por un gran contingente de personas, las que no poseen una renta básica que les permita permanecer en casa.

Como demuestra este documento, el enfrentamiento de la pandemia del COVID-19 es necesariamente multidimensional, interdisciplinar e interprofesional; se observa que todas las medidas recomendadas son atravesadas por valores y se definen por una perspectiva totalizante y compleja. En una perspectiva ecosocial, la salud debe ser pensada de manera integral, más allá de los marcos institucionales y doctrinarios del campo de la salud y del SUS, pero pensando siempre como las diversas dimensiones de la vida (política, economía, ambiental, ocupacional, cultural, de la movilidad, etc.) están interconectadas. El contexto actual pone la necesidad de comprensión de estas interconexiones en sus diversas escalas como una tarea urgente en el ámbito de la elaboración de cualquier plan de enfrentamiento de la pandemia de COVID-19 y sus desdoblamientos.

7. IMPORTANCIA DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD

En Brasil, tal como ocurrió en relación a los sistemas de salud de todos los países, la pandemia del COVID-19 ha representado un enorme desafío para el Sistema Único de Salud (SUS), en consecuencia del aumento abrupto de la demanda de atención de portadores de una nueva enfermedad, aún poco comprendida, para la que todavía no hay medidas biológicas específicas de prevención y de tratamiento medicamentoso específico.

Es importante resaltar que en Brasil la pandemia encuentra un sistema de salud marcado por contradicciones entre proyectos que tienen conflictos - por un lado, el proyecto de la Reforma Sanitaria de universalización del derecho a la salud y -por otro lado, el proyecto de reforma del Estado de inspiración liberal -, en un contexto de fortalecimiento del capital financiero y de las políticas de austeridad fiscal. En la trayectoria de 30 años de existencia del SUS, desde la Constitución de 1988, han sido raros los períodos en que se buscó mayor articulación entre el crecimiento económico y el desarrollo social en el país.

El SUS, que constitucionalmente compone la triada de la Seguridad Social al lado de la Seguridad de Pensiones y Asistencia Social, desde su creación, sufre directamente en su financiamiento las limitaciones a la implantación de un Estado de protección social en el país. Son décadas de convivencia con reglas inestables y montos insuficientes de financiamiento de la salud, hasta el límite del congelamiento de techo de gastos impuesto por la EC-95 el 2016. Así, el SUS refleja contradicciones y paradojas, pues al mismo tiempo que expandió los servicios de salud, asegurando el acceso universal, persisten vacíos asistenciales, frutos de la desigualdad en la oferta y acciones y servicios de salud en especial en áreas remotas y/o con bajo desarrollo socioeconómico; la fragmentación del sistema de salud; la frágil regulación de acceso; la dificultad de la Atención Primaria a la Salud (APS) se configura como coordinadora del cuidado; la poca valoración de las acciones de vigilancia en salud; la irregular distribución de los profesionales de salud; la falta de una política de recursos humanos compatible con las atribuciones del SUS; y el financiamiento insuficiente.

La superación de estas dificultades es fundamental para el enfrentamiento de la pandemia y, si es alcanzada, contribuirá de sobremanera a la consolidación del SUS como sistema universal e igualitario. En esta dirección, es importante identificar experiencias innovadoras surgidas antes o durante la pandemia, dando visibilidad a esfuerzos que contribuyen a conformar nuevas posibilidades de gestión y micro gestión del SUS.

7.1. Redes regionalizadas de atención a la salud

Si bien el SUS no se restringe a las acciones de cuidado derecho a la salud de las personas en los territorios, desde el punto de vista organizacional, la principal estrategia para superar los obstáculos es el fortalecimiento de la regionalización y la constitución de redes regionalizadas de atención a la salud. Las redes son "arreglos organizativos de acciones y servicios de salud, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por medio de sistemas de apoyo

técnico, logístico y de gestión, buscan asegurar la integralidad del cuidado” (Norma MS n° 4.279/2010). La adopción de esta directriz organizacional tiene como objetivo, disminuir la fragmentación histórica del sistema, evitar la competencia entre los puntos de atención, promover el uso adecuado de los recursos y el cuidado horizontal.

Las redes, por tanto, son formas de integrar servicios y definir líneas de cuidado, a través de la puesta en común - por las diferentes poblaciones de los municipios integrantes de una región de salud -, de estructuras y recursos con distintos grados de densidad tecnológica. Esta organización sistémica, efectiva mediante la celebración de pactos federativos pautados en la cooperación y en la solidaridad, es esencial para la garantía del acceso universal y de la integralidad de la atención, en particular en este momento crítico de la pandemia.

Expandir y cualificar la atención primaria a la salud

La red regionalizada del SUS tiene como fundamento la atención primaria a la salud. En las últimas tres décadas, la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) se ha mostrado efectiva en la mejora de la situación de salud de las poblaciones atendidas, a pesar de haber sufrido una profunda desconfiguración con los últimos movimientos del MS. Para enfrentar con eficacia la pandemia, ampliando el acceso a servicios de salud, la ESF necesita ser expandida cualificada, incluyendo la Salud Bucal y los Núcleos Ampliados de Salud de la Familia (NASF), con base en los atributos de primer contacto, longitudinalidad, integralidad, coordinación, competencia cultural, orientación familiar y comunitaria. La mejora del acceso incluye también expandir el horario de funcionamiento de las unidades de atención primaria durante la semana y fines de semana para favorecer el acceso de las personas, a partir del análisis local criterioso, con respeto y valoración al trabajo de profesionales de salud, a través de la participación y diálogo permanente en espacios de decisión, en todos los niveles.

Los equipos de atención primaria a la salud/ atención básica (APS/ AB) pueden contribuir en la red asistencial de cuidados y en el abordaje comunitaria necesario para enfrentar la pandemia. La actuación de los equipos APS/ AB en la red de enfrentamiento al Covid-19, debe ser desarrollada en cuatro campos de acción integrados:

a) vigilancia en salud en los territorios, en estrecha cooperación con los sectores de vigilancia epidemiológica, para bloquear y reducir el riesgo de expansión de la epidemia, coordinando en el territorio, acciones de prevención primaria y secundaria al Covid-19 con identificación de casos, testeo y búsqueda activa de contactos, apoyo al aislamiento domiciliario de casos y contactos; notificación de casos; y acciones de educación en salud potencializando recursos de comunicación colectiva existentes en la comunidad (radios comunitarias, grupos de mensajes, vehículos de sonido), combatiendo *fake news*.

b) cuidado individual de los casos confirmados y sospechas de Covid-19 organizando flujos separados de atención para sintomáticos respiratorios/casos sospechosos, cuidando de los pacientes con cuadros leves y asegurando el encaminamiento oportuno de aquellos que necesiten de cuidados de otros

niveles de atención; con tele monitoreo por el equipo de casos y contactos, y tele atención disponible con teléfono de contacto para los usuarios.

c) acción comunitaria con apoyo a los grupos vulnerables en el territorio, sea por su situación de salud o social, mapeando usuarios de mayor vulnerabilidad y riesgo para Covid-19, movilizandolos lideranzas comunitarias, accionando redes de apoyo social, articulándose a iniciativas comunitarias y promoviendo la actuación intersectorial.

d) continuidad de los cuidados rutinarios de la APS asegurando la continuidad de las acciones propias de la atención primaria en su rutina de promoción de la salud, prevención de agravios y provisión de cuidados en este nivel del sistema de salud incorporando nuevas formas de cuidado cotidiano a distancia.

Ante la pandemia de COVID-19, es necesario replanificar las acciones, considerando la posibilidad de aumento de la demanda por atención en algunas áreas, como salud mental, fisioterapia, cuidados con las personas mayores, violencias, atención nutricional, cuidando de personas con exceso de peso y con DCNT, que son factores de riesgo para el agravamiento del Covid-19. Además, es necesario, también, priorizar acciones preventivas, como vacunación, el acompañamiento de pacientes crónicos y grupos prioritarios como gestantes y lactantes y urgencias y situación de agudización de enfermedades crónicas, así como el cuidado con la población y grupos en situaciones de vulnerabilidad, negra, indígena, ribereña, quilombola, trabajadores en situación precaria, en la informalidad, desempleados, entre otras, que demandan atención a sus especificidades, además de acciones articuladas intra e intersectorialmente, con especial atención al aumento de casos de violencia contra mujeres y niños, garantizando acceso a las acciones de planificación reproductiva, incluyendo anticoncepción de emergencia.

La pandemia ha generado ansiedad, miedo de adolecer y morir, pérdidas afectivas, inseguridad y empobrecimiento, especialmente entre familias en luto y grupos vulnerables. La oferta de prácticas integrativas y complementarias en salud (Prácticas de Salud Integradoras y Complementarias - PICS), como meditación, terapia comunitaria e integrativa, reiki, yoga, fitoterapia, dentro de otras; por medio de tele-cuidado, ha contribuido en la promoción de la salud y en el cuidado, principalmente en el área de salud mental, beneficiando inclusive a los profesionales de salud. El uso de estas prácticas no visa sustituir terapéuticas convencionales, y sí complementarlas, conforme a lo recomendado por la OMS y la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias. Tal uso viene siendo ampliamente estudiado y legitimado por instituciones de salud y comunidades científicas internacionales en las últimas décadas.

En esta dirección, también es importante considerar en el ámbito de la APS la implantación de emergencia de unidades de Cuidados Intermedios. Los Cuidados Intermedios son servicios de referencia territorial, que dan soporte a las acciones de la Atención Primaria, conformando una Red Básica de Salud. Se puede citar como ejemplo a las Unidades de Cuidados Intermedio con camas de recuperación y rehabilitación en la forma de los Hospitales Comunitarios que integran el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido, incluyendo Servicios de Atención Domiciliaria, y otras experiencias europeas similares, con actividades

de tele cuidado en sus varias modalidades, entre otras estrategias. El recurso a la video-consulta y las otras formas de tele atención necesita ser viabilizado, así como la consulta y el acompañamiento domiciliario por médicos, enfermeros y profesionales de NASF deben garantizarse cuando se trate de condiciones de mayor complejidad y riesgo o para pacientes sin teléfono.

Para el desarrollo de este conjunto de acciones de forma efectiva y eficiente es necesario proveer capacitación de todos los profesionales de los equipos sobre enfrentamiento del Covid-19 y sobre el uso de equipos de protección personal diferenciados conforme al tipo de actividad realizada. Es imprescindible, por tanto, activar los atributos comunitarios de los equipos multiprofesionales de la ESF, ESB, NASF; asociarse a las iniciativas solidarias de las organizaciones comunitarias y articularse intersectorialmente para apoyar su población en sus diversas vulnerabilidades; garantizar la continuidad de las acciones de promoción, prevención y cuidado, creando nuevos procesos de trabajo en la vigilancia en salud, en el apoyo social y sanitario a los grupos vulnerables, en la continuidad de la atención rutinaria para quien de ella necesita.

Asegurar el acceso regulado a la atención especializada

A partir de la red de servicios de la APS, se debe proveer acceso regulado, en todas las regiones de salud, a la atención especializada, incluyendo: (a) ambulatorios de especialidades médicas y de rehabilitación, (b) Centros de Especialidades Odontológicas, (c) Centros de Atención Psicosocial (CAPS) y Residencias Terapéuticas,

(d) Servicios de urgencia y emergencia prehospitalarios fijos (Unidades de Atención de Emergencia - UPA) y móviles (Samu), (e) Centros de Referencia en Salud del Trabajador, (f) Casas de parto,

(g) Servicios de Referencia para Atención Integral a las Personas en Situación de Violencia Sexual e Interrupción de Embarazo en los casos previstos en ley. De la misma forma que las unidades de atención primaria, las unidades especializadas deben funcionar con equipos completos y cualificados, disponiendo de equipos y recursos para apoyo diagnóstico y terapéutico adecuados. Se resalta la importancia de definición de flujos de referencia entre servicios y disponibilidad clara de informaciones a la población, así como la adopción de estrategias que favorezcan el acceso, la acogida de las personas y la responsabilización por el cuidado en cualquier tipo de servicio.

Respecto a los CAPS, es importante destacar la ampliación de su papel en tiempos de pandemia, manteniendo el cuidado de personas que ya veían presentando importante sufrimiento psíquico, recibiendo nuevos casos de personas afectadas por las trágicas consecuencias de las muertes de familiares. En este contexto, la red de CAPS contribuye a reducir cuadros de ansiedad, angustia, depresión y trastornos de estrés postraumático ante el riesgo real o percibido de la infección, en la población general y entre profesionales de salud, especialmente aquellos que están en la línea de frente del cuidado del COVID19. Es fundamental crear formas de apoyo a los equipos interprofesionales que actúan en la salud mental, estimulando formas creativas y nuevas estrategias de cuidado por tele atención, grupos de ayuda mutua, recepción presencial y a distancia, escucha a situaciones de sufrimiento agudo y extremo, como ideación suicida, atención a crisis psicosocial en situación de

excepcionalidad, como la producida por la pandemia, y acciones de recuperación de casos y de promoción de la salud mental.

No lo que concierne a los servicios de atención a las urgencias y emergencias prehospitalarias fijas (UPA) o móviles (SAMU), es importante que estén funcionando con equipos completos y capacitados y con equipos adecuados, y de forma articulada a las unidades de atención primaria, demás servicios especializados y hospitales, visando ofrecer atención oportuna y de calidad que permita salvar vidas y reducir el sufrimiento humano. Se destaca la necesidad de organizar estrategias especiales para asegurar atención adecuada *in loco* a las urgencias y medidas de transporte ágiles a las personas que viven en lugares distantes de recursos especializados, como ocurre en áreas rurales, territorios indígenas y en comunidades aisladas, especialmente en la región Norte.

Ampliar la oferta de servicios hospitalarios

Es digno de observar el esfuerzo que ha sido hecho por los Estados y municipios para expandir la capacidad instalada de lechos, incluyendo camas de UTI. Tanto o más que hospitales de campaña. todavía, se necesitan nuevos hospitales permanentes que, así como los servicios ambulatorios, necesitan contar con equipos completos, adoptar medidas de protección individual y colectiva (separación de flujos y de áreas cuando sea pertinente, garantizando camas para aislamiento respiratorio), disponer de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico adecuados y de unidades intermedias equipadas (ej.: oxigenoterapia) y de unidades de terapia intensiva o referencia para estas unidades, en caso de necesidad.

Hospitales de campaña son estratégicos, no obstante, temporales. Se destinan a la solución de problemas inmediatos, por lo tanto no hacen parte de la capacidad instalada permanente del SUS. Deben ser desactivados en la medida en que la emergencia que exigió su apertura y mantención sea, por lo menos parcialmente, superada. Insumos y equipos se redistribuyen, regresando a sus mantenedores. No garantizan la ampliación de los servicios anteriores proporcionados por el SUS para las morbilidades endémicas.

En este sentido, es obvia la inmediata necesidad de reorganizar la oferta de cuidado sumando recursos asistenciales de la red pública y privada. Para salvar vidas, es necesario que el Poder Público controle y gestione toda la capacidad hospitalaria existente en el país e instituya fila única de casos graves de COVID-19 que demanden internación y terapia intensiva.

Para todos los puntos e instancias de atención de la red, inclusive para las acciones de vigilancia en salud, gestión y planificación, es necesario garantizar la existencia de equipos técnicos dimensionados y cualificados de acuerdo con las necesidades, demandas, perfil epidemiológico y atribuciones del SUS, con vínculos de trabajo estables, de modo de garantizar la integralidad y continuidad del cuidado. Es decir, la implantación de adecuada política de recursos humanos.

Reforzar los sistemas logísticos y de apoyo de las redes de atención a la salud

El refuerzo de las redes de cuidado para enfrentar la pandemia y para proveer la atención universal e integral no puede prescindir de la garantía del acceso y de la promoción del uso racional de medicamentos, exámenes y procedimientos de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Del mismo modo, no se puede descuidar la producción y la difusión de informaciones fidedignas y oportunas sobre la situación de salud y el funcionamiento de los servicios. Los sistemas de información en salud, vitales en momentos de pandemia como el actual, están requiriendo significativas mejoras, desde los registros administrativos y clínicos, pasando por la agilización del flujo de informaciones, hasta el grado de confiabilidad y el uso para la toma de decisiones en los ámbitos de la clínica y de la gestión. Se debe garantizar como eje transversal en las redes de cuidado la garantía a los principios de la Política Nacional de Humanización como el cuidado compartido, clasificación y comunicación de riesgo y la promoción de la salud del trabajador.

En lo que concierne a la asistencia farmacéutica, se debe implementar la integralidad a la Política Nacional de Asistencia Farmacéutica (PNAF), Resolución CNS n° 338/2004, como parte integrante de la Política Nacional de Salud, envolviendo acciones orientadas a la promoción, protección y recuperación de la salud y garantizando los principios de la universalidad, integralidad y equidad, con respecto a los ejes estratégicos que pasan por el fomento a la producción nacional de medicamentos, a la garantía del acceso racional de medicamentos. Para esto, es fundamental la integración de las Políticas Nacionales de Asistencia Farmacéutica y de Vigilancia en Salud y la organización de las acciones a partir de los territorios de las Unidades de Salud, con el fortalecimiento de las herramientas de comunicación social y de educación permanente de los profesionales de salud.

Los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, a su vez, necesitan expandirse para mejorar las condiciones de acceso y accesibilidad de la población, tanto dentro de las unidades de salud como en el entorno de las vías públicas, eliminando barreras a su utilización en tiempo oportuno y asegurando el retorno ágil de los resultados al paciente y al equipo de atención solicitante. Además, hay que enfrentarse a temas como racismo estructural, intolerancia, segregación y discriminación, que afectan a determinado grupos sociales, y perjudican el acceso y calidad de la atención a la salud. Finalmente, así como en el caso de los sistemas de apoyo, las redes de atención a la salud requieren el buen funcionamiento de los sistemas logísticos que viabilizan los flujos de personas, de informaciones y de insumos de forma oportuna y efectiva.

7.2. Sistemas de vigilancia y de promoción de la salud

El enfrentamiento de la pandemia requiere consolidar los sistemas nacionales de vigilancia en salud y de vigilancia sanitaria, así como hacer efectiva la promoción de la salud, articulando las acciones de vigilancia epidemiológica, vigilancia sanitaria, vigilancia alimenticia y nutricional, vigilancia en salud del trabajador y de la trabajadora y vigilancia en salud ambiental, además de las acciones intersectoriales en todas las áreas importantes en el proceso de determinación social de la salud. Además, la articulación de acciones sobre los

determinantes sociales de la salud, incluyendo las condiciones de vivienda, trabajo y renta, la asistencia social, la educación y el saneamiento ambiental, en un sistema de monitoreo de las condiciones de vida de las poblaciones socialmente vulnerables, es esencial para la protección social necesaria para enfrentar la actual y las futuras epidemias.

Las acciones de vigilancia en salud son transversales, muchas son de responsabilidad y atribución de los diferentes tipos de servicios orientados al cuidado de la salud de las personas, de variada complejidad, pudiendo ser desencadenadas a partir de cualquier punto de la red de servicios. Resáltese, por un lado, la necesidad de articulación de la vigilancia en salud con la atención primaria, por la proximidad de los equipos a los territorios en que las personas viven y trabajan. Por otro lado, existen acciones de vigilancia más específicas relacionadas a servicios de mayor densidad tecnológica, a procesos productivos, a la circulación y comercialización de bienes y productos que implican necesidad de articulación con otros servicios o incluso con órganos externos al sector salud. Persiste el desafío de la integración de las acciones de los diversos componentes de la vigilancia en salud (epidemiológica, sanitaria, salud ambiental, salud del trabajador, vigilancia de laboratorio) y de efectación de la Política Nacional de Vigilancia en Salud.

La producción sistemática de análisis profundizados de la situación de salud, de la producción de informaciones fidedignas que subsidien la planificación y la toma de decisiones en todos los ámbitos de la política de salud (asistenciales, de producción de tecnologías, de gestión, de medidas de promoción de la salud y prevención de agravios y enfermedades), la toma de decisión y de intervenciones sanitarias, sea para control de daños y riesgos, sea para intervención en los determinantes y condicionantes del proceso salud/cuidado, son todas dimensiones comunes a las diversas áreas de la vigilancia en salud, guardadas sus especificidades de objetos, métodos e intervenciones.

La garantía de acceso a los necesarios bienes y servicios de salud con tempestividad, depende de la actuación rápida y efectiva de la vigilancia sanitaria. Cabe a ella evaluar beneficios y riesgos de las tecnologías diagnósticas (p. ej. pruebas, reagentes), terapéuticas (medicamentos), protección (p. ej. EPPs) y preventivas (vacuna). Evaluación que demanda actuación del Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria, en sus esferas federal, estatal y municipal, en él incluso la red de evaluación de laboratorio sin la cual no se concretiza la evaluación de la calidad de estas tecnologías. La colaboración internacional, con las agencias reguladoras y los órganos multilaterales, es imprescindible para la regulación sanitaria en momentos de pandemia. En estos momentos, las evidencias científicas de eficacia y de seguridad precisan ser producidas de forma rápida y, generalmente, en precarias condiciones, frente a la emergencia sanitaria. Las buenas prácticas en el desarrollo de pesquisa clínica, producción, comercialización y utilización de bienes y en la prestación de servicios de salud reduce los riesgos y propicia la seguridad del paciente y de los trabajadores, inclusive los de salud.

La necesidad de organización de la atención nutricional en el SUS es particularmente relevante, considerando que las desigualdades sociales y en salud, que impactan directamente las posibilidades de acceso a la alimentación

adecuada y saludable, se expresan y se agravan de forma singular en el ámbito de la Pandemia. El aumento del desempleo, la discontinuidad y hasta la interrupción de los flujos de producción, comercialización y consumo provocados, en algunos contextos, ocasionados por el aislamiento físico y por el cierre de diferentes establecimientos comerciales, afectan directamente el acceso a alimentos. Además, las prácticas alimentarias (formas de consumo, preparación, compras, locales de alimentación, comensalidad y relaciones sociales alrededor de la alimentación, etc.) se pueden reorientar de forma significativa en un escenario de aislamiento físico. Son múltiples los desafíos enfrentados para la preparación de comidas en un contexto de reorganización de las actividades domésticas y familiares.

Es especialmente preocupante no contar en Brasil, desde el inicio de la pandemia del COVID-19, con la recolección de datos fundamentales para el mejor y más amplio entendimiento del comportamiento epidemiológico de la pandemia en los sistemas de información y notificación de los casos, como ejemplo de la ocupación y de la actividad económica de los individuos enfermos y de la posible relación del caso con el trabajo. Otros países cuentan con estas informaciones. El Reino Unido ha publicado análisis epidemiológicos de los casos, incluyendo análisis de mortalidad por COVID-19, según grupos ocupacionales. Estos análisis permiten comprender mejor la diseminación de la enfermedad y subsidian la toma de decisión en relación a locales y grupos poblacionales prioritarios para intervención y prevención. Orientaciones técnicas de estados, como ejemplo de Bahia, Tocantins, São Paulo y otros, para proceder investigación epidemiológica adicional, con investigación en ambientes de trabajo, siempre que sea necesario, y notificación de casos identificados como relacionados al trabajo, son ejemplos de estrategias para reducir estas lagunas en la producción de información. A su vez, es urgente que estas categorías analíticas se incluyan y estén disponibles para todos los casos sospechosos y confirmados de COVID-19 en ámbito nacional.

En el caso específico de la actual pandemia, es fundamental, también, envidar esfuerzos para construir una infraestructura nacional de salud digital, incluyendo un sistema de vigilancia en salud que sea capaz de rastrear las pruebas y las infecciones por COVID-19 de la población brasileña. Se añade a esto la necesidad de fortalecer la vigilancia genómica, de forma asociada a inversiones en la pesquisa nacional básica y aplicada en virología, genómica, inmunología, en diversas áreas de la Salud Colectiva, entre otros campos relevantes para expandir la capacidad de respuesta a los problemas de salud relevantes para el país.

7.3. Pacto federativo: intensificar la cooperación

El diseño federativo trino de Brasil – federal, estatal y municipal – se refleja en el SUS a través del intercambio de competencias y responsabilidades de gestión entre los entes. La garantía del acceso universal e integralidad de la atención demandan organización sistémica, efectiva mediante la celebración de pactos federativos pautados en la cooperación y solidaridad.

Lamentablemente, en el contexto de la pandemia, la irresponsabilidad del gobierno federal ha provocado conflictos federativos, llegando al punto que el

Supremo Tribunal Federal tenga que ratificar la autonomía de los gobiernos sub-nacionales para legislar en el ámbito de la salud pública. En un país inmenso y heterogéneo como Brasil, el papel del gobierno federal es importante para la reducción de las desigualdades, exigiendo políticas redistributivas en el ámbito fiscal, de las inversiones públicas y de las políticas sociales, en general, y de salud, en particular.

Es responsabilidad de la Unión, y cabe solamente a ella, coordinar, fomentar y apoyar estrategias y acciones que vienen de los más diversos segmentos de la sociedad. Si los representantes gubernamentales de Estados y municipios son responsables del desarrollo e implementación de acciones necesarias a sus localidades, cabe al poder central verificar la adecuación a las directrices nacionales e internacionales, respetando especificidades, garantizando su viabilidad con la distribución de los recursos que les competen. Además, de igual importancia es la actuación del gobierno federal en la búsqueda y reconocimiento de las innumerables estrategias producidas en la sociedad, es decir, acciones realizadas por organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y experiencias comunitarias, para fortalecerlas e integrarlas en el enfrentamiento nacional de la pandemia de COVID-19. Es parte de la responsabilidad de los niveles centrales de gobierno la producción, organización y difusión de informaciones correctas y actualizadas sobre la dinámica de la pandemia, a la luz de los conocimientos científicos actuales, con los recursos diagnósticos necesarios y la divulgación de datos sobre magnitud y vulnerabilidad de grupos mediante la extracción de variables sociales.

De todos modos, para avanzar en la consolidación del SUS y enfrentar la pandemia, urge fortalecer la cooperación entre Unión, Estados y municipios. Ciertamente, una de las principales estrategias para intensificar la cooperación entre los entes federados, visando el enfrentamiento de la pandemia, es consolidar las regiones de salud, asegurando condiciones adecuadas de financiamiento tripartito, planificación y articulación entre esferas de gobierno y servicios de salud en las diferentes regiones.

En efecto, dado el impacto diferenciado del COVID-19 entre las regiones del país, es fundamental disponer de una organización territorial con gestión integrada de la capacidad instalada y tecnológica, en el ámbito de las instancias de gobernanza regional. No hay duda de que la instancia de gobernanza regional - Comisión Inter gestores Regional (CIR) - asume un papel destacado en la coordinación del proceso de construcción de las redes de atención a la salud.

7.4. Financiamiento: más recursos para el SUS

El subfinanciamiento crónico del SUS, agravado por la aprobación de la EC-95/2016 que congeló los gastos federales hasta 2036, se revela ahora dramáticamente en la insuficiencia de camas y equipamientos especializados, así como en la baja cobertura de la APS en las regiones más vulnerables y en la fragilidad de las acciones de vigilancia en salud.

De modo aún más dramático, el Ministerio de Salud (MS) muestra una enorme dificultad (o falta de voluntad política) en aplicar efectivamente los recursos destinados para el enfrentamiento de la pandemia, como lo ha alertado el

Consejo Nacional de Salud (CNS), a través de su Comisión de Presupuesto y Financiamiento (COFIN/CNS-sus acrónimos en portugués). CNS llama la atención respecto a los datos que indican decenas de miles de óbitos evitables si el SUS no estuviese desfinanciado y se las autoridades gubernamentales, constituidas, hubiesen asumido la responsabilidad de coordinar las acciones de enfrentamiento al COVID- 19, respetando las medidas orientadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Es este contexto, el enfrentamiento de la pandemia exige que el MS pase, urgentemente, a operar con la responsabilidad y la diligencia que la crisis sanitaria requiere. Además de aumentar los recursos financieros destinados al SUS, es necesario, también, la aplicación ágil y eficiente de los recursos disponibles. De modo de emergencia, en el cumplimiento del precepto constitucional de la garantía del derecho a la salud por el Estado se impone la revocación de la EC-95/2016, y que los créditos extraordinarios aprobados durante la vigencia de calamidad pública por el COVID-19 se sumen al piso federal del presupuesto de la salud para 2021, conforme a lo recomendado por el Consejo Nacional de Salud (Recomendación CNS N° 028, de 22/04/2020). También es importante destacar la necesidad de adoptar, de forma inmediata, criterios de transferencia de recursos para Estados y Municipios, así como de efectución de los repases “parados” en el presupuesto. Y esto necesita ser debidamente pactado en la Comisión Inter gestores Tripartita (CIT) y aprobado por el CNS, sin cualquier tipo de subordinación a intereses políticos de gobernabilidad junto al Congreso.

También, es importante considerar la situación de fuerte reducción de la actividad económica y de la consecuente caída del ingreso tributario tanto de la Unión como de los Estados y municipios. En este sentido, para asegurar los recursos financieros necesarios al enfrentamiento de la pandemia y al fortalecimiento del SUS, es necesaria la prorrogación por más de un año, a lo menos, de la vigencia de la calamidad pública, actualmente fijada hasta el 31 de diciembre de 2020 (Decreto Legislativo n° 6/2020).

Al lado de las medidas urgentes y de emergencia, se deben realizar estrategias para superar, de forma estructurante, el subfinanciamiento y, desde 2016, el desfinanciamiento del SUS. En este ámbito, la estrategia fundamental es consolidar el presupuesto de la Seguridad Social, definiendo fuentes de ingreso estables y acabando con la desvinculación de los ingresos de la Unión y con las medidas de exención fiscal que retiran recursos de Seguridad Social.

La lucha por más presupuesto para el SUS no puede desconocer, entre tanto, que la sociedad brasileña no invierte poco en salud, si se considera el total de gastos públicos y privados en términos de PIB, el país gasta 9,2% al año. Sin embargo, el gasto público (federal, estatal y municipal) representa sólo el 3,9% del gasto total. Para aumentar los gastos públicos, sin ampliar el total de gastos en salud, se debe redireccionar al SUS el subsidio público actualmente destinado al sector privado de establecimientos de salud, operadoras de seguros y planes de salud y proveedores de insumos de salud, a excepción de las organizaciones filantrópicas que prestan servicios exclusivamente a los usuarios del SUS. Por fin, pero no menos importante, se debe resaltar que el adecuado financiamiento del SUS pasa por el fortalecimiento de los

mecanismos de pacto tripartitos y del ejercicio del control social (fortaleciendo consejos de salud) para designación de recursos federales y estatales.

Finalmente, se debe revocar la EC-95 y establecer el piso de 10% de los ingresos corrientes brutos de la Unión a ser aplicado al SUS, definiendo fuentes estables de financiamiento. En este propósito fundamental, cabe también la necesaria revocación de la Norma GM/MS n° 2979/2019, que instituye el Programa Previne Brasil y establece un nuevo modelo de financiamiento de costeo de la Atención Primaria Salud. Tal normativa, en contraposición al principio de la universalidad del SUS, condiciona el financiamiento federal de la atención básica al catastro de la población en los municipios, además de confrontar la Ley Complementaria n° 141/2012, que establece la necesidad de someter a la aprobación del CNS los pactos que dicen relación a los criterios de rateo de las transferencias financieras del Fondo Nacional de Salud a los fondos estatales y municipales de salud.

7.5. Perfeccionar la gestión del SUS

Además de la participación social, el enfrentamiento de la pandemia requiere el perfeccionamiento de la gestión del SUS, con la mejora de su eficiencia. Para esto, la primera estrategia se refiere a la profesionalización de la gestión de SUS, lo que exige la valoración de las carreras públicas y la adopción de criterios de desempeño para evaluar el trabajo en salud, premiando la eficiencia. Además, la dirección de los establecimientos de salud se debe fortalecer, concediéndole mayor autonomía a los gerentes locales y, al mismo tiempo, responsabilizándolos de los resultados alcanzados más que de la obediencia a normas administrativas. Es esta línea, los cargos de dirección deben ocupados, prioritariamente, por técnicos de carrera. Además, es importante reconocer que la gestión del SUS es siempre en redes, es decir, se realiza por conexiones y flujos entre las diversas unidades, servicios e instancias. Siendo así, es necesario que haya una permanente práctica de acuerdo interno, como forma de garantizar la eficacia y eficiencia en la gestión de los procesos de las líneas de cuidado asistenciales y de las acciones de promoción y vigilancia en salud.

Una segunda estrategia se relaciona a la revisión del papel de las agencias reguladoras, a saber, de la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS) y de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa). En el caso de ANS, es fundamental rescatar su carácter público, acabando con la situación de captura por el sector regulado, bien evidenciado por los mecanismos de la “puerta giratoria” que hacen con que sus dirigentes sean, en regla, vinculados a operadoras de planes de salud, antes y/o después de pasar por ANS. En relación a Anvisa, la cuestión central se refiere al fortalecimiento de la capacidad técnica del Ministerio de Salud para que la regulación sanitaria se realice en beneficio del interés de la salud de la población y que las acciones de vigilancia sanitaria sean mejor articuladas a las políticas de salud.

Finalmente, el perfeccionamiento de la gestión requiere de las instancias de deliberación y gestión colegiada del SUS - la CIT, las Comisiones Inter gestores Bipartitos y las Comisiones Inter gestores Regionales. En particular, las CIR necesitan haber fortalecido su papel de instrumento de la planificación y de la gestión regional, haciendo el espacio decisorio regional más democrático y

efectivo al movilizar a toda la sociedad a colaborar y firmar sus decisiones. Además, es imprescindible reforzar su papel técnico, instituyendo comisiones técnicas para subsidiar la toma de decisiones con base en evidencias tanto para enfrentar la crisis sanitaria provocada por la pandemia COVID-19, como para consolidar el SUS en todas sus dimensiones. Y es necesario reforzar el papel institucional del control social del SUS en la definición y acompañamiento y fiscalización de las políticas de salud.

7.6. Estimular y apoyar la participación y el control social del SUS

Para hacer efectivo el enfrentamiento de la pandemia, la Organización Mundial de la Salud recomienda un gran compromiso de la comunidad. Las experiencias más exitosas de control de la pandemia han demostrado el acierto de esta recomendación. De hecho, los países que consiguieron mayor comprensión y adhesión de las personas a las medidas de prevención han sido aquellas donde ocurrieron menos casos y menos muertes por COVID-19.

Es importante destacar que la Constitución Federal de 1988 garantiza la participación de la sociedad en la gestión de políticas y programas promovidos por el Gobierno Federal e instituye la participación social como principio organizativo del SUS que actúa a través de los Consejos y de las Conferencias de Salud, con el objetivo de formular estrategias, fiscalizar/controlar y evaluar la ejecución de la política de salud. En este propósito y en el contexto de la pandemia, el Consejo Nacional, instancia máxima del control social del SUS, delante del grave escenario, instituyó al Comité del CNS de acompañamiento a la pandemia del COVID-19, con el objetivo de reforzar y hacer colectivas las acciones en el ámbito del CNS, con representación paritaria del conjunto de consejeras y consejeros nacionales de salud.

En tesis, contando con un sistema formal de participación social, el SUS estaría bien posicionado para movilizar y a hacer partícipe a los /las brasileños/as en las acciones de lucha contra la pandemia. En este contexto, por el contrario, el gobierno federal ha buscado deslegitimar, invisibilizar y boicotear las instancias de participación social y de participación colegiada de la gestión, dentro de un proceso autoritario de verticalización de las decisiones, además de haber abrazado la estrategia de la desinformación. Contra la opción del gobierno vigente, es imperioso fortalecer la participación social, asegurando la representación de la sociedad civil en toda su diversidad y la representatividad de los miembros de los consejos de salud, así como desarrollar acciones de capacitación de los/las consejeros/as en todas las esferas de gobierno.

Acciones comunitarias de enfrentamiento a la pandemia necesitan ser igualmente fortalecidas, valoradas y, siempre que sea posible, se debe buscar una actuación conjunta de los servicios y acciones de promoción de salud con tales iniciativas, posibilitando la participación social partiendo del territorio, más allá de los espacios de control social. Acciones de prevención y promoción de salud y bien vivir en las comunidades, especialmente entre las poblaciones más vulnerables, se han mostrado fundamentales para mitigar impactos biológicos y socioeconómicos de la pandemia en estos contextos.

7.7. Política de educación permanente y gestión del trabajo en salud

Además de la atención y de la gestión, los trabajos en el sistema de salud

incluyen la formación y la participación. La Constitución brasileña afirma la responsabilidad del sistema de salud en el ordenamiento de la formación de los trabajadores del área. De acuerdo a las recomendaciones de los organismos internacionales, es fundamental que las responsabilidades del SUS con la formación de trabajadores y trabajadoras se incluyan en el trabajo, involucrando a las instituciones de salud y de enseñanza, garantizando el aprendizaje en escenarios de práctica con seguridad física y psicosocial de forma presencial o metapresencial, inclusive en el tiempo y en el enfrentamiento a la pandemia.

La política del SUS de desarrollo del trabajo en salud, que denominamos cotidianamente de política de educación permanente en salud, incluye la gestión de las tensiones en la organización del trabajo y el aprendizaje en el trabajo. A ejemplo de los estudios que demuestran que son necesarios recursos institucionales de apoyo psicosocial y reflexión colectiva en situaciones de alto riesgo y con gran sobrecarga, como el trabajo que se realiza en servicios con alta letalidad, es importante que la discusión de casos, el apoyo matricial e institucional, el apoyo especializado a los profesionales y las reuniones de equipo sean aseguradas a las personas en situación de trabajo regular e incluyan a las personas en formación profesional. Es necesario prestar especial atención a los trabajadores que actúan en los territorios y en la “puerta de entrada” de los servicios de salud como agentes de salud, auxiliares y técnicos, que conforman la línea de frente del enfrentamiento a la pandemia realizando los primeros contactos y triaje de los pacientes que, muchas veces, no tienen su actuación reconocida. El desarrollo de capacidades profesionales para el enfrentamiento a emergencias sanitarias y sociales es fundamental y sobre este tema las diferentes recomendaciones del Consejo Nacional de Salud, sobre todo en el enfrentamiento a la pandemia de COVID-19, dan orientaciones oportunas y adecuadas.

También se debe ordenar la formación profesional en el área de la salud, conforme lo determina la Constitución Federal de 1988, la legislación complementaria que reglamenta la materia (Ley nº 8080/1990) y las directrices emanadas del Consejo Nacional de Salud con base en las deliberaciones de las Conferencias Nacionales de Salud que instituyeron sistemas para la actuación del control social en la formulación, evaluación y acompañamiento de las políticas orientadas a la formación profesional (técnicos y graduación en la salud) y educación permanente para los profesionales y trabajadores del SUS. En esta dimensión educativa, merecen destacarse las residencias en salud, incluyendo las residencias médicas y en área profesional de la salud, priorizando las necesidades del SUS.

En este sentido, para atención de personas con sospecha o confirmación de contagio por el coronavirus, también es de fundamental importancia la cualificación de todos los trabajadores y trabajadoras de la salud, tanto los que se encuentran en la línea de frente (emergencias y UTIs de hospitales de referencia) como a los demás que apoyan el cuidado en las puertas de entrada de ESF, UPAS, Hospitales, SAMU, etc. Esto incluye camilleros, conductores, recepcionistas, personal de limpieza y equipos administrativos de los hospitales, todos y todas esenciales para el buen funcionamiento de los

servicios y por la calidad de la atención prestada a la persona contaminada por COVID-19.

El enfrentamiento a la pandemia ha producido poca visibilidad en una característica singular del trabajo en salud. En ámbito nacional y regional, se trata de la inmensa precarización de las condiciones y de las relaciones de trabajo en salud observadas en Brasil en los últimos años, especialmente a partir del aumento de los procesos de tercerización y de utilización de organizaciones sociales en la contratación de acciones y servicios. Las reformas laborales, de pensiones y la propia EC 95 trajeron profundos impactos en la organización del trabajo en salud, con inestabilidad de vínculos, rotatividad en las contrataciones, despidos y exoneraciones anuales de los más diversos profesionales, inclusive de la atención básica, en la tentativa de rendir cuentas a los Tribunales de Cuentas en cumplimiento a los límites prudenciales de la ley de responsabilidad fiscal, sin la mínima observancia de la responsabilidad social de gestores, trabajadores e inclusive de los auditores públicos de esos tribunales. La situación actual de la gestión del trabajo en el SUS, con insuficiencia de cuantitativo mínimo requerido para atender a las necesidades, demandas y problemas de salud de la población, para el adecuado cumplimiento de sus atribuciones constitucionales del SUS y de sus gestores (inclusive alcaldes y gobernadores), con inmensa precarización del trabajo, con multiplicidad de vínculos precarios, con alta rotatividad, sin política explícita de valoración y mantención de la fuerza de trabajo, ya no presentaba la mínima sustentabilidad socio sanitaria para el SUS en los últimos años; mucho menos atenderá las necesidades de enfrentamiento actuales y futuras de la situación de pandemia.

Por último, considerando el carácter federativo del SUS, es fundamental respetar los mecanismos tripartitos de provisión y fijación de profesionales en regiones remotas, considerando que la existencia de profesionales y servicios constituye un factor determinante para la salud de las poblaciones y, en particular, a los pueblos tradicionales y grupos expuestos a mayor vulnerabilidad económica y social.

7.8. Proteger la salud de los trabajadores/as, en la salud y en todas las áreas

En el contexto de la pandemia, el principal problema de salud que afecta a los profesionales de salud involucrados directamente en el cuidado a los pacientes sintomáticos o diagnosticados con la enfermedad es el alto riesgo de contaminación por SDARS-CoV-2. De hecho, muchas evidencias confirman el alto grado de exposición y contaminación de los profesionales de salud. Esto demanda especial atención de gestores de todas las esferas (municipal, estatal y federal) para que se dispongan a los profesionales de salud equipos de protección imprescindibles y condiciones de trabajo que garanticen tanto su protección como la calidad de la intervención junto a los pacientes. Por tanto, es necesario priorizar las acciones de enfrentamiento al COVID-19 la protección física y psicosocial de las personas que actúan en la salud y en las áreas esenciales, con gran énfasis en la bioseguridad y en mecanismos de reducción del sufrimiento psíquico. Estas acciones incluyen la intensificación de la vigilancia en salud en los territorios y en los ambientes de trabajo.

El trabajo en salud, actividad clara y correctamente considerada esencial, vive un momento de gran visibilidad por el enfrentamiento a la pandemia del COVID-19, una vez que son sus trabajadores los que están, de forma inmediata y dramática, en la línea de frente del cuidado a la población, presentando mayor riesgo ante el COVID-19. Sobrecarga y presión en el trabajo; miedo; incertezas; asedio moral; falta de un plan de bioseguridad en la mayoría de los ambientes hospitalarios; acceso limitado a los EPP, tanto en la cantidad como en la calidad, reposición, adecuación y capacitación para el uso y el desecho de los mismos, explican el gran número de casos y de óbitos por COVID-19 entre esos trabajadores. Además, se espera que en este escenario se experimente sufrimiento psíquico, siendo necesaria la organización de redes de protección a la salud de esos trabajadores y trabajadoras, durante y después de la pandemia. Sin mencionar que la mayoría de los profesionales de salud y trabajadores de servicios esenciales son mujeres que también asumen la carga de trabajo doméstico, inexistente para la mayoría de los trabajadores hombres, en razón de las desigualdades de género en la sociedad brasileña.

No obstante, cabe resaltar las distorsiones producidas por el entendimiento actual de servicios y actividades esenciales, en el contexto de la pandemia. Actividades esenciales son conceptuadas como aquellas indispensables a la atención de las necesidades impostergables de la comunidad y que, cuando no se atienden, ponen en peligro inminente la sobrevivencia, la salud o la seguridad de la población. Entre tanto, visando atender intereses económicos diversos, el gobierno federal ha ampliado, cada vez más, los ramos, las actividades productivas y el número de trabajadores incluidos en esa categoría, poniéndolos en riesgo de contaminación por COVID-19, con consecuencias para la salud de ellos y de toda la población y de sobrecarga del sistema de salud.

Las iniciativas que involucran el enfrentamiento a la pandemia necesitan considerar las diversas posibilidades de inserción de las personas que trabajan en la salud y en las demás áreas esenciales: están sometidas a las condiciones de restricción de la población en general, a los riesgos relativos a las condiciones y a la organización del trabajo al interior de sistemas y servicios de salud; a los riesgos relacionados con el desplazamiento hacia el trabajo, que en muchos casos es a través del transporte público y, finalmente, están expuestos a las violencias movilizadas por las disputas de narrativas que vivimos en la sociedad que envuelven al COVID-19 y las políticas públicas.

Una de las medidas de protección física relevante para los trabajadores de salud es la disponibilidad adecuada y constante de equipos de protección personal (EPP) en el lugar de trabajo: Máscara N95, delantales, protección para los ojos, escudos y guantes. Considerando la cercanía de los trabajadores de salud con la enfermedad, la muerte, el sufrimiento de los pacientes y familiares, las incertezas y vulnerabilidad, así como el miedo de infectarse o transmitir la infección a los miembros de sus familias, se recomienda a la gestión de los servicios de salud especial atención al sufrimiento psicológico de los trabajadores y su salud mental.

También se recomienda la adopción de medidas de protección de los profesionales de salud en el ejercicio cotidiano de trabajo con: control de infección en las y entre los equipos de salud, implementar exámenes de rutina

de los profesionales de salud como forma de triaje, monitoreo de las señales y síntomas manifestados y acceso rápido a asistencia y alejamiento del trabajo si fuera necesario, testeo de 100 % de los profesionales de salud, educación permanente de los profesionales para homogenización de los procesos de trabajo de los equipos de salud y disseminación de directrices y actualizaciones técnicas.

Pero no sólo los trabajadores de la salud presentan mayor riesgo de ser víctimas de COVID-19, sino todos los que necesitan salir de sus casas hacia el trabajo. Sean de actividades esenciales como la salud, el transporte colectivo donde, muchas veces se encuentran llenos de pasajeros; como también todos aquellos que realizan sus actividades de trabajo en espacios confinados y/o con aglomeración de trabajadores en los ambientes de trabajo, a ejemplo de los petroleros de plataformas; conductores (de autobuses, camiones, taxis, "uberizados", metroviarios), mineros, barrenderos, sepultadores, bancarios, cajeros de supermercados, industrias diversas, trabajadores en actividades agrícolas, operadores de tele atención, entre tantos otros.

Para todos estos trabajadores, el SUS tiene un papel relevante en el enfrentamiento al COVID-19, a través de acciones de protección, de promoción y de vigilancia de la salud de los trabajadores, tanto los que actúan en actividades esenciales como para los no-esenciales. Para la realización de estas acciones, el SUS cuenta con la Política Nacional de Salud del Trabajador y de la Trabajadora (PNSTT) y con la Red Nacional de Atención Integral a la Salud del Trabajador (RENAST), que hay en los Centros de Referencia en Salud del Trabajador (CEREST) un importante punto de atención y vigilancia en salud y de apoyo técnico para la red asistencial en su área de alcance.

La exigencia de la elaboración de planes de contingencia, de prevención y manejo de casos a ser cumplidas por los empleadores y gestores, públicos y privados, en todos los ambientes de trabajo, conforme a las normas y notas técnicas emitidas por las autoridades sanitarias, y el fortalecimiento de la capacidad de fiscalización y vigilancia en salud en estos lugares son fundamentales para la interrupción de la cadena de transmisión y rebajamiento del número de casos en los diversos territorios, regiones y municipios del país.

7.9. Reducir el sufrimiento social derivado de los efectos del COVID-19

Muchas publicaciones científicas recientes analizan los riesgos de la pandemia COVID-19 de producir trastornos psiquiátricos en la población, tal como sucedió en epidemias o pandemias anteriores, u otras situaciones de emergencia humanitaria, como grandes desastres, guerras o conflictos armados. Llama la atención, especialmente, el crecimiento de trastornos depresivos, de ansiedad, uso abusivo de sustancias psicoactivas y trastornos de estrés postraumático. En el caso del COVID-19, algunos segmentos poblacionales estarían particularmente susceptibles a desenvolverlos, como los profesionales de salud al frente de la asistencia directa de pacientes con esta enfermedad, además de personas enlutadas y otros profesionales que actúan en la línea de frente de la lucha contra la pandemia o en servicios fundamentales, a ejemplo de sepultureros, barrenderos, policiales y profesionales de entrega a domicilio.

Un número expresivo de publicaciones en las áreas de psicología y psiquiatría

han sido divulgados en el sentido de orientar a los profesionales de salud, especialmente, de salud mental, a realizar el manejo de las experiencias de sufrimiento psíquico en situaciones de catástrofe. Esto revela un campo con especificidades teóricas y clínicas que se abre delante de las características de excepcionalidad en la experiencia humana y de las graves crisis psíquica, social, económica, política y simbólica que pueden provocar grandes repercusiones en la psique de los sujetos. Es importante destacar los riesgos que se sobreponen al enfrentamiento de estas crisis, y que frecuentemente ocurren, al medicalizar, patologizar y “psicofarmacologicalizar” el sufrimiento humano, reduciéndolo y hasta agravándolo con el desencadenamiento de trayectorias de uso crónico o innecesario de medicaciones psiquiátricas, que no son inocuas en sus efectos orgánicos y psíquicos.

En esta perspectiva, además de garantizar e incrementar el funcionamiento de la red de atención psicosocial, especialmente de los CAPS, pero también de las unidades de salud de la familia, es necesario producir estrategias creativas de soporte, como telesalud, redes de apoyo mutuo, redes de solidaridad, servicios de escucha de emergencia, identificación de casos en sufrimiento, realizadas especialmente a través de la atención básica. No se puede minimizar ni descuidar la necesidad de estrategias de acogida y tratamiento de un número expresivo de personas afectadas y que presentan sufrimiento psicosocial de forma bastante profunda, con la producción de nuevos rituales de elaboración de luto y de elaboración de la muerte. Además, es indispensable que se amplíen redes de protección social por saberse que, más allá de experiencias extremadamente dolorosas de pérdida, del miedo colectivo y del aislamiento social, parte considerable del sufrimiento de las personas advienen de la precaria situación material y que han sido duramente agravadas por la pandemia COVID-19.

No hay que olvidar la situación de las personas en situación de manicomio, sea en hospitales psiquiátricos, comunidades terapéuticas u hospitales de custodia, que presentan riesgos aumentados de contaminación y contracción de la enfermedad y de violación de sus derechos humanos. En este caso, son de importancia fundamental las inspecciones realizadas en estas instituciones totales y tomar medidas para que las personas ahí internadas puedan ser tratadas en un medio comunitario, con la asistencia de la red de atención psicosocial.

Finalmente, pero no menos importante, es necesario reconocer la situación de mayor vulnerabilidad, también, de los trabajadores y de las trabajadoras del área de salud mental, ante su mayor exposición física al contagio y emocional respecto al sufrimiento ampliado de la sociedad, necesitando no solamente de equipos de protección, sino también de todo el soporte psicosocial necesario, inclusive de estrategias efectivas de cuidado al cuidador.

8. C&T EN SALUD Y PRODUCCIÓN DE INSUMOS ESTRATÉGICOS

Una de las caras más impresionantes de la actual pandemia, dentro de varias que ha presentado, es la movilización de la comunidad científica mundial, así como el complejo industrial de la salud, en la búsqueda de herramientas para su mitigación, en particular, diagnósticos, medicamentos y vacunas. Siendo la pandemia un acontecimiento complejo y multifacético, también han sido fundamentales las contribuciones de las comunidades científicas en el campo de las ciencias sociales en la comprensión de esta complejidad.

8.1. Situación actual del sistema de CT&I en Brasil

Además de aspectos estructurales de su formación, el sistema brasileño de ciencia, tecnología e innovación viene enfrentando en el último quinquenio la más grave crisis de su historia. No sólo por el radical corte en sus recursos financieros, como también, en el último año y medio, por ataques sistemáticos oriundos del gobierno federal a las instituciones de fomento y a las instituciones ejecutoras de investigación científica y tecnológica. Sumado a esto, el debilitamiento del fomento industrial derivado de las dificultades endógenas de nuestro proceso de industrialización, potencializadas por la ausencia de políticas industriales en tiempos recientes y por la deshidratación del BNDES.

Es en este difícil paño de fondo que está siendo organizada la participación de las comunidades de ciencia y tecnología y de innovación industrial en el enfrentamiento de la pandemia. Y, a pesar de las dificultades, se puede decir que sus contribuciones han sido relevantes. La mayor parte de este esfuerzo, como sería de esperar, tiene origen en los centros globales de producción científica y tecnológica, casi todos ubicados en el hemisferio norte. Entre tanto, el papel de las comunidades locales no se debe subestimar, entre otras razones, por las especificidades en la manifestación de la pandemia en cada país o región.

8.2. Esfuerzos en la pesquisa científica sobre COVID-19

En el ámbito de la pesquisa básica se destaca la prontitud en desvelar el genoma del SARS-CoV-2, concomitantemente con grupos norteamericanos, europeos y chinos. Esto abrió camino a la mejoría de la exactitud de pruebas diagnósticas para COVID 19 entre nosotros, así como para el desarrollo experimental de otras estrategias tecnológicas para nuevas pruebas. También cabe mencionar la búsqueda de nuevos patrones genómicos asociados a riesgos aumentados de enfermar y de producir casos graves de enfermar y desarrollar cultivos celulares especializados para conocer la patogenicidad del virus.

En el terreno epidemiológico, deben destacarse las investigaciones regionales y nacionales para determinar la presencia de anticuerpos en la población, esenciales para acompañar la dinámica de la pandemia entre nosotros. También se destacan los innumerables modelos matemáticos en la estimación de casos y óbitos. Y la participación de epidemiólogos en la gestión de la lucha a la pandemia, asesorando a los gestores en las tres esferas de gobierno.

Las ciencias humanas y sociales han dado una gran contribución en el desvelamiento de las repercusiones sociales, étnicas, políticas, económicas y éticas, todas exacerbadas por la pandemia. Cabe señalar que estas dimensiones, esenciales para enfrentarlas, suelen subestimarse cuando no ignoradas en coyunturas como la que estamos viviendo. Las pesquisas en las áreas de las ciencias sociales y humanas en salud contribuyen, de forma relevante: 1) en el monitoreo de la pandemia social (identificando y analizando valores culturales con base de ciertos comportamientos de riesgo, tabús, estigmatización, no adhesión a medidas de protección, además de factores sociales que modelan diferentemente la epidemia en grupos sociales diversos, por las desigualdades económicas, racismo y relaciones de género); 2) contribuyendo en la determinación del origen biosocial de la pandemia e 3) aportando conocimientos etnográficamente producidos que se puedan aplicar en la comunicación e información en salud.

En la pesquisa clínica, la comunidad científica brasileña ha tenido participación destacada en ensayos medicamentosos nacionales e internacionales en la búsqueda de productos comprobadamente seguros y eficaces, destacándose el ensayo “Solidaridad” patrocinado por la OMS y todavía en curso. El desarrollo de prototipos para equipos de soporte respiratorio ha movilizó la comunidad de las ingenierías, con exitosas experiencias en el Hospital de Clínicas de USP, en COPPE/UFRJ y en la Facultad de Tecnología de UnB.

8.3. Desarrollo tecnológico, producción industrial y responsabilidad social

En el capítulo referente al desarrollo industrial, la noticia más importante fue el acuerdo firmado por el Ministerio de Salud/Fiocruz/BioManguinhos con la empresa británica Astra Zeneca para la compra y posterior producción local inicial de 30 millones de dosis de la vacuna desarrollada por la Universidad de Oxford, de un valor de US\$ 127 millones. Esta vacuna está iniciando los ensayos en fase III y, por tanto, aún no existe para comercialización. Se trata, por tanto, de un contrato de riesgo siendo la estimativa de éxito del orden de 70%. Acuerdos parecidos fueron establecidos por los Estados Unidos (400 millones de dosis) y con Francia, Alemania, Italia y Holanda para ser proporcionada a la Unión Europea (400 millones de dosis).

Esta modalidad de operación viene siendo estimulada por la OMS y entidades filantrópicas con vistas a encortar el tiempo de desarrollo y producción de vacunas en situaciones de emergencia sanitaria. Fue utilizada por primera vez, con algunas diferencias, en el desarrollo de la vacuna contra el Ébola, el 2014. Además, se debe destacar el acuerdo del Instituto Butantã con la China Sinovac para el testeo clínico de vacuna contra la COVID 19 que, en caso que sea exitoso, podrá también evolucionar para un acuerdo de transferencia de la tecnología para la producción local.

En lo que se refiere a la participación de las industrias farmacéutica, metalmecánica, electrónica y textil en el esfuerzo de combate al COVID 19, las dificultades han sido mayores. El proceso de fortalecimiento de nuestra capacidad debería, en primer lugar, estar acoplado a una estrategia de actualización de la base tecnológica del parque industrial brasileño, hoy bastante atrasado frente a las transformaciones en

curso en los países líderes, que incluyen la incorporación de tecnologías como a informatización avanzada de los procesos industriales y la inteligencia artificial.

En la coyuntura pandémica, las contribuciones industriales para el enfrentamiento de la enfermedad han estado más allá de nuestras potencialidades y esto revela el proceso de debilidad de nuestro parque industrial. Como no podría dejar de ser, la mayor contribución industrial ha sido de la industria farmacéutica, que continúa proporcionando medicamentos esenciales para la lucha contra la pandemia, especialmente productos hospitalarios necesarios a los pacientes internados y más graves. Pero incluso este sector ha sufrido con la destrucción de la industria de insumos activos (farmoquímicos) para medicamentos, en función de nuestra casi total dependencia externa. Con la pandemia, China y La India, origen de la mayoría de las importaciones brasileñas dejaron de abastecer o aumentaron abusivamente los precios de sus productos. Esta ha provocado, aunque periféricamente, una interrupción en las líneas de medicamentos acabados en función de esa escasez de principios activos. En la industria de farmoquímicos, la disminución de la dependencia es una medida urgente e indispensable, sin la cual la industria farmacéutica con producción local sufrirá consecuencias muy negativas.

La industria química también ha colaborado en la producción de los insumos para la fabricación de alcohol en gel. En el sector metalmecánico y electrónico, el principal ítem de colaboración de la industria ha sido la mantención de respiradores mecánicos, actividad que viene siendo realizada con éxito. Ya en la industria textil se destaca la producción de máscaras y otros equipos de protección personal.

Se debe garantizar el acceso público (por el SUS) a los medicamentos y vacunas que fueron desarrolladas contra el coronavirus – esto puede ser garantizado vía no permiso de patentar, licencias compulsorias o por el *pool* de patentes recomendadas por la OMS. Cabe señalar, también, que en cualquier caso, el desarrollo de nuevos tratamientos y productos tecnológicos deben observar buenas prácticas y principios bioéticos, siendo envidados esfuerzos para garantizar acceso equitativo a los insumos, como medicamentos y vacunas, cumpliendo el papel social del desarrollo tecnológico.

8.4. Información y Tecnologías de la Información en Salud

El conjunto de las Informaciones y Tecnologías de la Información en Salud (ITIS), incluyendo los Sistemas de Información del SUS, son un bien público y estratégico que debe gestionarse a través del diálogo de los diferentes entes federados con trabajadores y ciudadanos. La innovación tecnológica debe estar al servicio de los intereses de la sociedad brasileña y de la justicia social. Para esto, se hace necesario consolidar los Sistemas Nacionales de Información en Salud a partir de los principios del SUS. Las políticas de fomento a la innovación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) en salud deben ser claras y accesibles a todos. Se hace necesaria inversión de capital dentro de la perspectiva del bien público en salud y el alineamiento de los intereses del complejo-económico de la salud con el interés social, principalmente respecto al registro de la memoria genética, clínica,

epidemiológica y cibercultural.

Ante los desafíos complejos, las soluciones necesitan ser complejas. Estas sólo surgen a partir de procesos de innovación cuya madurez presupone una política de Estado orientada a la constitución de equipos de excelencia en trabajo colaborativo, de forma gradual, en los moldes de desarrollos translacionales y que lleve en cuenta la interdisciplinariedad. Sin embargo, el gobierno federal, en su errática estrategia de enfrentamiento a la pandemia del COVID-19, viene saboteando y bloqueando esfuerzo de especialistas que, de forma responsable y ética, se han dedicado a salvar vidas. Los Sistemas de Informaciones en Salud, patrimonio de la sociedad brasileña, construidos hace décadas con rigor técnico, no son una excepción. Paso a paso, se evidencian decisiones de una continua demolición de ese Bien Público de la sociedad brasileña.

Las estrategias de divulgación de las informaciones referentes a la pandemia COVID- 19 revelan la gravedad con que se tratan las informaciones y los Sistemas de Información en Salud en el Estado brasileño. De esta forma, se hace imperioso el respeto a las ciencias en el tratamiento de las informaciones en salud, patrimonio de la sociedad brasileña, que pertenece a todos los ciudadanos, debiendo jamás servir a intereses creados que contribuyan a confundir a la población sobre la crisis sanitaria y aumentar la desigualdad social.

La destrucción de estos sistemas acarrea la pérdida de décadas de inversiones en infraestructura, cualificación profesional y movilización social, visto que los datos y las informaciones en salud son activos estratégicos para el proceso de enfrentamiento de la pandemia, para la generación de conocimiento y para subsidiar acciones ágiles en atención a la salud del SUS, mitigando los efectos de la pandemia. En este escenario, los cambios en la gestión de ITIS exigen clara comprensión del legado histórico, de la cultura institucional y de la búsqueda de un modelo de gobernanza y de gestión convergente con la defensa de la red pública.

8.5. Perspectivas

La superación de las dificultades existentes en la actuación de las comunidades de ciencia, tecnología y de innovación productiva también durante el enfrentamiento de la pandemia y después, están vinculadas a la superación de los «cuellos de botella» ya señalados. En el campo científico y tecnológico, es impostergable la recuperación de niveles de financiamiento público mínimamente compatibles con la dimensión y la calidad de nuestras comunidades, así como con la reconstrucción del sistema de fomento que las construyó, sea en infraestructura, sea en recursos humanos. Esto incluye a *Financiadora de Estudos e Projetos (Finep)* y a *Fundo Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Fondo Nacional del Desarrollo Científico y Tecnológico)*, a CNPQ, a CAPES/MEC y la red de órganos estatales de fomento a la pesquisa. Respecto a la innovación industrial, se debe buscar la reconfiguración de nuestra industria de base tecnológica con miras a moverla de un estándar actual 2.0 a algo cercano al estándar 4.0 de las industrias de base tecnológica en el mundo.

Es fundamental movilizar a la comunidad científica y tecnológica brasileña, así como al complejo industrial de la salud hacia un compromiso mayor en el enfrentamiento de la pandemia. Para esto, se necesitará descontingenciar los recursos de *Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico* (Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico) para que las agencias federales de fomento sean irrigadas con esos recursos, así como estimular a FINEP y a BNDES a fomentar (financiamiento y subsidios) proyectos industriales que tengan como enfoque aumentar el desarrollo y producción local de ítems importantes para este enfrentamiento.

9. FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La pandemia alcanzó a Brasil en medio de una agenda de reformas centrada en la austeridad fiscal y en la reducción del papel del Estado en la economía. Desde el 2015, a raíz de los recortes y de las reformas (seguridad social y laboral) a diferencia del crecimiento económico promocionado, lo que vimos ha sido el desempleo, la crisis y el empeoramiento de los indicadores fiscales. La austeridad también desfinanció al SUS y debilitó la estructura de protección social en un contexto de aumento de la pobreza y de las desigualdades sociales.

9.1. Promover desarrollo con bienestar social

En plena pandemia, el supuesto conflicto entre economía y lucha al COVID-19 ha sido el biombo detrás de la cual el gobierno federal brasileño profundiza y avanza la agenda de ajuste fiscal, enfocado en la reducción de gastos públicos. Después de que su campaña - “Brasil no puede parar” - fuera interdictada por el Supremo Tribunal Federal, las medidas económicas y presupuestarias de emergencia para garantizar protección social de la renta y empleo, además de ser claramente insuficientes, parciales y controvertidas, siguen siendo ejecutadas con lentitud y apatía por los órganos federales.

Las marcas de la pandemia, con todo, se muestran profundas en el desaliento de más de 60 millones de ciudadanos clasificados para acceso al auxilio de emergencia, que se ha mostrado insuficiente, con un modelo de catastro digital que excluye justamente a las poblaciones más necesitadas, además de la demora y dificultades de acceso a los que tuvieron el catastro aprobado. Familias y empresas deben salir de la crisis, más endeudadas y con menos renta, y la crisis creará nuevas demandas por protección social y servicios públicos. Los reflejos aparecerán, también, en las formas de acceso alimentario, con consecuencias de agravamiento de la situación de inseguridad alimentaria, de la desnutrición, de enfermedades crónicas, que afecta de forma desigual a los diferentes segmentos de la población. Las demandas de la salud, también, deben aumentar, dada la necesidad de atención continuada a los alcanzados por el COVID-19, de mantención de la nueva infraestructura y equipos y de preparación para una próxima amenaza sanitaria.

Las previsiones de 8,5% de caída en el PIB brasileño en 2020 señalizan que el Estado necesitará tener un papel activo en la reanudación, coordinación e inducción de las inversiones en la economía. En todos los países del mundo, el gasto público es la palanca para enfrentar el alto desempleo y la destrucción de la capacidad productiva. La experiencia muestra que el aumento de la deuda pública en relación al PIB puede ser estabilizado, no con cortes de gastos y aumento de carga tributaria, sino con crecimiento económico y reducción de las desigualdades sociales.

De esta forma, para atenuar los impactos económicos y sociales de la Pandemia COVID-19, es necesario enterrar la austeridad fiscal y revocar el techo de gastos públicos, fortaleciendo el conjunto de políticas de protección social garantizadas constitucionalmente, así como las políticas de promoción de igualdad racial y

de género, fundamentales para el establecimiento de un diseño social más ecuánime.

9.2. Preservar y fortalecer las políticas de Seguridad Social

La Constitución de 1988 instituyó en Brasil la Seguridad Social de base universal, comprendiendo las políticas de Seguridad Social, Salud y Asistencia Social, a ser financiadas con recursos de fuentes diversas, incluyendo impuestos y contribuciones sociales. En que pese a los numerosos obstáculos a la consolidación de la Seguridad Social en los últimos 30 años, el pacto constitucional ha sido fundamental para asegurar la expansión de políticas de carácter distributivo, la expansión de derechos sociales y la mejora de las condiciones de vida de la población.

Así, es fundamental asegurar las condiciones de sustentación y consolidación de la Seguridad Social, en una perspectiva global, a través del financiamiento adecuado de sus políticas estructurantes, en articulación a otras políticas públicas. En la perspectiva de entender la promoción del Bienestar Social como finalidad primordial de la actuación del Estado, los límites de la Ley de Responsabilidad Fiscal no se deben aplicar a las políticas de Seguridad Social y de protección social en general.

En lo que concierne a la Seguridad Previsional, es importante asegurar el carácter público y universal del sistema de pensiones brasileño, lo que requiere: reforzar los mecanismos de solidaridad entre generaciones (sistema de repartición) y entre grupos sociales (mecanismos de redistribución); asegurar la protección amplia a las personas mayores con deficiencia, manteniendo beneficios de base contributiva y no contributiva, considerando el perfil demográfico e histórico de inserción de los trabajadores en la economía brasileña (inicio precoz de la actividad laboral, alta informalidad y precariedad de los vínculos, gran proporción de puestos de trabajo domésticos o de baja cualificación); asegurar la equiparación de los beneficios de seguridad social (jubilaciones y pensiones) al salario mínimo, así como su reajuste periódico, comprendiendo su relevancia al bienestar de las personas mayores, personas con deficiencia y sus familias.

Se hace necesario, también, corregir y reparar las distorsiones y los enormes daños causados por la adopción de medidas supuestamente sanadoras de fraudes en la Seguridad Social (Ley n° 13.457/17 y Medida Provisoria 871/19, después Ley n° 13.846/19), pero que, por la forma burocrática y hostil con que fueron aplicadas, resultaron en el cancelación arbitraria y, vía de regla, injusto de pago de derechos previsionales como pensiones por muerte, jubilación rural, beneficios por incapacidad, auxilio-reclusión, principalmente de los asegurados y aseguradas más vulnerables y fragilizados.

En relación a la Salud, como ya mencionado en la sección pertinente, es necesario el fortalecimiento del SUS como sistema público y universal de salud, con base en el reconocimiento de la salud como derecho de ciudadanía, e integrado a otras políticas económicas y sociales. También es importante reducir incentivos y subsidios estatales y regular el sector privado en salud en el país, subordinándolo a los intereses colectivos.

En relación a la Asistencia Social, es fundamental asegurar políticas amplias de desarrollo social, fortaleciendo el Sistema Único de Asistencia Social y su red de servicios y programas; fortalecer el Programa *Bolsa Familia* (Bono Familia), aumentando o acceso de las familias y asegurando valores de beneficios adecuados, además de su articulación con otras políticas públicas de inclusión y desarrollo social, incluyendo la articulación con los sistemas de educación, salud y asistencia social; preservar y expandir el acceso al Beneficio de Prestación Continuada, que tiene inmensa importancia para la protección social de personas mayores y personas con discapacidad, asegurando su equiparación al salario mínimo.

9.3. Promoción de empleo y renta, protección a los trabajadores

Históricamente, una parte importante de los trabajadores brasileños presenta vínculos de trabajo precarios o se inserta en el mercado informal, sin la garantía de derechos laborales básicos. Los cambios recientes en el mundo del trabajo, como la expansión de nuevas formas de inserción precarias (proceso de “uberización”, pagos por hora) que además de la inestabilidad y no-garantía de derechos pueden traer nuevos riesgos de enfermedad. Se agrega el crecimiento del desempleo en los últimos años, que aumenta la vulnerabilidad de miles de familias. Cada día resurgen protestas contra la precarización de la mano de obra de trabajadores, como por ejemplo la movilización de los entregadores de las millonarias empresas de “delivery”.

Ante el cuadro de recesión mundial y nacional causado por la pandemia, se necesitan políticas anticíclicas de desarrollo económico, incluyendo medidas estatales proactivas de promoción y generación de empleo y de acciones afirmativas y de protección a los trabajadores, que necesitarán expandirse durante la pandemia y en los próximos años, incluyendo la implantación de la renta universal básica. A su vez, los retrocesos impuestos por las reformas laborales y seguridad social, por la ley de la tercerización, por las medidas provisionales y enmiendas constitucionales que atentaron contra lo ya establecido a Cen la Constitución Federal de 1988, entre otras leyes que retiran derechos de los trabajadores y trabajadoras, deben ser revocadas para restablecer los niveles de protección anteriores a estas reformas. Además, es necesario fortalecer la fiscalización del trabajo y la justicia del trabajo, importantes herramientas para la protección de la salud y seguridad de los trabajadores y garantía de los derechos laborales.

9.4. Políticas de Seguridad Alimenticia y Nutricional

La alimentación es esencial para la sobrevivencia y salud, en escenarios de restricción financiera, sufre corte en el presupuesto familiar. Esto lleva a un consumo alimentario inadecuado, especialmente en poblaciones periféricas, de baja renta, indígenas, ribereños, quilombolas, en situación de calle, refugiados, migrantes, entre otros, que se tornan aún más vulnerables en situaciones de emergencia sanitaria y social y, también, entre aquellos considerados en vulnerabilidad biológica (niños, mujeres y personas mayores). Así, todo esto puede tener como consecuencia el aumento del hambre, de la desnutrición y de otras formas de carencias nutricionales y de la mala nutrición, comprometiendo el Derecho Humano a la Alimentación Adecuada (DHAA).

Las prácticas alimenticias posibles, considerando la realidad diversa y desigual de los domicilios brasileños, en términos de acceso a bienes, servicios y políticas públicas, pueden afectar el proceso salud enfermedad de varias formas. Se debe considerar el agravamiento del hambre, de la inseguridad alimenticia, de los cuadros de desnutrición, de enfermedades crónicas, además de los múltiples reflejos de situaciones emocionales en la alimentación cotidiana, que se agravan en esa coyuntura. Además, deben garantizarse acciones de promoción, apoyo y protección a la lactancia materna y su monitoreo en situaciones de inseguridad alimenticia y nutricional, especialmente en las familias más vulnerables socialmente, articulándose intersectorialmente acciones de apoyo.

Además, los impactos COVID-19 pueden afectar negativamente el abastecimiento, la producción interna y la disponibilidad, los precios, los proveedores, el acceso geográfico, la accesibilidad y la conveniencia impactando en la disponibilidad local y familiar de alimentos. Estos factores pueden agravar los índices de inseguridad alimenticia y nutricional de la población, cuyas consecuencias recaerán sobre el SUS, gravando aún más servicios, en una coyuntura de demanda excesiva de la red, en razón del COVID-19.

En este contexto, es necesario garantizar la seguridad alimenticia y nutricional de la población y el acceso a los alimentos adecuados y saludables, de acuerdo a las recomendaciones de la Guía Alimenticia para la Población Brasileña del Ministerio de Salud, con medidas de protección en el contexto de la epidemia COVID-19. Para esto, es imprescindible reanudar la implementación del Sistema Nacional de Seguridad Alimenticia y Nutricional (SISAN), junto al conjunto de acciones orientadas a garantizar el cumplimiento del Derecho Humano a la Alimentación Adecuada y Saludable, con prioridad en el restablecimiento del Consejo Nacional de Seguridad Alimenticia y Nutricional (CONSEA). Además, fortalecer las políticas de Seguridad Alimenticia y Nutricional, con articulación junto a los movimientos sociales y a las diversas áreas involucradas, como las políticas de agricultura, agroecología, abastecimiento, asistencia social, educación, entre otras.

Para garantizar la SAN de toda la población, principalmente la de los más pobres en las ciudades y en el campo, el Estado necesita asumir su responsabilidad frente a los titulares de derechos (ciudadanos) y deberá actuar en dos caminos, complementarios, para garantizar el acceso a la alimentación adecuada y saludable a la población: primero, asegurando renta a millones de trabajadoras y de trabajadores, empleadas(os) y/o desempleadas(os), a través del auxilio de emergencia/renta básica y, simultáneamente, al control de los mercados, impidiendo la especulación con los alimentos y por las políticas públicas de fomento a la producción y de abastecimiento alimenticio realizados, principalmente, en alianza con organizaciones de la agricultura familiar y pueblos y comunidades tradicionales. El fomento del Programa de Adquisición de Alimentos, en articulación con el Programa Nacional de Alimentación Escolar (PNAE), es una alternativa, en el campo de las políticas públicas, para esta expansión en el territorio nacional.

9.5. Mejores condiciones de vida para la población brasileña

Brasil presenta un déficit importante en términos de habitación, con millones de personas sin vivienda o viviendo en condiciones precarias de habitación, acceso al agua y saneamiento. Algunos avances en esta área sucedieron en los años 1990 y 2000, pero de forma muy insuficiente. Este cuadro conduce a enfermedades por causas evitables y perjudica el control de una serie de problemas de salud, favoreciendo la propagación de enfermedades, como el COVID-19 y muchas otras. Inversiones estatales significativas en esta área son necesarias para asegurar condiciones dignas de vida y de salud a todos los brasileños, en las ciudades y en el campo.

En 10 años, el país avanzó solamente 2,6 p.p. (puntos porcentuales) en el acceso al agua, es decir, desde 81% al 83,6%, pero aún tenemos cerca de 35 millones de brasileños sin agua potables, según datos de 2018 de SNIS (Sistema Nacional de Informaciones sobre Saneamiento). En relación a la recolección de aguas servidas, el aumento de la población atendida fue del 7,8 p.p., es decir, en el 2010 teníamos un 45,4% de la población con el servicio y el 2018 un 53,2%. Aún tenemos cerca de 100 millones de brasileños sin acceso. El 2018, solamente el 46,3% de las aguas servidas generadas era tratada, lo que significa arrojar cerca de 5.700 piscinas olímpicas de aguas residuales por día a la naturaleza. El mismo año, el país perdió 38,5% del agua potable en vaciamientos y robos, un perjuicio de R\$ 12 billones y más de 7 mil piscinas de agua tratada desperdiciada por día.

Con los déficits señalados, el saneamiento básico en Brasil continúa lejos de los compromisos asumidos interna y externamente. Brasil tiene la responsabilidad, con la Organización de las Naciones Unidas (ONU), y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), sobre todo el **ODS 6 - Asegurar la disponibilidad y gestión sostenida del agua y saneamiento para todos**, de llevar agua potable y alcantarillado para todos hasta 2030. En el plan interno, tenemos las metas del Plan Nacional de Saneamiento Básico (PLANSAB), promulgado el 2013, de universalizar el acceso hasta 2033. Estudio del Instituto Trata Brasil⁵ mostró que, al resolver el problema en 20 años, las ganancias económicas, sociales y ambientales resultantes del saneamiento asegurarían al país R\$ 1,1 trillones. En este valor se incluyen la economía con reducción de los costos con la salud, mejora de la educación, aumento de la productividad, valoración inmobiliaria, renta del turismo.

Acceso al saneamiento básico significa mejor salud y más protección contra enfermedades como diarreas, parasitosis, malaria, dermatitis, esquistosomiasis, dengue, fiebre amarilla, leptospirosis, entre otros. La economía con la mejoría de las condiciones de salud, desde 2016 a 2036, tomando como base los alejamientos del trabajo e internaciones ocurridas, sería de R\$ 5,9 billones.

⁵ <http://COVID.tratabrasil.org.br/images/estudos/itb/beneficios/Relat%C3%B3rio-Benef%C3%ADcios-do-saneamento-no-Brasil-04-12-2018.pdf>

De manera general, con el avance de la pandemia por el coronavirus ha ido siendo más evidente que las mayores incidencias de infectados y óbitos, por Estado, serían en locales con saneamiento básico precario, lo que arroja luz sobre una relación indirecta entre la ausencia de saneamiento y la gravedad del COVID-19. Datos extraídos del Portal del Ministerio de Salud, actualizado hasta el 19 de junio de 2020, señalan incidencia alta, por 100 mil habitantes, en Acre, Roraima, Amazonas y Amapá. Ya la incidencia de óbitos por 100 mil habitantes es mayor en Amazonas, Ceará, Pará, Río de Janeiro y Pernambuco.

Se añaden los problemas graves de movilidad de personas. En las ciudades, se observa un déficit de planificación urbana y condiciones precarias de los transportes públicos, con desequilibrios entre las áreas más ricas y pobres de las ciudades, exigiendo horas de desplazamiento de los trabajadores en transportes llenos. En las áreas rurales, llama la atención las dificultades de desplazamiento de las poblaciones al acceso de servicios como salud y educación, que demandan políticas públicas articuladas para la promoción de equidad. En ambas, se verifica la existencia de barreras de accesibilidad arquitectónica y de comunicación que afectan a las personas con deficiencia y con movilidad reducida. En el caso de COVID-19, por ejemplo, esta es un asunto que causa preocupación, pues dificulta la adopción de medidas de contención de la transmisión de la enfermedad, además de traer otros perjuicios a la salud de las personas.

9.6. Dimensiones político-culturales de la pandemia

En esta interfaz que se puede denominar de político-cultural, representaciones simbólicas visuales o narrativas alimentan un imaginario social desafiado por medidas de distanciamiento físico. Esto afecta sobre todo a grupos vulnerables, agredidos por prejuicios culturales preexistentes especialmente en los universos de sociedades y culturas que fueron, a la fuerza, abarcadas e incluso por el Estado nacional en sus dominios, a lo largo de la historia de su formación, como en el caso de los pueblos amerindios, y en varios grupos sociales de los demás pueblos y comunidades tradicionales.

Uno de los aspectos centrales se refiere a los impactos socio-político-culturales de la pandemia en el contexto de los pueblos indígenas, tradicionales y quilombolas, con grave violación de sus derechos fundamentales, derechos humanos y territoriales, junto al racismo estructural. Es necesario repudiar la política genocida del actual gobierno federal y su ataque sistemático a los derechos indígenas. Además, se destacan las dimensiones de impacto memorial, simbólico e intergeneracional de la pandemia COVID-19 que afectan a los pueblos indígenas. Es necesario reconocer, legitimar y replicar estrategias de enfrentamiento que permitan descolonizar los modos de pensar por la supremacía patriarcal, capitalista, colonialista eurocentrada, partiendo del desafío de construir nuevas narrativas de valoración, respeto, reconocimiento, de aquello que intencionalmente ha sido invisibilizado por el sistema de conocimiento jerárquico occidental. Estas narrativas sólo se sustentarían por el reconocimiento y articulación entre los diversos saberes y por tentativas de traducción intercultural de los diferentes lenguajes, y por las experiencias de saberes construidos en las luchas políticas y en los movimientos sociales.

Los artes como formas de vida, presentes en todas nuestras actividades cotidianas ponen en relación cuerpo, (lo que se llama de) naturaleza/ambiente, cultura y espiritualidad, visibilizando fronteras tenues entre las experiencias simbólicas y las experiencias racionales orientadas al cuidado de sí y del otro y que en este momento son imprescindibles para continuar soñando. Cultura y arte nos convocan a (re)pensar la diversidad de prácticas que aflora de sujetos e la salud, que mueven emociones, necesidades y técnicas, de sus historias, narrativas y mitos (personales y comunitarios), de representaciones e imaginaciones, incluyendo interacciones que se denominan de socio-ambientales. Además, visibiliza las fronteras entre estos espacios ya establecidos y esos otros lenguajes, posibilitando conocerlos, explorarlos y ampliarlos. Ampliar los lenguajes significa contener todas las actividades humanas, aquellas que son atravesadas tanto por las actividades imaginativas como por las emotivas, de las lógicas y prácticas científicas a las referencias simbólicas y espirituales.

Las artes y las culturas, como instrumentos de (re)conocimiento del Otro, de creación de movimientos entre las formas de conocer y comprender el mundo en que vivimos y el lugar que en él ocupamos, de preservación de la memoria y de la identidad colectiva, y también de lucha simbólica entre ontologías políticas relacionales que buscan romper con el juego de fuerzas y de disputa de una identidad nacional multicultural. Aprovechar la pandemia para pensar las artes y las culturas como desafío creativo significa una oportunidad para construir simbólicamente lenguajes donde convergen heterogeneidades, donde las diferencias son ventajas al permitir encuentros multiformes de deseos (al acceder a elementos profundos de la consciencia), de aproximaciones a otras formas de existir y donde la entrada está acompañada de una ética de cuidado, donde el respeto es la premisa básica y necesaria de diálogo y escucha del Otro y de sus formas expresivas.

La mitigación de los efectos de la pandemia demanda una fuerte movilización y compromiso de los colectivos de estos pueblos y comunidades tradicionales, y de la sociedad envolvente como un todo, que requieren la garantía de derechos humanos fundamentales, principalmente el derecho a la vida. Valorar y multiplicar espacios culturales, tanto en la comunidad como en el SUS, donde se pueda pensar, luchar, jugar y cuidar, como ya existe en las *favelas*, patios, comunidades indígenas y quilombolas, donde se pueda restaurar la dignidad y fortalecer una cultura de paz, solidaria, de respeto a todas las formas de vida, donde se impone el fin de la violencia y en la promoción y práctica de la no violencia a través del intercambio de saberes por medio del intercambio de saberes, del diálogo y de la solidaridad.

Será necesario superar potenciales prejuicios en relación a atribuir, a las poblaciones dichas vulnerables, una supuesta incapacidad de discernir entre información seria y una comunicación sensacionalista y equivocada. Por otro lado, hay serio riesgo en atribuir a ese tipo de comunicación el efecto de ansiedad y miedo en esas poblaciones, cuando sabemos que la información y la comunicación sólo hacen parte de un conjunto complejo de vectores y factores, de orden cultural y socio-política. El principal determinante de la ansiedad generalizada en esta crisis de la pandemia COVID-19 es la incerteza del futuro,

acentuada por la falta de credibilidad de gobernantes y autoridades políticas, implicando una reducida gobernabilidad sobre la propia vida a la que todos estamos sometidos, en mayor medida principalmente la población desprovista de condiciones mínimas de una vida digna y saludable.

También es importante crear y multiplicar espacios de acompañamiento en la salud mental de los aislados, de los que están en cuarentena, de los que sufren con las consecuencias del distanciamiento social por la reducción de las relaciones sociales y afectivas, de los que perdieron familiares, amigos y no pudieron vivir el luto con plenitud, impedidos de ritualizar la partida de entes queridos. Esto implica crear y mantener espacios de salud mental individual y colectivos no medicalizantes, donde el dolor, el sufrimiento, el luto puedan vivirse y compartirse, puedan constituir memoria e identidad individuales y colectivas. Espacios que también puedan religar, social y afectivamente, personas cuyas redes de apoyo personal se fragilizaron y que, incluso con cambios en los servicios de acogida pasando a la atención remota para promover la disminución de la circulación de personas, no son accesibles a todas y todos.

Para actuar en el plano simbólico, son extremadamente necesarias la apertura y la valoración de espacios interculturales capaces de promover la escucha y diálogos con cosmologías no hegemónicas (y enfrentar los epistemicidios). Esto permitirá un hacer político-institucional (en la política, en la ciencia, en la formación) más amplio y respetuoso de diferencias y diversidades, con la finalidad de construir nuevas posibilidades de prácticas y visiones de mundo, en distintos niveles de la sociedad y en diferentes espacios sociales. En este sentido, de modo de respetar las especificidades y singularidades de los diferentes saberes y cosmologías y las diversidades humanas existentes en la población brasileña, es imprescindible hacer uso de herramientas y dispositivos propios de las áreas sociales humanas que permitan generar un acompañamiento etno-socio-ambiental referenciado temporalmente.

Para todo esto, es necesaria la realización de análisis longitudinales de la situación de la pandemia COVID- 19, desarrollados a partir de conocimientos producidos, principalmente de forma interdisciplinaria, por la sociología, antropología, historia, ciencias políticas y ciencias ambientales con el objetivo de orientar la planificación estratégica de acciones de enfrentamiento. Para este trabajo, se destacan las iniciativas metodológicas participativas, implicadas y no extractivas, apoyadas en herramientas y dispositivos tanto de producción de conocimiento compartido como de diálogo en la producción de soluciones, además de metodologías más tradicionales como las etnográficas, historiográficas, surveys, entre otras. Se promueve de esta forma la producción de conocimiento crítico y abierto a la diversidad de epistemologías, capaz de señalar indicadores etnosocioambientales relacionados a la producción, configuración ecosociodemográfica y formas de reproducción de la epidemia, desarrollados a partir de determinantes sociales, condicionantes simbólicos, además de marcadores interseccionales de la epidemia. Se vislumbra también la identificación y descripción de formas de enfrentamiento a la pandemia y cambios en las relaciones sociales y en los modos de vida operadas en el contexto de diferentes pueblos, grupos y segmentos sociales.

10. POBLACIONES VULNERABLES Y DERECHOS HUMANOS

No hay democracia, ciudadanía y justicia social sin compromiso público de reconocimiento de las especificidades y necesidades de poblaciones vulnerables y grupos excluidos de la sociedad. Las personas mayores, en el escenario COVID-19, son internacionalmente considerados poblaciones bajo mayor riesgo de enfermedad grave y de muerte. Nuestras personas mayores, por la cronología, es relativamente “más joven”, cuando comparamos edad y frecuencia de enfermedad con aquellas personas mayores de innumerables otros países, entre tanto son la misma forma gravemente alcanzada por el nuevo coronavirus como consecuencia de comorbilidades. Hipertensión, diabetes, obesidad son características de poblaciones de baja calidad alimenticia y de vida, en general. Además de la vulnerabilidad identificada por la edad avanzada, la pandemia intensifica las desigualdades sociales generando un contexto de aumento de vulnerabilidad social, de las iniquidades y violaciones de derechos que históricamente afectan directamente a determinados grupos poblacionales como mujeres, pueblos indígenas, población negra, quilombolas, población LGBTI+, *favelados*, migrantes, refugiados, usuarios de la salud mental y drogas, población privada de libertad, ribereños, pescadores artesanales, marisqueiras (poblaciones tradicionales), *geraizeiros* (poblaciones tradicionales), pueblos gitanos acampados, travestis, prostitutas y otros trabajadores del sexo, personas con discapacidad y población en situación de calle. Ante este escenario que realmente antecede a la pandemia y que, con su expansión, pueden profundizarse aún más las desigualdades raciales y sociales del país, es necesario que se establezcan acciones efectivas y continuas que garanticen sus especificidades, destacando, inclusive, los diferentes contextos de cada población.

Desde el punto de vista inmediato, es posible y viable ampliar las iniciativas existentes de renta familiar adecuada, teniendo en el horizonte la posibilidad de implantación de un programa de renta universal básica, incluyendo la adhesión a medidas de control de la pandemia como una de sus condicionalidades. Diferentes propuestas de renta mínima, básica, de ciudadanía, universal o incondicional, han sido probadas en ciudades de diferentes países tales como Grenoble en Francia, Barcelona en España, provincias de Canadá, como Toronto, villas rurales de Kenia y Namibia en camino de la “erradicación de la pobreza” y de la “garantía de la subsistencia y dignidad de la población”, alternativas a programas tipo Bolsa Familia, auxilios de emergencia, beneficios de la prestación continuada, entre otros beneficios, mejor dimensionados más adelante. En este contexto, es primordial la garantía del derecho humano a la alimentación adecuada a través de la implementación de las obligaciones del Estado brasileño de respetar, promover, proteger y proveer la alimentación adecuada y saludable.

Es oportuno subrayar que, para el cumplimiento de su deber constitucional en una sociedad democrática, las autoridades de salud deben estar permeables a las críticas, especialmente las que llegan de las organizaciones de la sociedad civil organizada como los movimientos en defensa de intereses de grupos

sociales vulnerables. En la defensa de los derechos de estas poblaciones, será imprescindible involucrar sectores como Defensoría Pública, prestadores de servicios, tercer sector y Organizaciones no Gubernamentales para actuar juntos en la mitigación de los impactos negativos del COVID-19 en estas poblaciones en mayor vulnerabilidad.

El conjunto de desigualdades e iniquidades se manifiesta de forma incluso más intensa debido a la pandemia COVID-19, demandando acciones y estrategias que respeten las necesidades y especificidades de los distintos grupos precarizados, tal como se destaca a continuación.

10.1. Envejecimiento y cuidado en condiciones crónicas

Con el envejecimiento poblacional y el aumento de la demanda por cuidados, las condiciones crónicas, actividades de recuperación y rehabilitación, aumentan proporcionalmente. Datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) informan que la población brasileña sobre 60 años en el año 2000, representaba el 8,2% del total, en 2017 son 12,5% y se proyecta para el año 2030 un porcentaje de 18,6%.

A pesar del aumento de la expectativa de vida verificado en los últimos años, el cuidado a las condiciones crónicas, sumadas a las enfermedades transmisibles y a los problemas de salud mental, exigen atención especial a la salud de la persona mayor. Se suma a estas problemáticas, la condición de autonomía para vivir la vida y las situaciones de abandono, violencia y prejuicio que necesitan enfrentarse.

En el contexto de la pandemia COVID-19 las personas mayores identificadas como grupo más susceptibles a la forma grave de la enfermedad, se convierten en centro de atención, especialmente con intersecciones de género, raza y clase social. Más que la condición de salud y bienestar, el modo de vida general pasó a ser una problemática de salud pública, es decir, es fundamental apoyar a la persona mayor en su existencia, como por ejemplo, la condición alimenticia, de vivienda, salud mental, etc., como formas de protección a su salud. Ha sido evidenciadas desigualdades, edadismo y la necesidad de políticas públicas que enfrenten estas problemáticas con la participación de las personas mayores. Las Instituciones a Largo Plazo para Personas Mayores (ILPIs) indicaron importantes fragilidades que demandan políticas intersectoriales de protección social y cuidados de larga duración.

En esta perspectiva, se hace crucial fortalecer todo tipo de iniciativa capaz de contribuir al fortalecimiento de la Atención Primaria y las redes de cuidado a los crónicos, y los cuidados especiales por la condición de persona mayor. Los Cuidados Intermedios han sido un importante dispositivo, que acoplado a la Atención Primaria, produce un servicio robusto, resolutivo, y con gran posibilidad de actuar en el seguimiento del cuidado. Entre estos se destacan varios programas de Atención Domiciliaria, los servicios de Telecuidado, largamente utilizados en el contexto de la pandemia COVID-19, pues ofrecen acompañamiento, escucha, orientación de forma más frecuente, y más global, de gran contribución a la salud de la persona mayor. En carácter de emergencia algunos municipios organizaron unidades para cuarentena asistida de personas sin posibilidad de aislamiento en su domicilio, así como residencias para

personas mayores, asistidas, técnicamente orientadas. Estas experiencias deben ser potencializadas para el próximo período, pues son iniciativas que contribuyen fundamentalmente a la protección y cuidado a la población, en especial a las personas mayores.

Fundamentalmente la salud de la persona mayor va a requerir de fortalecimiento de todo el sistema de cuidados al crónico, servicios en redes y dispositivos específicos para este segmento de la población. Enfrentar el edadismo, incluir a la persona mayor y traer la perspectiva del envejecimiento activo es la llave para atender a todas las demandas que son necesarias en la perspectiva de la salud colectiva. A pesar del aumento de la expectativa de vida verificado en los últimos años, el cuidado a las condiciones crónicas, sumadas a las enfermedades transmisibles y a los problemas de salud mental, exigen atención especial a la salud de la persona mayor. Se suma a estas problemáticas, la condición de autonomía para vivir con calidad de vida.

10.2. Impactos de la pandemia en la vida y en la salud de las mujeres

En Brasil, las mujeres representan la mayoría de la población y encabezan una parte expresiva de las familias. Según el instituto IBGE, el 2018, el 45% de los hogares eran sustentados por las mujeres que, en un espectro más reducido de ocupaciones en empleos precarios e informales, inclusive el empleo doméstico, históricamente ganan menos que los hombres. Son éstas las principales responsables del trabajo doméstico y el cuidado de la familia. Desigualdades de género se asocian a las demás desigualdades sociales, en especial a las de clase social y raza/etnia, convirtiendo a las mujeres pobres, negras e indígenas en más vulnerables.

La llegada de la pandemia COVID-19, en Brasil, expone y acentúa estas crónicas desigualdades, en todas las esferas (en la economía, en la protección social, en el trabajo y en la educación), con impactos en la salud física y mental de las mujeres. Es lamentable e inaceptable que la mayoría de las embarazadas que murieron por Covid-19 en el mundo son brasileñas. Las medidas de control, en particular la necesidad de mantener cuarentena y distanciamiento físico, han representado una gran carga para las mujeres, principalmente para aquellas que tienen hijos, con niños fuera de la escuela y aumento de las necesidades de asistencia domiciliaria a personas mayores y enfermos. Se suma a esto, la reducción del apoyo de abuelos y mujeres más viejas en la familia, no recomendado, por éstas integrar el grupo de mayor riesgo de complicaciones graves. Tales circunstancias resultan en grandes dificultades para la realización de teletrabajo o incluso para el compromiso en actividades esenciales, como el trabajo en salud, en el que ellas representan el 70% de la fuerza de trabajo.

En la mayoría de los profesionales de salud y principales responsables del cuidado domiciliario de personas infectadas, las mujeres están más expuestas a enfermarse por COVID-19. Por otro lado, por su inserción mayoritaria en sectores económicos más alcanzados por la pandemia, probablemente serán ellas las más afectadas por los efectos a mediano y largo plazo con una acentuación de las desigualdades de género en el mundo del trabajo. El esfuerzo de conciliación de las demandas profesionales y familiares tienen consecuencias para la salud mental de las mujeres, que presentan un aumento

de los cuadros de ansiedad y depresión.

Una problemática relevante es el aumento exponencial de la violencia doméstica y sexual contra mujeres y niñas que, durante la cuarentena, están siendo forzadas a «encerrarse» en casa con sus agresores, al mismo tiempo en que los servicios de apoyo están interrumpidos o inaccesibles. También motivo de preocupación ha sido la reducción de la oferta adecuada de servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la asistencia al aborto y a la atención prenatal, al parto y al puerperio, lo que puede acarrear el aumento de infecciones sexualmente transmisibles, de embarazos no-pretendidos o del recurso a abortos inseguros, así como al incremento de muertes maternas e infantiles. La garantía del funcionamiento de los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva como servicios esenciales durante la pandemia se hacen fundamental para la provisión de la planificación reproductiva, del acompañamiento prenatal, de un parto en condiciones seguras y de forma humanizada, así como de la atención de los casos de interrupción del embarazo previstos en ley.

10.3. Reducir impactos negativos del COVID-19 en la población negra

La población negra brasileña, en su diversidad, comprende uno de los grupos sociales que en este momento más demanda atención especial, tanto por las comorbilidades específicas que alcanzan a personas negras y pardas en mayor número, como el caso de hipertensión y diabetes y, principalmente, anemia falciforme, por la letalidad social debida al racismo, motivada por asuntos históricos, políticos y sociales estructurantes de nuestra sociedad. Previamente, la disponibilidad de información sobre raza/color/etnia es fundamental para asegurar el enfrentamiento de la epidemia y debería ser considerada como prioridad en la planificación de las acciones y monitoreo en nuestro país, especialmente considerando el perfil de extrema desigualdad racial existente en Brasil. Estas informaciones no sólo contribuirán al perfeccionamiento de acciones en todos los estados y municipios, como también podrán propiciar la realización de pesquisas capaces de profundizar el papel de problemáticas económicas, sociales, raciales e identitarias en el contexto de esta pandemia.

Datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) señalan que la población negra (negra+parda) representa aproximadamente el 52% de la población Brasileña y que compone una cuota significativa de los que viven en situación de calle, de las personas privadas de libertad, de las que viven en la extrema pobreza y en domicilios que no responden a los estándares de habitabilidad, que no cuentan con abastecimiento de agua y/u alcantarillado sanitario como en las *favelas*, de aquellos que presentan menores rendimientos o sobreviven de la informalidad; de los que dependen de la basura de naturaleza reciclable o no; de las empleadas domésticas; cuidadoras de personas mayores, de las personas mayores negras, de los que están en situación de inseguridad alimenticia; que tienen dificultades de acceso a los servicios y equipos de salud, asistencia social y educación. Prevalece también entre la población negra la presencia en las comunidades tradicionales, quilombolas, ribereños y de pescadores artesanales. Este mecanismo de exclusión de grupos poblacionales de una sociedad se llama racismo.

En el sentido de revertir el avance del COVID-19 se necesita de un cambio paradigmático en la implementación de las acciones para la prevención y control de la pandemia a partir del reconocimiento que estamos vivenciando un momento de crisis económica, política, ideológica, moral transversalizadas por el racismo. Para la reducción de la vulnerabilidad social de las comunidades negras se observa la necesidad de articulación intersectorial, abogacía para la garantía del derecho a la vida en todas sus dimensiones y el combate al racismo. En este sentido, es necesario incluir lideranzas legítimas y representantes de la población negra en la concepción, implantación y gobernanza de toda y cualquier acción relacionada a ella. Además, acciones de emergencia comunitarias pueden auxiliar la atención de las necesidades básicas, como alimentación y reducción de la inseguridad alimenticia, mejora en las condiciones de vivienda (que abarca desde la garantía de la vivienda como las condiciones de higiene y saneamiento básico de los domicilios), acceso a la educación e informaciones calificadas por el Internet, ocupación y generación de renta.

En este escenario, se hace evidente el papel del Sistema Único de Salud y de la Atención Primaria a la Salud, en vista de sus atributos inherentes a la orientación familiar, orientación comunitaria y competencia cultural. Todos los actores sociales actuantes en los territorios se deben convocar para formar una representación colegiada y componer los gabinetes de crisis loco-regionales para subsidiar la toma de decisiones, sea en lo que atañe a los recursos humanos, financieros, generación/mantenimiento de renta y de protección social. El repase de recursos financieros del nivel federal, así como, las contribuciones de empresas, de los fondos, de la sociedad civil deben considerar esta alternativa de gestión colegiada de crisis. Esta (re)conducción puede revertir y disminuir los casos y muertes por el COVID-19 y reescribir la experiencia brasileña.

Igualmente, entendemos que la disponibilidad de la información sobre raza/color/etnia es fundamental para asegurar el enfrentamiento de la epidemia y debería ser considerada como prioridad en la planificación de las acciones y monitoreo en nuestro país, especialmente considerando el perfil de extrema desigualdad racial existente en Brasil. Estas informaciones no sólo contribuirán al perfeccionamiento de las acciones en todos los estados y municipios, sino también propiciarán la realización de pesquisas que puedan profundizar las problemáticas sociales, raciales y económicas en el contexto de esta pandemia.

10.4. Necesidades particulares de atención relativas a las personas LGTBI+

La emergencia de la pandemia del COVID-19 tiende acentuar iniquidades generadas por raza/color, clase, etnia, género, edad, deficiencias, origen geográfico y, especialmente, orientación sexual. Así, es imperativo que todas las diferencias y desigualdades se consideren en la lucha contra la epidemia. Alertamos que, particularmente los prejuicios, exclusiones y violencias practicados contra la población LGTBI+ que ya son hechos cotidianos, tienden a intensificarse con la pandemia. Así, sobre todo en este momento, debemos estar atentos a las diferencias de género y orientación sexual, tanto para comprender el difícil contexto por el cual pasamos como para pensar colectivamente las

formas de enfrentar la epidemia.

Hasta aquí, todas las medidas adoptadas por los Gobiernos y por el Estado han sido direccionadas a la población en general, sin considerar los diferentes segmentos poblacionales en la producción de datos y estrategias de acción. Reconocer especificidades y producir datos a partir de ellos contribuye a la comprensión de las dinámicas específicas de estas poblaciones. Incluso entre las personas LGBTI+, se sabe desde hace mucho tiempo que cada segmento específico de este grupo presenta sus propios modos de vida que se interseccionan con la raza/color/etnia, franja etaria, clase social, deficiencias, religión y lugar de vivienda. Medidas de distanciamiento social recomendadas como estrategias de minimización de la pandemia deben observar características y dinámicas específicas de cada grupo poblacional, con el objetivo de aislamiento social sostenible y seguro para todas las poblaciones y a la población LGBTI+. Se debe considerar que, a pesar de la escala y severidad del COVID-19, todas las medidas a ser tomadas por los Estados necesitan ser orientadas con base en las evidencias científicas y que ninguna medida puede ser arbitraria ni discriminatoria, con respeto fundamental a la dignidad humana.

Aún que el COVID-19 no sea una enfermedad que presente relación con la población LGBTI+ *per se*, tiene impacto en las condiciones y modos de existencias sociales que inciden en segmentos poblacionales marginalizados, llevando a la agudización de disparidades e inequidades ya existentes. La materialización de la pandemia del COVID-19 tiende a acentuar las iniquidades oriundas de la raza/color, de la etnia, del género, orientación sexual, clase, edad, deficiencias. Así, es imperativo que todas estas diferencias se consideren en la lucha contra la epidemia. Alertamos que los prejuicios y las violencias - que ya son hechos cotidianos practicados contra la población LGBTI+ - tienden a intensificarse con la pandemia. Así, en este momento, debemos estar atentos a las diferencias tanto para comprender el difícil contexto por el cual pasamos como para pensar colectivamente las formas de enfrentar la epidemia.

Destacamos aspectos particulares de atención y necesidades en el sentido de garantizar visibilidad y monitoreo epidemiológico sin discriminación ni estigmatización de la población LGBTI+, ídem indicadores que contemplen identidad de género y orientación sexual en los sistemas de información. Igualmente, garantizar a las personas intersexuales y trans (travestis y transexuales) la atención integral, respetando sus peculiaridades clínicas que demandan soportes específicos, tanto en términos de manejo e internación, utilización del nombre social y de la identidad de género, como en la mantención, acceso y continuidad de la terapia hormonal. Hay que garantizar el fortalecimiento de la Política Nacional de HIV/AIDS y la red de atención para enfrentar el HIV, incluyendo la mantención de la terapia antirretroviral y de la profilaxis pre-exposición (PrEP) y post-exposición (PEP) para los grupos vulnerables, incluyendo a LGBTI+. Además, garantizar la acogida y manejo de situaciones de sufrimiento psíquico de la población LGBTI+, que ya presenta características de guetización y aislamiento social, con mayor riesgo de depresión, ansiedad, automutilación, tentativas de suicidio entre otras, que pueden intensificarse durante el período de aislamiento.

10.5. Reducir impactos negativos del COVID-19 en las poblaciones indígenas

La pandemia COVID-19 afecta de modo particular a los pueblos originarios, poblaciones que sobreviven hace 520 años al proceso colonizador en Brasil. Considerando su amplia diversidad en el país (305 etnias que hablan 274 idiomas) y su pequeño contingente poblacional (0,4% de la población nacional), pero, al mismo tiempo, las profundas iniquidades en salud que sufren y el progresivo escalonamiento de la violencia y no respeto del Estado a sus derechos, cabe demandar visibilidad ante sus problemáticas. En este momento, emerge un serio riesgo de genocidio y epistemicidio, lo que implica no solamente pérdida de vidas, sino también de memorias, lenguas y conocimientos únicos.

Con tanta diversidad étnica-cultural las estrategias de enfrentamiento de la pandemia necesitan ser también particularizadas. Por medio de la ley 9.836/99, se estableció un subsistema de salud indígena (SASI-SUS) que oferta atención primaria a la salud (APS) en territorios indígenas, por tanto, aporta cuestionamientos específicos a la APS y a la relación con los demás gestores. La atención a los pueblos indígenas se realiza en los 34 Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI) que cubre todas las regiones del país. La atención en las aldeas se realiza por los Equipos Multiprofesionales de Salud Indígena (EMSI). Entre tanto, hay que considerar que alrededor de 35% de los indígenas viven en áreas urbanas, según el censo 2010. Son cerca de 400 mil indígenas que, por residir fuera de las tierras indígenas, no son asistidos por el SASI-SUS y tienen dificultades en el acceso a la red SUS; la responsabilidad de la atención de estos indígenas es de las secretarías municipales de salud. Por tanto, hay un importante desafío que es realizar cuidado en salud diferenciado de la población que vive fuera de las tierras indígenas.

Diferentes grupos han denunciado el abandono de las instituciones públicas y la no aplicación del Plan de Contingencia Nacional para Infección Humana por el nuevo coronavirus (COVID-19) en Pueblos Indígenas elaborado en marzo de 2020, y que orientó la formulación a los 34 Planes de los Distritos. La mayor preocupación es con los grupos aislados o de reciente contacto porque son más vulnerables a los impactos del nuevo coronavirus. En la ausencia de acciones efectivas del Estado, los pueblos indígenas han desarrollado sus propias estrategias de enfrentamiento de la pandemia.

Las informaciones sobre el efecto de la pandemia en los pueblos indígenas son invisibilizadas por los datos oficiales de Sesai, pues consideran solamente a los grupos atendidos por el DSEI, y las secretarías municipales y estatales no han consolidado los datos de color/raza. Ante este escenario, las organizaciones indígenas han realizado monitoreo de los casos confirmados y óbitos de indígenas de forma autónoma para visibilizar los impactos del COVID-19. La Articulación de los Pueblos Indígenas de Brasil (APIB) creó el Comité Nacional por la Vida y Memoria Indígena para esta finalidad, y los datos presentan una disparidad importante en relación a los de Sesai. El 24 de junio de 2020, APIB (<http://quarentenaindigena.info/casos-indigenas/>) identificaba 359 indígenas fallecidos, 8.066 infectados y 112 pueblos afectados en el país, mientras Sesai,6 registraba 4.769 casos confirmados y 128 óbitos en los 34 DSEIs.

Los pueblos indígenas no están sólo expuestos al nuevo coronavirus, sino también a la adversidad del contacto interétnico, que promueve acentuada vulnerabilidad social que dificulta el enfrentamiento del proceso epidémico. Se estima que el 60% de la población indígena del país reside en un área que corresponde al 98% del total de extensión de los Territorios Indígenas (TI) (especialmente en Amazonia Legal), mientras que el 40% restante viven en TI que equivale al 2% de la extensión territorial total. El aislamiento

VERSIÓN 2 - 15/07/2020

⁶ <http://COVID.saudeindigena.net.br/coronavirus/mapaEp.php>

voluntario de los pueblos indígenas ha sido implementado desde el inicio de la pandemia, pero genera diversas preocupaciones respecto a la seguridad alimenticia y nutricional, principalmente, en aquellos contextos en que la producción de alimentos es precaria o insuficiente.

La mayor parte de la población indígena del país vive, hoy, en aldeas, cuyo acceso a la alimentación varía entre la producción local de alimentos y la adquisición comercial en los centros urbanos. Además, iniquidades preexistentes en sus condiciones de vida y salud los hacen más susceptibles a complicaciones derivadas del COVID-19. Muchos pueblos indígenas residen en lugares remotos y frecuentemente cercanos a municipios con precaria estructura de servicios y salud, alertando a los desafíos en la atención especializada en casos graves. La vulnerabilidad de los pueblos indígenas frente a esta pandemia demanda que medidas urgentes y prioritarias se deben direccionadas a este grupo, con el fortalecimiento de la actuación del Subsistema de Atención a la Salud Indígena (SASI-SUS), la buena articulación con Secretarías Municipales y Estatales de Salud, FUNAI, Ministerio de la Ciudadanía, Ministerio de la Mujer, Familia y Derechos Humanos y otros órganos públicos, y el protagonismo de las organizaciones y lideranzas indígenas.

Se resalta que, en los últimos años, se han intensificado los ataques a los derechos indígenas, particularmente al proceso demarcatorio y protección de los territorios indígenas. Estas invasiones y ataques afectan los modos de vida de esos pueblos, y también, la protección ambiental de sus territorios, pues resultan en un aumento de la deforestación, uso indiscriminado de agrotóxicos y contaminación del agua y suelos, que afectan la salud de toda población.

10.6. Reducir impactos negativos en pueblos gitanos acampados

Con más de 50 mil muertes provocadas por el coronavirus, la pandemia sigue invisibilizando y silenciando determinadas partes de la población, como a los gitanos (*romaní*, como se identifican). Ante esta crisis sanitaria, es necesario verlos y oírlos. *Romani* es una lengua no escrita, que no está oficializada en ningún país del mundo – pero se encuentra en todas partes. No se sabe cuántas personas gitanas viven en el territorio brasileño. Desde el 2014 no son contabilizadas en los catastros municipales del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE). Datos de 2011 señalaron que apenas 291 municipios de los 5.565 existentes de norte a sur de Brasil reconocían campamentos gitanos en su territorio, y solamente 29 ciudades tenían áreas destinadas y preparadas para este fin. Significa que la mayoría de los gitanos habitantes de campamentos fijos – o nómades e itinerantes viven al margen de ciudades, en bordes de carreteras o en barrios periféricos y no tienen acceso al agua, saneamiento básico o luz eléctrica, acceso a la salud.

La mayoría de los gitanos nómades o semi-nómades vive de comercios informales, trueques de productos de segunda mano (práctica denominada *gambira*), circo, tarot y lecturas de mano, además de la mendicidad. Todas estas actividades están suspendidas, por tiempo indeterminado, convirtiendo la renta básica de emergencia imprescindible para mantener la vida de estas personas, durante la cuarentena y distanciamiento físico. Mientras tanto, el trámite burocrático deja a

muchas familias sin el auxilio - considerando la falta de documentos de identificación o de cuentas en banco. Redes solidarias recaudan comida, remedios, materiales de protección - como máscaras, alcohol en gel, géneros, elásticos - materiales de limpieza y de higiene personal. Asociado a estas problemáticas, los índices de alfabetismo de esta población son desconocidos, pero lideranzas gitanas estiman un 80% de analfabetismo.

Ante esta situación, es imprescindible garantizar la renta básica de emergencia para mantener la vida de estas personas, durante el aislamiento social. Ídem exigencia al cumplimiento de la legislación⁷, que determina que los gitanos nómades, así como las personas en situación de calle, no necesitan presentar direcciones fijas para ser atendidos en el Sistema Único de Salud.

10.7. Necesidades particulares de atención a migrantes y refugiados

Se trata de estratos de la población en situación extrema de precariedad, tanto en las condiciones de trabajo/empleo como de vivienda, muchas veces sin acceso a productos de higiene y remedios. Por esto, se encuentran sujetos a todo tipo de exploración, convirtiéndose en este momento, en los más vulnerables al trágico contagio a gran escala. Además, sufren prejuicio, racismo y xenofobia en sus vidas cotidianas.

La OMS, ACNUR y Organización Internacional de Migración (OIM) han recomendado repetidamente que los planes nacionales de salud y los sistemas de vigilancia y alerta proyectados para lidiar con el COVID-19 incorporen a los refugiados y a los migrantes. Se debe dar prioridad a planes concretos para descongestionar los campos o asentamientos superpoblados en que viven, transfiriendo personas vulnerables a viviendas más seguras y saludables. Una medida general de control de la pandemia COVID-19 ha sido el cierre de las fronteras de los países. Esta acción trajo muchas preocupaciones y angustia a los migrantes y refugiados que están viviendo en Brasil, pues no es posible viajar para encontrarse con sus familiares en los países de origen.

Es importante recordar que Brasil es signatario de la Convención Americana de los Derechos Humanos, la cual reconoce que “los derechos esenciales de la persona humana no derivan del hecho de ser ella nacional de determinado Estado, pero sí del hecho de tener como fundamento los atributos de la persona humana”, es decir, todo migrante y refugiado tiene los mismos derechos que los nacionales, incluyendo la protección a la vida y a la salud, derechos fundamentales. Según la Constitución, la Ley orgánica del SUS 8080/90, la Ley de Migración n° 13.445/2017, los migrantes tienen el derecho de acceso libre e igualitario a la asistencia social y a los servicios de salud y a los cuidados por los equipos de salud en sus territorios de vida y trabajo.

Es necesario que los migrantes estén vinculados a las Unidades Básicas de Salud y que tengan garantizado el cuidado intercultural, respetando las diferencias culturales y las concepciones de salud-enfermedad de los migrantes. Las acciones de salud se deben realizar con la participación y diálogo con los migrantes, lideranzas y organizaciones que actúan en el cuidado al migrante. La acogida del migrante

⁷ Norma n° 940, emitida por el Ministerio de Salud en abril de 2011:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html

es, antes de todo, un asunto humanitario. Es importante resaltar que grupos de migrantes han sido identificados en condiciones de trabajo precarias y hasta en condiciones análogas a las de trabajo esclavo; lo que implica garantizarles, también, el acompañamiento, protección y vigilancia en los lugares de trabajo.

10.8. Reducir impactos negativos en personas privadas de libertad

Actualmente, Brasil cuenta con más de 750 mil personas privadas de libertad, cuyo perfil es de mayoría de personas negras, jóvenes, de baja escolaridad. De esta forma, hablar de impactos de la pandemia por COVID-19 en una población que vive en condiciones de confinamiento extremadamente precarias, por limitaciones de acceso y negación de derechos básicos significa reconocer que este grupo ya estaba vulnerable antes de este contexto de crisis sanitaria. Personas presas y servidores penitenciarios vivencian un gran desafío el enfrentar esta enfermedad, cuyo tratamiento más efectivo está en prácticas preventivas de su transmisión, envolviendo higiene individual y de espacios colectivos, dependencia físicas con ventilación adecuada y aislamiento social, lo que se presenta casi imposible en ámbito del sistema de prisión brasileño y desafía a la sociedad y a toda la comunidad carcelaria, dadas las condiciones existentes, a organizarse frente a los riesgos de una explosión de casos y óbitos.

El sistema de prisión, por sus características y potencial de diseminación del COVID-19 debe, por tanto, ser incluido como unidad centinela al lado de las ya existentes distribuidas en las áreas programáticas de los estados y municipio. Esto permitirá mapear la circulación del COVID-19 en las unidades penitenciarias y la readecuación de las estrategias para su enfrentamiento, limitando su diseminación. Es urgente la incorporación de la población de prisiones en los sistemas de vigilancia epidemiológica estatal, con notificación de los casos de Síndrome Gripal como casos sospechosos de COVID-19. Cuando sea posible, después de evaluación de peligrosidad, se recomienda liberar o pasar a prisión domiciliaria a los pacientes de más avanzada edad, con comorbilidad y, especialmente, mujeres embarazadas.

La gravedad de la situación impuesta por el nuevo coronavirus es una oportunidad impar de fortalecer la alianza entre los poderes Ejecutivo y Judicial. con la finalidad de disminuir el número de personas privadas de libertad. Garantizar el derecho a la salud es disminuir el riesgo de adquirir agravios y enfermedades, no sólo aumentar el acceso a las acciones y servicios de salud, de manera que garantizar el derecho a la salud en las prisiones significa disminuir el número de personas cumpliendo pena privativa de libertad en celdas insalubres, mal ventiladas y sobrepobladas, asociado a medidas ya en curso, sin embargo, aún lentas, de aplicación de la prisión domiciliaria para aquellos que no cometieron crímenes violentos.

10.9. Proteger a poblaciones en situación de calle

Las necesidades y demandas referidas en este capítulo son comunes a todos los brasileños vulnerables e impactados económicamente por la pandemia. No obstante, las poblaciones en situación de calle sufren el agravamiento de la situación de vulnerabilidad por la escasez de medios de subsistencia en las calles durante períodos de cuarentena y refuerzo de medidas de distanciamiento físico. La mayoría

de las recomendaciones sanitarias sobre COVID-19 transmitidas a la sociedad en general no son fácilmente aplicables al cotidiano de la población en situación de calle.

En lo que atañe a la población en situación de calle, es crucial y urgente disponer de baños públicos abiertos, distribuir kits con jabón, alcohol gel y otros productos de higiene y agua potable en botellas desechables, además de mantener restaurantes populares abiertos con horario más amplio y entrega gratuita de alimentos. Acomodar en inmuebles apropiados a las personas en situación de calle que necesitan de aislamiento y proporcionar refugio y abrigo a las personas, sus carretas y sus mascotas. En el plan asistencial, se debe priorizar a las personas en situación de calle en las campañas de vacunación, en paralelo a aumentar los recursos y ampliar los equipos para los Consultorios de Calle y similares.

10.10. Atender a las singularidades de las personas con discapacidad

Brasil es signatario de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD), documento que conceptualiza personas con discapacidad como sujetos con impedimentos “de largo plazo de naturaleza física, mental, intelectual o sensorial, quienes en interacción con diversas barreras pueden obstruir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de oportunidades con las demás personas”.

La ratificación de este documento formaliza el compromiso del país en la promoción y garantía de los derechos humanos del 23,9% de la población brasileña que presenta alguna discapacidad, conforme al Censo 2010. Esta pesquisa demográfica también revela otras características fundamentales: este porcentual es mayoritariamente formado por mujeres y por personas que tienen como renta familiar hasta un salario mínimo o más; la distribución en el territorio mostró una misma proporción de domicilio entre zonas urbanas y rurales; la mayor incidencia registrada es de personas con discapacidad visual, seguida de discapacidad motora, auditiva e intelectual. Este breve escenario posibilita comprender el horizonte de acciones diversificadas que es necesario realizar para contemplar personas con discapacidad en un contexto de pandemia, en todo el territorio nacional.

Durante el primer trimestre de emergencia nacional de la pandemia, se percibió la insuficiencia de las acciones gubernamentales, incapaz de abarcar las especificidades de toda la población. Las directrices y normativas de los órganos públicos, instituciones y organismos de salud ante el enfrentamiento COVID-19, frecuentemente no contemplan las singularidades de las personas con discapacidad porque están dirigidas a la “población en general” a partir de preceptos universales sobre el cuerpo, cuidado y prácticas de salud, lo que contribuye a una mayor vulnerabilidad de este segmento poblacional. Para las personas con discapacidad, el distanciamiento físico es difícil o imposible de seguir porque ellas dependen de una red de cuidadores; sus necesidades de salud y de rehabilitación acostumbran a ser postergadas, ignoradas o negligenciadas. En el caso de las personas sordas, máscaras opacas impiden su comunicación a través de lectura labial; su uso puede convertirse en inviable para personas con limitaciones motoras en miembros superiores o con discapacidad intelectual; personas ciegas necesitan tocar en personas y cosas para poder orientarse y desplazarse en el espacio. Especificidades de personas que

utilizan medios auxiliares de locomoción se desconsideran, sobre todo cuando se trata de orientaciones relacionadas a la higienización de objetos de uso personal.

Mundialmente, las personas con deficiencia componen un grupo poblacional con vulnerabilidades sociales que viven situaciones de exclusión social que derivan de la histórica y monolítica concepción de que la deficiencia es una tragedia personal, donde el carácter exclusivo de los daños a las estructuras y funciones corporales es el único determinante de incapacidad y, por tanto, sujeta a la caridad, benevolencia y medicalización. Tal concepción desconsidera la complejidad relacional entre determinado impedimento corporal y el contexto social, cultural, político y económico, locus de la vida cotidiana de las personas y del encuentro de la diversidad en todas sus formas.

11. RESPONSABILIDADES Y RECOMENDACIONES

Con base en los fundamentos y en los análisis presentados en este documento, un conjunto articulado de proposiciones, con las debidas bases científicas y detalles técnicos, está siendo elaborado, discutido, negociado, establecido y presentado a la sociedad brasileña, en la expectativa de poder contribuir a la superación de esta terrible pandemia, que, en la historia reciente, ya se constituye en el más grave desafío a la salud colectiva en todo el mundo.

Considerando el carácter singular, complejo y diferenciado de eventos críticos como una pandemia, las características biomoleculares del SARS-CoV-2, los aspectos clínicos y la dinámica epidemiológica del nuevo coronavirus, sus peculiaridades al abatirse sobre la población brasileña y las dificultades de la coyuntura política y económica del actual Brasil, el enfrentamiento de la Pandemia COVID-19 requiere firme y cuidadosa implementación, conducción y acompañamiento de acciones preventivas, protectoras y de precaución. En vista de la alta infectividad del COVID-19 y a la ausencia de tecnologías farmacológicas y clínicas efectivas para la prevención y tratamiento, la mejor alternativa para la mitigación de los daños a la salud individual y colectiva es invertir en el control de la transmisión, asociada al soporte financiero y apoyo social, sin descuidar la reducción de complicaciones, secuelas y mortalidad entre aquellos que fueron infectados. Es importante destacar que la perspectiva de escenarios epidémicos con picos intermitentes de casos de COVID-19 es muy probable, haciendo aún más oportuna la adopción de un plan de enfrentamiento en los moldes aquí postulados.

En este contexto, es imperativo organizar conocimientos, recursos, competencias y energías disponibles en un conjunto amplio y diversificado de estrategias, orientaciones, normas, procedimientos, programas y políticas, articulado de modo sutil y sensible, coordinado centralmente, con transparencia, contando con la gestión integrada en todas las esferas de gobierno y con la participación consciente de todos los ciudadanos y ciudadanas.

A las autoridades políticas

En primer lugar, es necesario dejar claro que la Presidencia de la República es, de oficio, directamente responsable del reconocimiento de los daños provocados por la pandemia COVID-19, teniendo como ineludible competencia proponer y coordinar acciones y políticas de emergencia, necesarias y suficientes para controlarlas y reducir sus impactos económicos y sociales. En este contexto, en el auge de la pandemia, la interinidad y la ausencia de experiencia en la dirección del MS son inconcebibles. La definición de un gestor máximo del área con conocimiento y articulaciones en el sector y con autonomía para actuar es una prioridad impostergable.

Además, de las estrategias sanitarias y epidemiológicas, frente a la crisis, muchas medidas son necesarias, claramente las de naturaleza política y económica, que solamente el Gobierno Federal puede ejecutar. No es demasiado enfatizar que, como la economía, impactada por la pandemia, no puede garantizar la renta del trabajo, deben ser urgentemente concretizadas la implementación, mantención y expansión de políticas de protección social. Todas las medidas económicas deben considerar las

desigualdades (directas e indirectas) de género, raza/etnia, clase social y otras, que impactan especialmente a las mujeres negras y pobres.

Se trata de medidas de amplio alcance, envolviendo volumen de recursos compatibles con las necesidades de nuestra sociedad, tal como se presentó en el ítem respectivo de este Plan. A ejemplo de lo que ha sido hecho en otros países, tales medidas deben ser capaces de asegurar la preservación de empleos, la apertura de créditos a los medios, pequeños y microempresarios, la mantención de renta adecuada a las familias y la protección de emergencia de la vida de segmentos vulnerables de la sociedad.

Como prioridad, se deben garantizar los derechos constitucionales de los pueblos indígenas, particularmente respecto a la protección de sus territorios, implicando la obligación del Estado de consultar a los pueblos indígenas en sus acciones y el respeto a autodeterminación de estos grupos, particularmente de los pueblos aislados y recién contactados. Tales medidas deben ser complementarias a los mecanismos de protección social ya existentes (seguridad social, seguro desempleo, beneficio de prestación continuada, *Bolsa Família* (Bono Familia) y equivalentes) y no se pueden tomar como justificativa para destruir lo que resta del Estado Social brasileño, previsto en la Constitución Federal de 1988. Cabe señalar que las Medidas Provisorias n° 927 (vigente, en discusión en el Senado Federal) y n° 936 (convertida en la Ley n° 14.020, el 6/7/2020) van en contra de estos principios, ampliando la destrucción de derechos laborales y previsionales, en la raíz de las medidas de enfrentamiento de la pandemia. Se hace necesario concebir y avanzar estrategias para que sean revertidas, revocadas y no prosperen.

En la ausencia de una coordinación nacional, las medidas de cuarentena y la gestión de la reanudación de actividades, donde ha habido restricciones de movilidad y distanciamiento físico, se ha dado por iniciativa de gobernadores y alcaldes. Dada la incidencia aún creciente del COVID-19, en la mayor parte de las ciudades y regiones, la flexibilización de estas medidas representa gran riesgo de que haya un aumento de casos, internaciones y óbitos, llevando a la necesidad de que sean adoptadas restricciones más rígidas. La restricción y la reactivación de actividades inciden sobre la transmisión de la enfermedad de una forma tal que los efectos sólo se perciben cerca de dos semanas después de adoptadas y, en el caso que sea necesario hacer adecuaciones, un período equivalente se necesitará para que éstas generen resultados. En cualquier circunstancia, es, por tanto, recomendable que no haya suspensión o relajamiento de medidas de cuarentena o distanciamiento físico “en bloque”. En efecto, la suspensión en bloque de las medidas de restricción no permitiría evaluar el peso de cada medida específica en la transmisión y se haría más difícil el retorno, eventualmente necesario, las restricciones más rígidas a la movilidad.

En el estadio en que se encuentra la pandemia en el país a mediados de 2020, las siguientes medidas y acciones, en la esfera política general, ya deberían haber sido tomadas. Como aún no lo fueron, además de necesarias, son ahora urgentes para controlar la pandemia y sus impactos negativos:

1. Implantar comités consultivos y de asesoramiento en todas las esferas de gobierno, con representación de las comunidades científicas y profesionales y de

organismos de la sociedad civil, conforme a la estructura de consejos de salud, para discusión y encaminamiento de soluciones y medidas de control de la pandemia.

2. Considerando el carácter federativo del SUS, es fundamental respetar los mecanismos tripartitos de acuerdo y decisión, con el funcionamiento eficiente de la CIT Tripartita y de las Comisiones Inter gestores Bipartitas, así como del Centro de Operaciones Estratégicas (COE).
3. A las autoridades federales les corresponde promover el buen desempeño del COE, como instancia de coordinación nacional, visando a la correcta aplicación de estrategias epidemiológicas de control de la pandemia de acuerdo a los parámetros definidos por la Organización Mundial de Salud y la experiencia de otros países.
4. Cabe a los gobiernos estatales y municipales el compromiso de seguir los mismos propósitos en su respectiva esfera de actuación, mediante adopción, regulación y gestión de todas las medidas necesarias al control de la pandemia.
5. Es fundamental invertir en el desarrollo tecnológico de pruebas, vacunas e insumos en gran escala según las necesidades del país, articulando, apoyando y coordinando los esfuerzos de los grupos de pesquisa y desarrollo tecnológico en salud activos en Brasil. Se debe garantizar el acceso público (por el SUS) a los medicamentos y vacunas que fueron desarrolladas contra el coronavirus - lo que puede ser garantizado vía prohibición de patentar, licencias compulsorias o por el *pool* de patentes recomendadas por la OMS.
6. En cooperación tripartita, le corresponde a las autoridades políticas asegurar la provisión y la fijación de profesionales y la infraestructura básica, con sistema de referencia y contra referencia, en la atención primaria a la salud (APS), particularmente en regiones remotas, considerando que el acceso a servicios profesionales constituye un factor determinante para la salud de las poblaciones y, en particular, de pueblos tradicionales, personas con deficiencias y grupos expuestos a mayor vulnerabilidad económica y social.
7. En todas las esferas de gobierno, se debe implementar medidas que aseguren la mantención de renta mínima a las familias, preservación de empleos, oferta de créditos a los medios, pequeños y microempresarios, tal como presentado en el ítem respectivo de este Plan, y cómo viene siendo hecho en otros países, de forma de mitigar los impactos de la pandemia en la intensificación de las desigualdades sociales.
8. Le corresponde a las autoridades políticas, en todas las esferas de gobierno, garantizar el acceso al agua potable y saneamiento básico, fundamentales para el enfrentamiento del COVID-19 y otras enfermedades, para la Seguridad Alimenticia y Nutricional y para la calidad de vida en general.
9. Las autoridades políticas deben implementar medidas urgentes frente a las demandas generales y a la protección social de las personas con deficiencia:

- a. Asegurar una renta básica de emergencia desvinculada de la renta familiar, incluyendo compensación financiera para familiares y cuidadores;
 - b. Garantizar la mantención del trabajo con inserción productiva.
 - c. Asegurar la educación inclusiva en todo el proceso educacional remoto durante la pandemia;
 - d. Suprimir la medida cautelar que impide la vigencia de la ley N° 13.181/2020, sobre el aumento de la renta *per capita* para acceso al BPC;
 - e. Endosar la atención prioritaria en los servicios públicos esenciales.
10. En relación a la protección social de los segmentos poblacionales más afectados por la pandemia, como trabajadores informales y los desempleados, así como grupos sociales en situación de mayor vulnerabilidad, algunas medidas relevantes son:
- a. Regulación y garantía de derechos básicos a todos los ciudadanos;
 - b. Ampliación del tiempo de duración del seguro-desempleo;
 - c. Ampliación de “renta básica” a los trabajadores informales, mientras no tengan condiciones de inserción en puestos formales;
 - d. Garantía de recibo de la cuota doble del auxilio de emergencia para las mujeres jefes de familia, independientemente de cualquier situación;
 - e. Mejora de la eficiencia en la concesión de los varios tipos de beneficios sociales (beneficios previsionales y asistenciales);
 - f. Suspensión del pago de las cuentas de agua y luz para familias de baja renta hasta el control total de la epidemia.
 - g. Creación de un Comité de monitoreo de la pandemia entre migrantes y refugiados, incluyéndolos en los planes de lucha contra la pandemia, ofreciéndoles autorizaciones de trabajo temporales, independientemente de su estatus legal en el territorio nacional.
 - h. En el contexto indígena, formulación e implementación de medidas y planes específicos de enfrentamiento del COVID-19, con participación de sus entidades y representaciones, cumpliendo integralmente las recomendaciones hechas por el Ministerio Público Federal (Recomendación n° 11/2020-MPF, del 2 de abril de 2020).

A las autoridades sanitarias

Es de total responsabilidad del Ministro de Salud y de los Secretarios y Secretarías de Salud en los estados y municipios la necesaria y permanente evaluación de riesgos e impactos de la epidemia del COVID-19, con la finalidad de fomentar, promover e implementar medidas de emergencia para control de la transmisión, mitigación de daños y reducción de impactos, en el sector salud. Las medidas de control deben ser claras, factibles y basándose en conocimiento científico, componiendo una estrategia nacional articulada y coordinada por las autoridades sanitarias, en todos los niveles de actuación.

En este momento, las siguientes estrategias y acciones son imperiosas y urgentes:

11. El Ministerio de Salud debe tomar la iniciativa de elaborar y presentar a la sociedad un Plan Estratégico Nacional de Intervención, con la participación

activa de las comunidades científicas de salud y de las instancias de control social del SUS.

12. El Ministerio de Salud necesita también operar con la responsabilidad y la diligencia que la gravedad de la crisis sanitaria exige, garantizando aplicación y repase tempestivo de los recursos disponibles, con criterios de transferencia para estados y municipios debidamente pactados en la CIT y aprobados por el Consejo Nacional de Salud.
13. El Ministerio de Salud debe, incluso, actuar junto a otros Ministerios, así como junto a los otros poderes de la República, con la finalidad de acompañar la implementación de emergencia y ampliación de las medidas de protección social y apoyo a trabajadores, desempleados, sectores y grupos vulnerables de la población.
14. El Subsistema de Salud Indígena (SASI), parte integrante del SUS, necesita de fortalecimiento de las articulaciones con los demás gestores de nivel municipal, estatal y federal, con expansión de la red de atención primaria en territorios indígenas, garantía de la integralidad de la atención de los usuarios del subsistema y garantía de acceso al SUS de los indígenas residentes en áreas urbanas no asistidos por SASI-SUS, respetando sus especificidades socioculturales.
15. En los planes estatales y municipales, le corresponde a las autoridades sanitarias respectivas, Secretarios y Secretarías de Salud, la formulación y la implementación de planes de enfrentamiento de la pandemia, equivalentes y ajustados a las respectivas realidades, considerando las especificidades de los diferentes grupos vulnerables.
16. Es de competencia de las autoridades sanitarias implantar y mantener sistemas de información capaces de monitorear de forma oportuna la evolución de los números de casos, internaciones, óbitos y exámenes de laboratorio mediante inversiones en personal cualificado, procesos y equipos, considerando la seguridad de la información y asegurando el derecho a la privacidad de la población.
17. Las autoridades sanitarias, en todas las esferas de gobierno, deben mantener y divulgar informaciones actualizadas sobre casos y óbitos de COVID-19 por sexo, franja etaria, escolaridad, raza/color, etnia, nacionalidad, ocupación, municipio de residencia y ocurrencia, con divulgación de informaciones integrales por el Ministerio de Salud, de forma oportuna y transparente.
18. En todos los niveles del sistema de salud, las autoridades sanitarias son responsables de proveer las condiciones para que todos los casos sospechosos, confirmados y óbitos sean debidamente registrados y notificados, así como por acelerar los procesos diagnósticos y de transmisión de informaciones entre las esferas de asistencia y de vigilancia, priorizando la investigación de los casos de COVID-19 relacionados al trabajo.
19. Las autoridades sanitarias, en todas las esferas de gobierno, deben implementar acciones para reducir y controlar la transmisión comunitaria del COVID-19 a través de estrategias epidemiológicas apropiadas, mediante

- cuarentena, distanciamiento físico, identificación y aislamiento de infectantes y restricción de viajes domésticas e internacionales.
20. Mientras persista la transmisión con característica epidémica, autoridades sanitarias deben mantener las directrices de distanciamiento físico, estímulo al teletrabajo, uso de máscaras fuera de casa, disponibilidad de alcohol en gel en todos los lugares públicos y vehículos, prohibición de eventos o reuniones de cualquier naturaleza que no estén relacionadas a la mantención de actividades esenciales.
 21. La flexibilización de las medidas de distanciamiento físico y restricción de movilidad será considerada sólo donde y cuando la situación epidemiológica lo permita, con prerequisites precisamente definidos, conforme a los indicadores establecidos por la OMS y avalados por otras organizaciones internacionales de salud, siendo no-indicada mientras persista alguno de los siguientes criterios:
 - a. Número de casos y tasas de incidencia en ascenso.
 - b. Número de óbitos y tasas de mortalidad en ascenso.
 - c. Número reproductivo efectivo (Rt) sobre 1.
 - d. Diseminación geográfica de la epidemia, indicando que la reducción de movilidad no ha sido suficiente para bloquear su progresión.
 - e. Persistencia de velocidades de crecimiento diferentes en diversas áreas del mismo estado.
 - f. Insuficiencia de la capacidad instalada para testado molecular amplio de modo de detectar y asolar casos de COVID-19 y de rastrear contactos y ponerlos en cuarentena.
 - g. Tasas de ocupación de camas de UTI superiores a 70%.
 22. Las autoridades sanitarias son responsables de implantar, en sus respectivos ámbitos de actuación, estrategias de búsqueda activa de casos, con equipos de vigilancia epidemiológica capacitados para testado, por biología molecular, de todos los casos sospechosos, con rastreo de los contactos, cubriendo la posible cadena de transmisión hasta el límite de la rastreabilidad y monitoreo de los que tuvieron indicación de aislamiento o cuarentena, respetando los derechos individuales, la reserva y la confidencialidad.
 23. Para todos los casos de laboratorio confirmados o con diagnóstico clínico de COVID-19, en que se juzgue necesario, se debe realizar el aislamiento individual riguroso, bajo supervisión de los equipos de vigilancia y acompañamiento de los equipos de atención primaria en salud.
 24. En todos los niveles del sistema de salud, las autoridades deben invertir en el desarrollo de tecnologías innovadoras y efectivas para rastrear casos y contactos, monitoreo y orientación para apoyar el análisis epidemiológico, así como para acciones de formación de los trabajadores de salud y de apoyo a los servicios de salud.
 25. Las autoridades sanitarias son responsables de garantizar la observancia de protocolos de seguridad con la provisión de equipos de protección

personal a todos los trabajadores de salud y otros sectores que actúan en la línea de frente en la red de servicios de salud.

26. Los recursos de salud deben ser aplicados de forma equitativa, considerando las necesidades generales de la población y las necesidades específicas de grupos expuestos a mayor vulnerabilidad económica y social, conforme a lo presentado en este Plan.
27. En todos los niveles del sistema de salud, las autoridades sanitarias son responsables de asegurar la continuidad de la atención a la salud a todas las personas en cualquier condición de salud que requiera asistencia y cuidado.
28. Las autoridades sanitarias deben promover la fijación de profesionales de salud en regiones remotas y localidades habitadas por pueblos tradicionales de tal modo que impacte positivamente en el control y en la reducción de transmisión del COVID-19 en poblaciones vulnerables.
29. La creación de Equipos de Emergencia de Salud o similares, ya implementados en algunos estados y municipios, se debe adoptar como estrategia de expansión de la atención primaria en todo el país, ampliando el contingente de equipos de salud.
30. En todos los niveles del sistema de salud se deben realizar campañas de comunicación social sobre el COVID-19 para la precaución, prevención de la enfermedad, protección y atención en salud con orientaciones claras y basándose en conocimiento científico, sin dejar de considerar las diversidades socioculturales y lingüísticas de nuestra sociedad. Organizaciones comunitarias y movimientos sociales se deben apoyar en el desarrollo de estrategias comunicacionales adecuadas a las posibilidades de cada territorio, visto en toda su amplitud.
31. Se deben elaborar e implementar estrategias y medidas de cuidado en salud mental, componiendo un plan complementario de enfrentamiento de trastornos psiquiátricos y agravios a la salud mental, con apoyo de las prácticas integrativas y complementarias.
32. Les corresponde a las autoridades sanitarias la implementación de medidas urgentes destinadas a la protección de la salud y de la vida de las personas con discapacidad:
 - a. Considerar a las personas con discapacidad como grupo de riesgo, en conformidad a las orientaciones de la ONU, OMS y OPAS.
 - b. Garantizar plena accesibilidad a los medios de información y comunicación, contemplando: comunicación simple, leyenda, Braille, Lenguaje de Señas Brasileño (LIBRAS), audio descripción y archivos de texto accesibles.
 - c. Asegurar el cuidado singular en las unidades de urgencia y emergencia, incluyendo a acompañantes para aquellos que lo necesiten;
 - d. Cohibir medidas discriminatorias de acceso al cuidado especializado;
 - e. Formular protocolos para la reanudación de servicios especializados para personas con discapacidad en el ámbito de la salud y de la asistencia social, principalmente a aquellos de habilitación y rehabilitación.

33. Cabe a las autoridades sanitarias la implementación de medidas de prevención de la transmisión del COVID-19 en el ámbito hospitalario, como:
- Pacientes de COVID-19, casos sospechosos o confirmados, internados en ambiente hospitalario deben componer cohortes específicas y estar físicamente separados de los demás pacientes.
 - Precauciones universales y específicas relativas a la transmisión del virus por contacto y vía respiratoria se deben establecer, como el uso de EPPs adecuados a los procedimientos a realizarse, higienización de las manos, establecer medidas administrativas y de ingeniería que permitan flujos adecuados y ventilación, extracción y refrigeración para reducir la presencia de SARS Cov-2 en los ambientes de cuidado.
 - La escucha y el soporte emocional a los profesionales de salud y la educación permanente son dos instrumentos fundamentales para aumentar el grado de resiliencia de los trabajadores de salud y para reducir riesgos y daños a pacientes y profesionales asociados al cuidado, sea en relación al Covid19 o no.

A los gestores del SUS

Los directores/as, coordinadores/as, jefes de equipo, etc., en todos los programas, establecimientos y servicios de la Red de Atención a la Salud y del Sistema de Vigilancia en Salud necesitan adecuar el funcionamiento de la red, del sistema y de las unidades de salud bajo su responsabilidad a las contingencias, demandas y presiones provenientes del evento crítico de la Pandemia COVID-19. La vigilancia epidemiológica, en búsqueda activa de casos confirmados o sospechosos y bloqueo de la transmisión representa una de las estrategias más efectivas para controlar una epidemia; con base en la estructura del SUS, este procedimiento se debe conducir conjuntamente por equipos de vigilancia y de APS, conectados y coordinados por los gestores del SUS.

En la hipótesis más deseable, el diagnóstico precoz y el tratamiento rápido y adecuado de los casos deben realizarse por los servicios de salud listos y preparados, tanto desde punto de vista técnico como desde el punto de vista logístico, para ofrecer a los enfermos un cuidado con calidad, equidad y humanización, garantizando la seguridad de los profesionales de la salud y otros trabajadores. La reorganización de los flujos de pacientes en las redes de atención presupone readecuar las funciones de los diferentes puntos de cuidado, incluyendo nuevas modalidades de atención remota, debidamente incorporadas a la atención primaria en salud.

En la urgencia de esta crisis sanitaria, caben algunas recomendaciones, sin cualquier intención de configurar protocolos rígidos, que pueden contribuir, en el plan micro institucional, para dar mayor consistencia y efectividad a las acciones y prácticas de control de la pandemia:

34. Líneas de cuidado se deben implementar para atender a las diferentes fases de la enfermedad y su potencial de gravedad, englobando desde el manejo de síntomas y aislamiento domiciliario hasta la internación en UTI, incluyendo la rehabilitación después del alta hospitalaria.

35. Los gestores del SUS deben poner en funcionamiento Centrales de Tele atención en régimen de 24 horas, con personas entrenadas en la utilización de protocolos que permitan distinguir casos leves y graves, con orientación de casos leves en relación a las medidas de aislamiento domiciliario o asistido y con monitoreo de la evolución de los mismos.
36. Herramientas tecnológicas (como aplicativos de teléfonos móviles) podrán utilizarse para ubicación, monitoreo y control de los casos durante el período infeccioso, respetando reserva y confidencialidad, con el propósito de identificar a infectantes y bloquear cadenas de transmisión.
37. La atención presencial a pacientes sospechosos de COVID-19, en las unidades de APS, deben realizarse con todas las precauciones y con medidas de protección personal, de forma de evitar la infección de los trabajadores de salud y de usuarios.
38. La atención clínica individual hecha por los profesionales de la APS debe orientar los casos sospechosos en relación al aislamiento y reconocimiento de las señales de alerta, identificar pacientes que no pueden ser cuidados en el domicilio, monitorear casos sospechosos en relación a la evolución clínica, realizar video-consultas para casos más complejos y solicitar remoción a unidad hospitalaria al identificar señales de gravedad.
39. Pacientes con sospecha de COVID-19 deben rastrearse en el primero contacto con cualquier servicio de salud con las precauciones para control de infección, que incluyen atención en áreas externas, limitación del contacto físico, modificaciones de flujo, separación de áreas de atención y espera, distanciamiento, barreras físicas y uso adecuado de EPP), de acuerdo a la actividad y tipo de contacto realizado.
40. La búsqueda activa de casos se debe realizar por equipos de las redes de atención a la salud, también en lugares de trabajo. Estos equipos necesitan tener a disposición aparatos celulares institucionales para hacer contacto, de forma segura, con los casos sospechosos, con el propósito de implementar el aislamiento seguro de posibles infectantes y a suspensión de las actividades en ambientes de trabajo insalubres o transmisores de infección por el coronavirus.
41. Casos confirmados leves o asintomáticos deben ser identificados, apoyados, orientados y rigurosamente monitoreados con la finalidad de verificar el cumplimiento estricto de las instrucciones de aislamiento, siendo ofrecido hospedaje en instalaciones protegidas, internación en unidades de cuarentena o auxilio financiero para viabilizar el aislamiento individual en régimen domiciliario.
42. Las unidades de salud deben realizar intervenciones terapéuticas, monitorear señales de agravamiento y proporcionar transferencia oportuna a camas de mayor complejidad, cuando sea necesario, encaminando los casos graves a hospitales de referencia para COVID-19 por ambulancias dedicadas, con profesionales entrenados y adecuadamente protegidos.

43. Los gestores deben asegurar que las UPAs y el SAMU dispongan de equipos completos y capacitados y equipos adecuados, con la finalidad de ofrecer atención oportuna y de calidad que permita salvar vidas y reducir el sufrimiento de las personas.
44. Se debe expandir la capacidad instalada de camas, incluyendo camas de UTI, tanto en hospitales de campaña, como en nuevos hospitales permanentes, contando con equipos completos, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico adecuados y unidades intermedias y de terapia intensiva o mecanismo de referencia para esas unidades, en caso de necesidad, particularmente para las regiones remotas y municipios distantes de las capitales.
45. Es fundamental que el Poder Público controle y gestione toda la capacidad hospitalaria existente en el país e instituya una fila única, englobando servicios públicos y privados, de casos graves de COVID-19 que demanden internación y terapia intensiva, respetándose las tablas de pagos del SUS en vigor.
46. Es necesario regular camas vinculados a la Atención Primaria, que dan soporte especialmente al cuidado a las condiciones crónicas cuando agudizan y no pueden ser acompañadas por las APS, siendo dada atención especial al flujo y regulación para usuarios provenientes del Subsistema de Salud Indígena.
47. Camas de retaguardia dedicados a la atención de casos sospechosos con alto riesgo de agravamiento o con contraindicación de aislamiento domiciliario deben hacer parte de la planificación de la red de atención COVID-19, incluyendo personas con comorbilidades, aquellas que residen solas, aunque no estén graves, y quien vive en contextos que inviabilizan aislamiento y distanciamiento físico.
48. Los gestores del SUS deben incluso organizar Unidades de Cuidados Intermedios, para la recuperación y/o rehabilitación al semi-agudo, evitando así internaciones innecesarias o inadecuadas por complicaciones de crónicos bajo acompañamiento de la Atención Primaria; estos servicios podrían instalarse en los hospitales de pequeño porte, en muchos casos, subutilizados.
49. Es fundamental que los gestores de salud amplíen los programas de asistencia médica remota para garantizar atención telefónica, consultas online o domiciliarios, con prioridad a las mujeres de todas las edades, manteniendo atención presencial a las gestantes y neonatos de alto riesgo, en condiciones adecuadas de seguridad.
50. Se deben mantener los servicios de Salud Reproductiva y Sexual, incluyendo la anticoncepción, la atención del aborto (inseguro y legal), cuidados de asistencia al prenatal, parto y puerperio, con garantía de atención a mujeres víctimas de violencia sexual y/o doméstica, tanto en los servicios de salud y de seguridad pública.
51. El manejo clínico de pacientes debe seguir protocolos ya dispuestos que deben adaptarse a las condiciones locales e integrarse en redes que permitan

- el monitoreo del cuidado y posibilidad de mecanismos rápidos de regulación.
52. El establecimiento de protocolos y entrenamiento de profesionales para atención a las diferentes fases de la enfermedad y su potencial de gravedad, englobando desde el manejo de síntomas y aislamiento domiciliario hasta la internación en UTI, incluyendo la rehabilitación después del alta hospitalaria. Los siguientes protocolos se deben seguir, en la APS, UPAs y SASIs:
 - a. Clasificación de la severidad de los pacientes con síndrome respiratoria aguda grave (SRAG);
 - b. Manejo clínico inicial de los pacientes con síndrome respiratorio agudo grave (soporte respiratorio a pacientes y terapia farmacológica en el COVID-19), con o sin riesgo de complicaciones;
 - c. Procedimientos de protección y control de infección en ambiente hospitalario.
 53. El transporte de los pacientes graves desde el domicilio directamente hacia la unidad de referencia debe ser un punto esencial de la planificación de la red asistencial para que la terapia adecuada pueda ser iniciada a tiempo con acceso a camas de cuidados intermedios e intensivos; atención especial que debe ser dada a municipios y usuarios residentes en regiones remotas que pueden necesitar de una logística compleja como barco, avión o helicóptero.
 54. El acceso a recursos de alto costo como las Unidades de Terapia Intensiva y las tecnologías utilizadas para el cuidado de pacientes graves no debe ser subordinado a prejuicios de cualquier naturaleza (edad, comorbilidades, situación social o cualquier otro), pero exclusivamente orientado por las necesidades clínicas de los pacientes.
 55. Ante la profusión de promesas de tratamientos medicamentosos, sin base científica, los gestores del SUS deben primar por la observancia de la Política Nacional de Asistencia Farmacéutica (PNAF), Resolución CNS n° 338/2004, asegurando el acceso y promoviendo el uso racional de medicamentos. Se debe garantizar, a través de stock estratégico, que los medicamentos esenciales no falten para los pacientes. La utilización de medicamentos *off label* debe ser limitada a participantes de proyectos de pesquisa debidamente aprobados por el sistema Comité de Ética en Investigación/ Comité Nacional de Ética en Investigación (CEP/ CONEP).
 56. Tanto para el COVID-19 como para otros problemas de salud, los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, necesitan expandirse para mejorar las condiciones de acceso y accesibilidad de la población, eliminando barreras a su utilización en tiempo oportuno y asegurando el retorno ágil de los resultados al paciente y al equipo de atención solicitante.
 57. Les corresponde a los gestores del SUS implementar y asegurar las condiciones de funcionamiento de Comisiones de Bioética Hospitalaria, de modo de favorecer la reflexión y la discusión colectiva de dilemas morales que surgen localmente y a auxiliar profesionales, pacientes y familiares en los procesos de toma de decisiones.

58. Se debe instituir protocolo de consentimiento para asegurar a los pacientes de COVID-19 el derecho de identificar, en el momento de la internación y aislamiento, una persona de su confianza que pueda actuar como “decisor sustituto” cuando él mismo no puede decidir.
59. También se deben instituir mecanismos de comunicación entre el hospital y la familia de los pacientes internados/aislados, con la elección de este individuo de contacto siendo realizada por el paciente, para que la familia tenga acceso regular y confiable sobre el estado de salud de su ser querido.
60. Se deben perfeccionar las acciones de educación, información y comunicación en salud para la población en general, preferencialmente en alianza con representantes de los movimientos e iniciativas locales, abordando medidas de prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles y otros agravios relevantes, a través de interacción social y compartiendo los saberes.
61. Es importante desarrollar estrategias de comunicación con metas en los niveles individual, familiar, comunitario y municipal, con mensajes dirigidos, fuentes de información, organización y políticas de la comunidad, usando mayor variedad de medios de comunicación en masa, como radios comunitarias, cabinas telefónicas, Internet, *podcasts*, transmisiones en vivo en redes sociales, grupos de *whatsApp*.
62. Estas estrategias se deben desarrollar en conjunto con las comunidades afectadas de modo de favorecer su efectividad y su adecuación a los distintos contextos socioculturales, lo que incluye la necesidad de acciones de educación en salud antirracistas, por la igualdad de género y por el respeto a la diversidad, orientadas por pedagogías emancipadoras basadas en diálogo y construcción compartida de conocimiento.

A la sociedad en general

Todas las personas tienen el derecho y el deber de cumplir las medidas de control epidemiológico recomendadas, las que deben ser objeto de campañas de comunicación transmitidas en lenguaje comprensible por todas las personas, considerando las circunstancias y los contextos de los diferentes grupos poblacionales. Una población bien informada es vital para el éxito de cualquier plan de enfrentamiento de la pandemia, que, en última instancia, depende de la movilización y del protagonismo de la sociedad civil, a la que el Estado debe obedecer y servir. En este sentido, le corresponde hacer las siguientes recomendaciones:

63. La sociedad debe exigir y conquistar acceso a la información perfeccionada, certificada y útil, concientizándose de la gravedad de la crisis y, en consecuencia, debe comprender y adherir a las medidas de control epidemiológico. Las informaciones deben ser ampliamente difundidas, a través de la mayor variedad posible de vehículos de comunicación y plena diversidad de estrategias comunicacionales.
64. Para vencer la pandemia, se hace necesaria una intensa movilización social en pro del derecho a los cuidados de salud de calidad, en defensa del derecho a la vida y a la salud, en las organizaciones independientes de la sociedad civil de defensa de derechos de grupos sociales y organizaciones de grupos marginalizados como moradores de *favelas* y periferias de las

ciudades, inclusive alrededor de actividades culturales, que se fundamentan en el principio ético de la igualdad y en el ejercicio de la solidaridad.

65. La sociedad como un todo, considerando la diversidad y el derecho a la inclusión de todos los grupos sociales, debe luchar por el reconocimiento y por la superación de las invisibilidades y de los silenciamientos producidos socialmente, comprendiendo las interdependencias entre las varias dimensiones de la pandemia, en que vulnerabilidades y privilegios sociales ponen cuerpos circulantes y cuerpos en aislamiento en conteo diferente de casos y muertes.
66. Es importante la movilización de las competencias de innovación tecnológica en salud, en las universidades y demás centros de pesquisa, con financiamiento público estratégico para que las instituciones públicas, en alianza con incubadoras y empresas nacionales, puedan desarrollar capacidad nacional de provisión de infraestructura tecnológica para soporte a las acciones de salud.
67. La sociedad y, en especial, las instituciones científicas deben de crear comités de investigadores de diversas áreas que puedan monitorear, evaluar y proporcionar innovaciones para el mejor funcionamiento y transparencia de los sistemas de información confirmando mayor credibilidad a los datos.
68. En lo que concierne al Sistema Único de Salud, en particular, la sociedad necesita intensificar su participación en los espacios destinados al control social, acompañando la evolución de la epidemia y exigiendo el desempeño de los gestores en todas las esferas de gobierno, así como exigir que otros canales sean abiertos a la participación comunitaria.
69. En general, la sociedad debe ejercer la participación ciudadana, defendiendo la dignidad de la vida humana, la preservación del medio ambiente y el fortalecimiento del régimen democrático que viene sufriendo ataques de arribistas que, a través de fraudes y manipulaciones, pasaron a ocupar lugares destacados en la escena política nacional.
70. En este contexto, es fundamental promover la Cultura de Paz por el conjunto de sus valores, actitudes, tradiciones, comportamientos y estilos de vida basados en los siguientes principios:
 - a. Respeto a la vida, fin de la violencia y promoción y práctica de la no-violencia por medio de la educación, del diálogo y de la cooperación;
 - b. Promoción de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, rechazando prácticas racistas, sexistas, LGTB+fóbicas o cualquier discriminación fruto del odio y de la intolerancia;
 - c. Reconocimiento y respeto a los diversos saberes y prácticas de salud y cuidado.
 - d. Adhesión a los principios de libertad, justicia, democracia, tolerancia, solidaridad, cooperación, pluralismo, diversidad cultural, diálogo y entendimiento en todos los niveles de la sociedad y entre las naciones.

Como resta evidente, este rol de recomendaciones no significa una mera lista de propuestas de actuación a ser aplicadas en las diferentes esferas de gobierno o en los

distintos niveles de operación del SUS, de modo aislado o acumulativo. Se trata, la verdad, de un sistema articulado e integrado de estrategias, tácticas y acciones, destinadas a viabilizar métodos de control de los procesos epidémicos, cuya funcionalidad y efectividad dependen de planificación eficaz, gestión competente y coordinación fina y sensible. La condición de viabilidad (o éxito) de su implementación, en un contexto de tan gran complejidad, reside justamente en la capacidad de movilización de la población, incluyendo usuarios, gestores y profesionales en un régimen de cohesión firme y solidaria.

12. ENFRENTAR LA PANDEMIA AHORA PARA CONSTRUIR UN FUTURO CON SOSTENIBILIDAD Y JUSTICIA SOCIAL

Con poco menos de seis meses de duración, la pandemia ya ha infectado a más de 10 millones de personas en el mundo, habiendo causado más de medio millón de muertes. La velocidad de transmisión es capaz de generar demanda de pacientes en gran volumen, lo que puede hacerse insoportable incluso en los sistemas de salud más desarrollados. Pasado este tiempo, ya se observa que la dinámica de la pandemia es extremadamente variable, habiendo creado presión extrema en sistemas de salud, en países como: Inglaterra y ciudades como Milán y Nueva York, pero habiendo ocasionado menor impacto en otros locales. La adopción precoz de medidas epidemiológicas de control, la implementación de acciones efectivas de vigilancia en salud, asociadas a las características demográficas, sociales, económicas, geográficas (densidad poblacional) y climáticas locales, el acceso universal a los cuidados de salud, explican, en parte, estas variaciones.

Datos sobre el estándar de utilización de servicios empiezan a ser mejor conocidos. Se han observado algunos estándares más regulares, mientras otros son bastante variables. Características de la oferta de servicios y de la práctica médica local; el proceso de aprendizaje con el manejo de la enfermedad, además de nuevos abordajes profilácticos, diagnósticos, terapéuticos y organizacionales; así como cambios en el comportamiento de las personas en relación a la enfermedad y sus condiciones sociales, culturales y económicas definen y alteran el estándar de utilización de servicios con el pasar del tiempo.

Todavía no se conoce la mayor parte de los factores involucrados en la búsqueda de cuidados por pacientes con COVID-19, lo que afecta a los presupuestos de los modelos para estimar las necesidades de servicios, de profesionales y de insumos estratégicos (profesionales, EPIs, medicamentos, equipos) en el país. Se suman a esto, las dificultades corrientes para la obtención de información sobre la oferta y producción de servicios. Por tanto, es importante promover la mejora del acceso a la información y la sistematización de la experiencia vivida en esta primera fase de la epidemia en Brasil, al mismo tiempo en que se desarrollan planes con la dinámica necesaria para responder a las demandas más inmediatas, corrigiéndose rutas e introduciendo innovaciones que demuestren efectividad. Será necesario un proceso de recreación del SUS, garantizando financiamiento adecuado para alcanzar el propósito, la universalidad y las capacidades necesarias que el futuro ciertamente exigirá de los sistemas de salud. Cumple acentuar que la existencia del SUS, incluso subfinanciado, ha sido fundamental para el establecimiento de respuestas efectivas a la pandemia, en todos los niveles de necesidad (desde la atención básica a la terciaria), de la producción de insumos hasta la producción de una vacuna que se muestre segura y eficaz.

La pandemia COVID-19 no se debe tratar como una excepcionalidad. Nuevas amenazas envolviendo agentes de origen biológica, similares al Sars-CoV- 2, o de origen química, radiológica/radioactiva, así como desastres relacionados a la emergencia climática, ya hacen parte de nuestras sociedades y pueden desencadenar nuevos eventos críticos a larga escala o localizados, que pueden

sobreponerse también, combinando pandemias, epidemias, desastres y crisis humanitarias simultáneamente. No olvidar que cada una de estas nuevas situaciones no vienen a sustituir a todas las otras afecciones e infecciones que ya alcanza a Brasil. Como ejemplo, otras situaciones de salud pública, agudas o crónicas, de importancia nacional (tales como Dengue, Zika/Microcefalia, HIV/Aids) o estatales (como la Fiebre Amarilla) ponen en riesgo y provoca daños que involucran a miles de personas. Insertar aquí los agravios causados por los diferentes tipos de violencia que asolan al país hace décadas, que se agravan en el tiempo dependiendo del escenario, tal como la violencia doméstica y la institucional en la vigencia de la pandemia COVID-19. Los servicios de salud, en especial las emergencias y la atención básica, en el contexto de la pandemia, que se congestionan, colapsan y se hacen inaccesibles a los usuarios afectados por las patologías ya prevalentes, tal como ocurre con las enfermedades crónicas endémicas en el país.

La pandemia representa una oportunidad impar para readecuar condiciones y procesos de trabajo que reduzcan al mínimo contaminaciones y enfermedades derivadas de cargas de trabajo. En esta dirección, se recomienda la reducción de las jornadas de trabajo del equipo de enfermería a 30 horas semanales, aumento del número de profesionales por cama, local adecuado para descanso y soporte psicológico para todo equipo de salud. Para los demás sectores económicos, el redimensionamiento de los puestos de trabajo que haga viable el distanciamiento adecuado, protección física entre los flujos de trabajo, reorganización de jornadas de 44 horas semanales a 40 horas, con la finalidad de viabilizar el debido descanso físico y psicosocial. La formalización de trabajadores precarizados representa un soporte social imprescindible y que se debe implementar de forma creciente durante y después de la pandemia.

En el período reciente, los desastres que involucran represas mineras y derrames de petróleo crudo alcanzaron grandes extensiones territoriales y poblacionales con riesgos de mediano y largo plazo, además de los impactos inmediatos, particularmente para los pueblos indígenas y comunidades tradicionales. Inundaciones, deslizamientos, tempestades y secas alcanza a millones de personas anualmente. Cada uno de estos eventos agrava la situación de salud ya existente, comprometido las capacidades de respuesta de los sectores de salud y de protección social a los riesgos cotidianos, al mismo tiempo en que producen nuevos escenarios de riesgos y daños, en que los efectos no se limitan solamente a impactos inmediatos y localizados, pero exigen considerar los impactos más ampliados y de mayor duración, haciendo imperativo considerar, incluso en esta fase, los procesos de rehabilitación y recuperación de la salud, así como de reanudación de las actividades y reconstrucción de las condiciones de vida y salud y, sobre todo, en el enfrentamiento adecuado para reducir o eliminar las principales causas de las condiciones de vulnerabilidad, que son las inmensas e inaceptables desigualdades e inequidades sociales.

Los impactos de estos eventos, como el de la pandemia COVID-19, no se pueden tratar de modo aislado y puntual, pues combinan crisis económicas, políticas, sanitarias y éticas, resultando en un efecto cascada, ampliando las condiciones de vulnerabilidades y riesgos presentes y futuros, impactando de modo mucho más acentuado en las condiciones de vida y salud de los más

pobres y vulnerables. Esto significa que desde ya deben estar siendo construidas las condiciones que permitan no sólo una mejor preparación y alerta a riesgos futuros, sino también de los procesos de rehabilitación, recuperación y reconstrucción de las condiciones de vida y salud. Es este sentido, no es posible pensar en un llamado “nuevo normal” en que esto signifique considerar la situación anterior como normalidad, en la ausencia de los servicios esenciales, especialmente de los servicios de salud, en la precarización del trabajo y todas las iniquidades y desigualdades que afectan directamente a la clase trabajadora. Aspectos de una tragedia social que la pandemia vino a evidenciar.

La pandemia COVID-19 acentúa que los grupos poblacionales que históricamente han sido tratados con negligencia, aquellos con baja protección social, sin empleo y renta, pueblos indígenas y comunidades tradicionales, poblaciones en general sin acceso adecuado a cuidados de salud y a las informaciones, se encuentran entre los más alcanzados, especialmente bajo mayor riesgo de óbito. La pandemia parece también demostrar que naciones gobernadas por obscurantistas, con administraciones o gestiones conservadoras, agendas políticas neoliberales, que hacen negligentes los servicios públicos, los derechos humanos y las medidas de protección del medio ambiente, y negocian el patrimonio colectivo, debilitan la capacidad de la propia sociedad en dar respuestas a problemas complejos, ampliando riesgos, vulnerabilidades y daños en poblaciones históricamente discriminadas. Finalmente, recurriendo a Milton Santos, rehacer un contrato social renovado y ampliado, donde se prioricen las demandas y la participación efectiva de las poblaciones vulnerables y oprimidas, teniendo la salud en el centro, podría muy bien ser un legado de la Pandemia COVID-19.

ANEXO 1 – Lista de actividades

ABRASCO:

- 7 de abril – Lanzamiento de *Ágora Abrasco* en el internet: Mensaje a la población y profesionales de salud
- 8 de abril – Panel: Plan de control del COVID-19
- 9 de abril – Panel: Pandemia del COVID-19: desafíos para la epidemiología
- 14 de abril – Coloquio: Métodos epidemiológicos y estadísticos para definir escenarios de la progresión de la pandemia del COVID-19
- 15 de abril – Panel: Población Negra y el COVID-19
- 16 de abril – Live: La pandemia en el mundo: una perspectiva de las Américas
- 17 de abril – *Ágora* – Un espacio de libre diálogo sobre la pandemia
- 21 de abril – Coloquio: Reorganización y expansión de la asistencia hospitalaria para la atención del COVID-19: ¿dónde estamos? ¿Qué hacer?
- 22 de abril – Panel: Multilateralismo y Salud
- 23 de abril – Panel: La falsa polémica entre Salud y Economía
- 24 de abril – *Ágora* – Un espacio de libre diálogo sobre la pandemia
- 28 de abril – Coloquio: El enfrentamiento al coronavirus, el SUS y la crisis en el pacto federativo
- 29 de abril – Panel: COVID-19 en Brasil = ¿Gerontocidio?
- 30 de abril – Panel: COVID-19: desigualdades, vulnerabilidades, silenciamientos e ignorancias
- 05 de mayo – Coloquio: Trabajadores de Salud y la pandemia del COVID-19
- 06 de mayo – Panel: Medicamentos, vacunas, pruebas y ética: desafíos para el Complejo Industrial de la Salud en la pandemia
- 07 de mayo – Coloquio: COVID-19 – Distanciamiento social y enfrentamiento del colapso del sistema de salud
- 08 de mayo – *Ágora* – Un espacio de libre diálogo sobre la pandemia
- 12 de mayo – Coloquio: ¿De qué información necesitamos para orientar las estrategias de enfrentamiento?
- 13 de mayo – Panel: Pandemia COVID-19 y cambios climáticos: emergencias globales y amenazas a la salud
- 14 de mayo – Panel: ¿Cómo producir teoría en una epidemia?
- 15 de mayo – *Ágora* – Un espacio de libre diálogo sobre la pandemia
- 19 de mayo – Coloquio: Salud Mental y COVID-19: ¿cuáles son las estrategias para lidiar con esta realidad?
- 20 de mayo – Panel: Educación Popular en Salud y la Pandemia: Diálogos y Oportunidades
- 21 de mayo – Panel: Invisibilidades e iniquidades en Amazonia: pueblos indígenas y COVID-19
- 27 de mayo – Panel: COVID-19: la interfaz de conocimientos biomoleculares, clínicos y de la salud colectiva
- de mayo – Panel: Desafíos y perspectivas para la Soberanía y Seguridad Alimenticia y Nutricional frente a la pandemia COVID-19
- 03 de junio – Panel: El Complejo Económico-Industrial de la Salud y dependencia internacional: superación de la dicotomía entre salud y desarrollo
- 04 de junio – Panel: Publicación científica en los tiempos de la pandemia del COVID-19
- 05 de junio – Panel: COVID-19: Interfaz clínica/epidemiología y los cuidados en salud
- 10 de junio – Panel: Desafíos de la protección social en tiempos de pandemia
- de junio – Panel: COVID-19: Integración del conocimiento en la interfaz Ecosocial/Tecnológica
- 16 de junio – Panel: Salud reproductiva, gestación, parto y nacimiento en la pandemia COVID-19
- 17 de junio – Panel: Atención Primaria y Vigilancia Epidemiológica: estrategias en la respuesta
- 18 de junio – Coloquio: ¿El campo de la Promoción de la Salud tiene algo que decir ante la actual pandemia COVID-19 y viceversa?
- 19 de junio – Panel: Ciencia y política en el enfrentamiento a la pandemia COVID-19

- 23 de junio – Live: El mundo después de la pandemia:
escenarios 24 de junio – Panel: Tabaquismo y COVID-19
25 de junio – Coloquio: Prevención, tratamiento y cuidado al HIV/AIDS y otras ISTs durante la
pandemia COVID-19
26 de junio – Panel: Cultura y sociedad en el enfrentamiento a la pandemia COVID-19
30 de junio – Coloquio: Medidas de distanciamiento físico en el actual momento de la pandemia
1º de julio – Coloquio: Educación Popular en Salud y COVID-19: saberes y prácticas de
protagonistas de los territorios y servicios
2 de julio – Panel: ¿Gestión pública: vicios privados?
3 de julio – Panel: Los nuevos desafíos para el Complejo Industrial de la Salud – Insumos,
productos y regulación.
7 de julio – Coloquio: Datos y Sistemas de Información para enfrentamiento de pandemias y
epidemias
10 de julio – Panel: ¿Para dónde va el SUS después de la pandemia COVID-19?
24 de julio – Panel: Las marcas del aislamiento social en la población: ¿serán pasajeros?
31 de julio – Panel: Financiamiento público y políticas sociales: perspectivas además de la pandemia.

REDE UNIDA:

- 18 de Abril – Debate - Atención Básica, Participación Comunitaria, COVID-
19. 23 de Abril – Debate - El Trabajo en el Cuidado al COVID-19.
25 de Abril – Panel - Niterói en Defensa de la Vida, Contra el COVID-19.
29 de Abril – Panel - Comunidades de Amazonas en el Combate al COVID-19.
01 de Mayo - Entrevista com Emerson Merhy - Vida y Resistencia Frente al COVID-
19.- 02 de Mayo – Panel - UFRJ - Macaé en el Enfrentamiento del COVID-19.
02 de Mayo - Rueda de Conversación - Psicología y Pueblos
Indígenas. 06 de Mayo - Panel - Educación Popular en el
Combate al COVID-19
09 de Mayo - Debate - Experiencia del Consorcio Nordeste en el Control del COVID-
19. 16 de Mayo – Panel - UFF en el Combate al COVID-19.
20 de Mayo – Rueda de Conversación - Retratos de Libertad - Salud Mental en Acre.
23 de Mayo - Rueda de Conversación - Cuidados sin Fronteras: Los Inmigrantes y el
COVID-19. 27 de Mayo – Debate - Educación en Tiempos de Pandemia: Diálogos y
Conexiones.
30 de Mayo – Panel - El Cuidado en el Territorio y el COVID-19: La Experiencia Italiana.
03 de Junio – Debate - COVID-19 Interrogando a Nuestros Modos de Actuar en las
Universidades. 09 de Junio - Ato Red Unida por la Vida.
25 de Junio - Rueda de Conversación: Señales que Vienen de la Calle.
26 de Junio – Debate - Integración Enseñanza-Servicio en RJ: una alianza estratégica en la
educación permanente de profesionales. Alianza CIES-SES/RJ.
27 de Junio – Rueda de Conversación - COVID-19 y las Personas con Deficiencia: problematizaciones.

CEBES:

- 14 de abril – Proyecto Comunica SUS Lanzamiento de 04 Radionovelas con material gráfico
sobre COVID 19 y el Sistema Único de Salud
28 de abril - Live Cebes y Unidad en la Diversidad sobre SUS: El Estado enfrentando la
pandemia. 18 de mayo - Live Cebes y Unidad en la diversidad (Ana Costa y José Noronha).
COVID 19 se explaya y desafía al país: ¿qué hacer?
28 de mayo – Lanzamiento de la Campaña #EmDefesadoSUS – video de
movilización 29 de mayo – Cebes y entidades de la sociedad civil lanzan al *Frente
Pela Vida*
30 de mayo - CEBES promueve el debate “La Inaceptable crisis de salud en Río de Janeiro”
05 de junio - Debate virtual: “ABJDRJ: Pandemia en Río de Janeiro: Salud, Economía y Derechos”
08 de junio - CEBES-Recife ayuda a construir el proyecto *Mãos Solidárias/Periferia Viva*
15 de junio - Live sobre “La importancia de los datos de la Pandemia y los actos antifascistas y
antirracistas”
08 de junio – Cebes Goiânia Pequi Con SUS Campaña #emdefesadoSUS
08 de junio – Live: Desdoblamientos sociales, económicos y ambientales derivados de la
agricultura Brasileña

16 de junio - Live: Pandemia en Manaus y anuncio de creación de CEBES-Amazonas y la necesidad de medidas rígidas de distanciamiento social.

19 de junio – Live: En defensa de la Vida. Con Comité Popular de la Crisis

SBB:

13 de marzo – SBB/Regional Paraná: Café con Bioética - Nuevas Miradas. Tema central: Bioética y Parentalidad

14 de marzo – SBB/Regional SP: Encuentro de Bioética Avanzado

16 de marzo – Declaración de la Red de Bioética de América Latina y del Caribe - UNESCO, sobre la pandemia COVID-19

17 de abril – Live: Bioética y Covid-19. Camila Vasconcelos (2ª vicepresidente de SBB)

15 de abril – Entrevista con Dirceu Greco (*Jornal Esquerda Diário*), con serias alertas sobre la pandemia del nuevo coronavirus

19 de abril – SBB y entidades emiten Nota de Repudio contra los ataques a los investigadores del estudio CloroCovid-19 y en respeto a la ciencia

20 de abril – Live: Bioética, Vulnerabilidad y Covid-19 - Camila Vasconcelos (2ª vicepresidente de SBB)

26 de abril – Live: El acceso a camas hospitalarias y la pandemia de COVID-19 - Camila Vasconcelos (2ª vicepresidente de SBB)

26 de abril - Podcast Redbioética: Ética en tiempos de pandemia COVID-19, con Dirceu Greco

13 de mayo - Live: Bioética y decisiones difíciles: con Dirceu Greco y Camila Vasconcelos

21 de mayo – SBB presente en el Programa “Drogas: ¡sepa por dentro!” con el tema SUS, COVID-19, racismo, salud mental

24 de mayo - Live: SBB participa de encuentro de Nubea RJ sobre "Ética en pesquisa y COVID- 19"

25 de mayo - "Covid-19 y cuarentena en Santa Catarina: un triste experimento poblacional" - SBB- Regional Sta. Catarina divulga Artículo de Sandra Caponi

(UFSC) 04 de junio - Live: Tema: "Bioética, esperanza y dignidad"

21 de junio – Live: El control del COVID-19, con el ex Ministro de Salud José Gomes Temporão y Mariângela Simão, Directora General Adjunta de la OMS

24 de junio – Mesa redonda: Comunicación Inadecuada a la Media: ¿sólo Perjuicio a la Población o Infracción Ética?

07 de julio – Live: SBB Regional Pernambuco. Acceso a camas de UTI: dilemas éticos y reflexiones bioéticas en tiempos de pandemia.

09 de julio – Live: SBB Regional RS, Bioética en Diálogo. Tema: «Los derechos de los pacientes" 13 de julio – Aula Virtual Ciudades por la Democracia: Los Impactos de la Pandemia en BH en los próximos años

ANEXO 2 – Documentos producidos por CNS como consecuencia de la pandemia

Cuadro Resumen de Documentos Editados por CNS durante el enfrentamiento del COVID-19			
Fecha	Documento	Enmienda	Link
23/03/2020	Carta abierta	CNS se dirige a las autoridades brasileñas en el enfrentamiento al Nuevo coronavirus: Toma de decisiones de emergencia que afectan directamente la vida de todos los usuarios(as) y trabajadores(as) del Sistema Único de Salud (SUS). El objetivo es celar por la Seguridad Social en nuestro país y por la vida de las personas, proponiendo encaminamientos y medidas que pueden atenuar el escenario que estamos enfrentando en el país.	https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1074-carta-aberta-do-cns-as-autoridades-brasileiras-no-enfrentamento-ao-novo-coronavirus
24/03/2020.	Recomendación n° 016	Recomienda a Ministerio de Economía, a los Presidentes de la Cámara de Diputados y del Senado Federal y al Presidente del Supremo Tribunal Federal la adopción de medidas en razón de la edición de la Medida Provisoria n° 927/2020.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1078-recomendacao-no-016-de-24-de-marc-o-de-2020
24/03/2020	Recomendación n° 017	Recomienda al Comité de Crisis para Supervisión y Monitoreo de los Impactos del COVID-19 la adopción de medidas con vistas a la garantía del abastecimiento de agua en todas las regiones del país.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1079-recomendacao-n-017-de-24-de-marc-o-de-2020
26/03/2020	Recomendación n° 018	Recomienda la observancia del Parecer Técnico n° 106/2020, que dispone sobre las orientaciones al trabajo/actuación de los Residentes en Salud, en el ámbito de los servicios de salud, durante la Emergencia en Salud Pública de Importancia Nacional derivada de la Enfermedad por Coronavirus - COVID-19.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1086-recomendacao-n-018-de-26-de-marco-de-2020
30/03/2020	CNS alerta	Medicamentos aún en estudios contra COVID-19, sin prescripción, pueden causar daños a la salud - Automedicación puede ocasionar intoxicaciones u óbitos, por eso la importancia del uso racional de medicamentos	https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1085-cns-alerta-medicamentos-ainda-em-estudos-contr-a-covid-19-sem-prescricao-podem-causar-danos-a-la-salud
31/03/2020	Documento Orientador	CNS se dirige a los Consejos Estatales, Municipales y Distrital de Salud sobre el Nuevo Coronavirus (COVID-19): El control social en la Salud debe reafirmar su acción de relevancia pública en el acompañamiento y control de las acciones y políticas de Salud en sus territorios. Es importante enfatizar que será necesario que los Consejos se preparen para ejercer todo su papel en post-epidemia.	https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1089-covid-19-cns-encaminha-documento-para-orientar-conselhos-estaduais-e-municipais-no-combate-a-pandemia
06/04/2020	Recomendación n° 19	Recomienda medidas que visan la garantía de los derechos y de la protección social de las personas con deficiencia y de sus familiares.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1095-recomendacao-n-019-de-06-de-abril-de-2020
07/04/2020	Moción de Apoyo n° 003	Manifiesta apoyo al Proyecto de Ley n° 1462/2020, que dispone sobre la concesión de licencia compulsoria, temporal y no exclusiva, para la exploración de patente.	http://conselho.saude.gov.br/mocoes-cns/1104-mocao-de-apoio-n-003-de-07-de-abril-de-2020
07/04/2020	Recomendación n° 20	Recomienda la observancia del Parecer Técnico n° 128/2020, que dispone sobre las orientaciones al trabajo/actuación de los trabajadores y trabajadoras, en el ámbito de los servicios de salud, durante la Emergencia en Salud Pública de Importancia Nacional Derivada de la Enfermedad por Coronavirus - COVID-19.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1103-recomendacao-no-020-de-07-de-abril-de-2020

09/04/2020	Recomendación n° 21	Recomienda a la Cámara de Diputados el no acogimiento del Requerimiento de Urgencia n° 511/2020.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1111-recomendacao-n-021-de-09-de-abril-de-2020
09/04/2020	Recomendación n° 22	Recomienda medidas con vistas a garantizar las condiciones sanitarias y de protección social para hacer frente a las necesidades de emergencia de la población ante la pandemia COVID-19.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1112-recomendacao-n-022-de-09-de-abril-de-2020
09/04/2020	Recomendación n° 23	Recomienda a Anvisa la elaboración, disponibilidad y amplia divulgación de material accesible a todas las personas conteniendo instrucciones técnicas oficiales en lo que se refiere a alimentos y productos durante la pandemia provocada por el nuevo coronavirus.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1113-recomendacao-n-023-de-09-de-abril-de-2020
09/04/2020	Nota Pública	Respuesta al Boletín Epidemiológico n° 7, del Ministerio de Salud (MS), publicado el lunes (06/04), trae a la superficie que a partir del día 13 de abril, “los municipios, Distrito Federal y Estados que implementaron medidas de Distanciamiento Social Ampliado (DSA), donde el número de casos confirmados no haya impactado a más del 50% de la capacidad instalada existente antes de la pandemia, deben iniciar la transición para Distanciamiento Social Selectivo (DSS)”.	https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1102-nota-publica-cns-defende-manutencao-de-distanciamento-social-conforme-define-oms
20/04/2020	Recomendación n° 24	Recomienda acciones relativas a la actuación de estudiantes de salud en formación en el contexto de la Acción Estratégica “O Brasil Conta Comigo”, (Brasil Cuenta Conmigo).	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1127-recomendacao-n-024-de-20-de-abril-de-2020
20/04/2020	Recomendación n° 25	Recomienda al Congreso Nacional la aprobación del PL 1685/2020, que dispone sobre medidas de emergencia de adquisición de alimentos para mitigar los impactos de la pandemia COVID-19.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1128-recomendacao-n-025-de-20-de-abril-de-2020
22/04/2020	Recomendación n° 26	Recomienda a los gestores del SUS, en su ámbito de competencia, que requieran camas privadas, cuando sea necesario, y procedan a su regulación única con la finalidad de garantizar atención igualitaria durante la pandemia.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1131-recomendacao-n-026-de-22-de-abril-de-2020
22/04/2020	Recomendación n° 27	Recomienda a los Poder Ejecutivo, federal y estatal, al Poder Legislativo y al Poder Judicial, acciones de enfrentamiento al Coronavirus	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1132-recomendacao-n-027-de-22-de-abril-de-2020
22/04/2020	Recomendación n° 28	Recomienda al Congreso Nacional acciones relativas a los créditos extraordinarios aprobados durante la vigencia del Decreto de Calamidad Pública.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1133-recomendacao-n-028-de-22-de-abril-de-2020
27/04/2020	Recomendación n° 29	Recomienda acciones relativas a la lucha en contra del racismo institucional en los servicios de salud en el contexto de la pandemia COVID-19, provocada por el nuevo coronavirus, SARS-CoV-2.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1142-recomendacao-n-029-de-27-de-abril-de-2020
27/04/2020	Recomendación n° 30	Recomienda medidas que visan la garantía de los derechos y de la protección social de las Personas con Enfermedades Crónicas y Patologías	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1143-recomendacao-n-030-de-27-de-abril-de-2020
29/04/2020	Carta abierta	Consejo Nacional de Salud en defensa de la vida, de la democracia y del SUS	https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1140-carta-aberta-do-conselho-nacional-de-saude-em-defesa-da-vida-da-democracia-e-do-sus

30/04/2020	Campaña	CNS lanza campaña de protección a los trabajadores y trabajadoras de servicios esenciales	https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1139-coronavirus-cns-lanca-campanha-de-protecao-aos-trabalhadores-e-trabalhadoras-de-servicios-esenciales
30/04/2020	Nota Pública	CNS alerta sobre los cuidados para la realización de test rápidos para COVID-19 disponibles en farmacias	https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1144-nota-publica-cns-alerta-sobre-os-cuidados-para-a-realizacao-de-testes-rapidos-para-COVID-19-disponibles-en-farmacias
30/04/2020	Recomendación n° 31	Recomienda medidas de emergencia complementarias que visan la garantía de los derechos y de la protección social de las personas con deficiencia en el contexto de COVID-19.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1146-recomendacao-n-031-de-30-de-abril-de-2020
05/05/2020	Recomendación n° 32	Recomienda medidas prioritarias para trabajadoras y trabajadores de los servicios públicos y actividades esenciales, en las acciones estratégicas del Ministerio de Salud.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1151-recomendacao-n-032-de-05-de-mayo-de-2020
05/05/2020	Recomendación n° 33	Recomienda medidas de transparencia en la divulgación de los datos estadísticos y notificaciones compulsorias de los agravios en salud del /de la trabajador/a debido al COVID-19.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1152-recomendacao-n-033-de-05-de-mayo-de-2020
07/05/2020	Recomendación n° 34	Recomienda medidas para garantizar una producción sostenible, distribución y donación de alimentos, con respeto a la naturaleza y a los derechos de los agricultores familiares, pueblos indígenas y pueblos y comunidades tradicionales.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1157-recomendacao-n-034-de-07-de-mayo-de-2020
11/05/2020	Recomendación n° 35	Recomienda acciones relativas a la salud del pueblo Gitano/Romaní en el contexto de la pandemia COVID-19, provocada por el nuevo coronavirus, SARS-CoV-2.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1166-recomendacao-n-035-de-11-de-mayo-de-2020
11/05/2020	Recomendación n° 36	Recomienda la implementación de medidas de distanciamiento social más restrictivo (lockdown), en los municipios con ocurrencia acelerada de nuevos casos de COVID-19 y con tasa de ocupación de los servicios alcanzando niveles críticos.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1163-recomendacao-n-036-de-11-de-mayo-de-2020
11/05/2020	Recomendación n° 37	Recomienda al Congreso Nacional la tramitación en régimen de urgencia de los proyectos de ley 1267/2020, 1291/2020 y 1444/2020, que establece medidas de emergencia de protección a la mujer víctima de violencia doméstica durante la emergencia de salud pública derivada de la pandemia del coronavirus.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1167-recomendacao-n-037-de-11-de-maio-de-2020
11/05/2020	Recomendación n° 38	Recomienda al Ministerio de Salud la inclusión de las Instituciones de Larga Estadía de Personas Mayores (ILPI-acrónimo en portugués) en la norma n° 492/2020, que instituyó el programa "O Brasil conta Comigo" (Brasil cuenta Conmigo).	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1168-recomendacao-n-038-de-11-de-mayo-de-2020
12/05/2020	Recomendación n° 39	Recomienda a los Gobernadores Estatales y Alcaldes Municipales el establecimiento de medidas de emergencia de protección social y garantía de los derechos de las mujeres.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1169-recomendacao-n-039-de-12-de-mayo-de-2020
18/05/2020	Recomendación n° 40	Recomienda la revisión de la Nota Técnica n° 12/2020 y la implementación de otras medidas para garantizar los derechos de las personas con sufrimiento y/o trastorno mental y con necesidades derivadas del uso de alcohol y otras drogas, en el contexto de la pandemia COVID-19.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1181-recomendacao-n-040-de-18-de-maio-de-2020

19/05/2020	¡Manifiesto Repasa Ya!	El Consejo Nacional de Salud (CNS), junto a diversos consejos y entidades del control social brasileño del Sistema Único de Salud (SUS), sugiere repase integral e inmediato de la Salud a los estados y municipios, de acuerdo al tamaño de la población, aplicando criterios de equidad y considerando las diferencias regionales en la organización de redes de Salud. Conforme se observa, los estados y municipios están asumiendo mayoritariamente los gastos en relación a la prevención, control y mitigación de la pandemia del Nuevo Coronavirus (COVID-19). En este sentido, es de extrema necesidad el aporte financiero adecuado y suficiente del Ministerio de Salud (MS) para salvar vidas.	https://conselho.saude.gov.br/images/manifesto/MANIFESTO_CNS_CES_REPASSA_JA.pdf
21/05/2020	Recomendación n° 41	Recomienda acciones sobre el uso de las prácticas integrativas y complementarias durante la pandemia COVID-19.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1192-recomendacao-n-041-de-21-de-mayo-de-2020
22/05/2020	Recomendación n° 42	Recomienda la suspensión inmediata de las Orientaciones del Ministerio de Salud para manipulación medicamentosa precoz de pacientes con diagnóstico de COVID-19, como acción de enfrentamiento relacionada a la pandemia del nuevo coronavirus.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1193-recomendacao-n-042-de-22-de-mayo-de-2020
05/06/2020	Recomendación n° 043...	Recomienda al Congreso Nacional derrumbar el veto presidencial al Proyecto de Ley de Conversión de la Medida Provisoria 909/2019.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1214-recomendacao-n-043-de-05-de-junio-de-2020
12/06/2020	Nota Pública	Repudio a retiro de la Nota Técnica n° 016/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS del sitio del Ministerio de Salud que trata la continuidad de los servicios de asistencia a los casos de violencia sexual y aborto legal, y el fortalecimiento de las acciones de planificación sexual y reproductiva, en el contexto de la pandemia COVID-19	http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1223-nota-cns-repudia-retirada-de-documento-tecnico-sobre-saude-sexual-e-reprodutiva-das-mulheres-durante-pandemia-do-site-do-ministerio-de-salud
15/06/2020	Recomendación n° 044	Recomienda al Ministerio de Salud la revocación de la Norma n° 1.325, del 18 de mayo de 2020, que extingue el Servicio de Evaluación y el Acompañamiento Medidas Terapéuticas Aplicables a la Persona con Trastorno Mental en Conflicto con la Ley.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1225-recomendacao-n-044-de-15-de-junho-de-2020
23/06/2020	Recomendación n° 045	Recomienda a la Cámara de Diputados archive el PDL n° 271/2020, que bloquea la aplicación de Normas Técnicas de Ministerio de Salud referente a la salud de la mujer y de las otras medidas.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1225-recomendacao-n-044-de-15-de-junho-de-2020
24/06/2020	Recomendación n° 046	Recomienda a los Consejos de Salud municipales, estatales y del Distrito Federal, la creación de Comisiones Intersectoriales de Alimentación y Nutrición.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1235-recomendacao-n-046-de-24-de-junho-de-2020
24/06/2020	Recomendación n° 047	Recomienda a la Presidencia de la República acciones relativas a los subsidios fiscales de IPI para refrescos y demás bebidas dulces.	http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1236-recomendacao-n-047-de-24-de-junho-de-2020
24/06/2020	Nota Pública	CNS contesta posicionamiento de ANS sobre fila única de camas y pide explicaciones. ANS respondió que teme posibilidad de morosidad de la administración pública sobre contratación de camas privadas. CNS alega contradicción	http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1238-nota-cns-contesta-posicionamento-da-ans-sobre-fila-unica-de-leitos-e-pede-explicacoes

