



DENUNCIA POR VIOLACIONES A LOS DERECHOS A LA VIDA Y LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN BRASIL



Direito Humano à
Saúde na Pandemia



monitoramentos dos
direitos
humanos e Brasil

Fórum Nacional de
Defesa do Direito
Humano à Saúde



Conselho Nacional
de Saúde

Denuncia de violaciones de los derechos a la vida y a la salud en el contexto de la pandemia de la COVID-19 en Brasil



Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). Usted es libre de: [1] compartir - copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; [2] adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material. Usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante. Usted no puede hacer uso del material con propósitos comerciales. Si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original.

Edición: EAB Editora

Diseño gráfico, portada y normalización: Diego Ecker

Maquetación: Diego Ecker y João Moro de Oliveira

Revisión: Araceli Pimentel Godinho e Bianca Damascena

Traducción: Mercedes Valentina Semino

Revisión de Traducción: Angela Spolidoro

Relator

Flavio Luiz Schieck Valente

Asesoría

Jônia Rodrigues de Lima

Colaboración

Armando Antônio de Negri Filho

Benilda Regina Paiva de Brito

Bruno Moretti

Cristian de Oliveira Gamba

Elda Coelho Bussinguer

Euzamara de Carvalho

Luiz Eloy Terena

Maria dos Remédios F. Carvalho Branco

Pedro Rodrigues C. Hallal

Soraia da Rosa Mendes

Apoyo

Enéias da Rosa

Nara Aparecida Peruzzo

Gilnei José Oliveira da Silva

Nilce Cardoso Ferreira

Paulo César Carbonari

Pedro Rafael Vilela Ferreira

Renê Romanssini

Roseane Gomes Dias

Realización

Articulação para o Monitoramento dos Direitos Humanos no Brasil (AMDH)

Fórum Nacional de Defesa do Direito Humano à Saúde

Movimento Nacional de Direitos Humanos (MNDH)

Processo de Articulação e Diálogo Internacional (PAD)

Fórum Ecumênico Act Brasil (FeACT)

Sociedade Maranhense de Direitos Humanos (SMDH)

Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS)

Asociados

Conselho Nacional de Saúde (CNS)

Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH)

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte

Sociedade Maranhense de Direitos Humanos (SMDH)

Denúncia de violaciones de los derechos a la vida y a la salud en el contexto de la pandemia de la Covid-19 en Brasil [recurso electrónico] / Sociedade Maranhense de Direitos Humanos ... [et al.]. – Passo Fundo: Saluz, 2021.

102 p. ; 4,7 MB ; PDF.

ISBN: 978-85-69343-75-2

1. Salud pública. 2. Pandemia del COVID-19. 3. Derecho a la Salud. 4. Derecho a la vida. 5. Violaciones de los Derechos Humanos. 6. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. 7. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. I. Título.

CDD: 614
CDU: 614(81)

Catalogação: Marina Miranda Fagundes - CRB 14/1707

2021

Editora Acadêmica do Brasil - EAB Editora

Rua Senador Pinheiro, 350, Sala 01

99070-220, Passo Fundo, RS

www.eabeditora.com.br

Sumario

Presentación	6
Introducción.....	8
1. El derecho humano a la salud	13
1.1. Marco legal internacional para el derecho humano a la salud	13
1.2. Marco legal nacional para el derecho humano a la salud.....	17
2. El derecho a la vida	19
2.1. Marco legal internacional para el derecho a la vida.....	19
2.2. Marco legal nacional para el derecho a la vida	21
3. Obligaciones del Estado ante la pandemia en relación con los derechos a la salud y a la vida	22
4. Análisis del contexto del derecho humano a la vida considerando la <i>Observación General 36</i> del PIDCP y del derecho humano a la salud en la pandemia bajo la <i>Observación General 14</i> al PIDESC	24
4.1. Violación del derecho a la vida	24
4.1.1. Violación del artículo 6° del PIDCP, párrafos 2° y 3° de la <i>Observación General 36</i> al PIDCP	24
4.1.2. Violación del artículo 6° del PIDCP y el párrafo 3° de la <i>Observación General 36</i> del PIDCP	27
4.1.3. El artículo 6° del PIDCP y párrafo 25 de la <i>Observación General 36</i> al PIDCP: prácticas discriminatorias.....	32
4.1.4. Violación del artículo 6° del PIDCP bajo el párrafo 23 de la <i>Observación General 36</i> al PIDCP	32
4.1.5. Violación del artículo 6° del PIDCP y la obligación de proteger la vida	34
4.1.6. Violación del artículo 6° del PIDCP bajo el párrafo 27 de la <i>Observación General 36</i> al PIDCP	34
4.2. Violación del derecho humano a la salud.....	35
4.2.1. Violación del artículo 12 del PIDESC por omisión, de acuerdo a los párrafos 15, 16 y 17 de la <i>Observación General 14</i> del PIDESC ...	35
4.2.1.1. Caso Manaus.....	36
4.2.1.2. Proyecto piloto y experimentos.....	37
4.2.1.3. Tratamiento ineficaz: uso de cloroquina.....	38
4.2.1.4. Desmantelamiento de políticas de salud	38
4.2.2. Violación del artículo 2° del PIDESC, en conformidad a la <i>Observación General 14</i> en los párrafos 31 y 32, referente a la realización progresiva del derecho a la salud, sin retrocesos	40

4.2.3. Violación del artículo 12 del PIDESC bajo el párrafo 3° de la <i>Observación General</i> 14 al PIDESC.....	43
4.2.3.1. No garantía del derecho humano a la alimentación	43
4.2.3.2. No garantía del derecho a la vivienda	46
4.2.3.3. No garantía del derecho de acceso a información.....	47
4.2.3.4. No garantía de vigilancia en salud.....	49
4.2.4. Violación del artículo 12 del PIDESC en conformidad al párrafo 36 de la <i>Observación General</i> 14 (no vacunación y polución)	50
4.2.4.1. Vacunación	50
4.2.4.2. Polución y envenenamiento por plaguicidas.....	52
4.2.5. Violación del artículo 12.2 (b) del PIDESC (condiciones laborales)..	54
4.2.6. Violación del principio de no discriminación e igualdad de tratamiento.....	55
4.2.6.1. Discriminación de la población afrodescendiente	55
4.2.6.2. Discriminación de género	59
4.2.6.3. Discriminación de los pueblos indígenas.....	60
4.2.6.4. Discriminación de niños, niñas y adolescentes	62
4.2.6.5. Discriminación de la población mayor.....	63
4.2.6.6. Discriminación de las personas con discapacidad	65
4.2.6.7. Discriminación de la población LGBTQIA+	65
4.2.6.8. Discriminación de la población carcelaria	66
4.2.6.9. Discriminación de la población en situación de calle	70
4.2.7. Violación de los principios de accesibilidad y calidad	71
5. Conclusiones de las violaciones verificadas	73
6. Requerimientos y recomendaciones.....	81
7. Requerimientos a las insituciones y organismos internacionales	90
Referencias	92

Presentación

Esta denuncia es una iniciativa conjunta. Está coordinada por la Articulación para el Monitoreo de los Derechos Humanos en Brasil (AMDH), que reúne el Movimiento Nacional de Derechos Humanos (MNDH), el Proceso de Articulación y Diálogo Internacional (PAD) y el Foro Ecuménico Act Brasil (FeAct), en conjunto con el Foro Nacional para la Defensa del Derecho Humano a la Salud. La realización contó con la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La iniciativa encuentra acogida en dos órganos institucionales, el Consejo Nacional de Salud (CNS), y el Consejo Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). Espacios de participación popular y control social de las políticas, también encargados de promover acciones para que situaciones de amenaza o violación de los derechos humanos encuentren adecuada responsabilización.

La raíz que sostiene esa iniciativa es la responsabilidad de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan por los derechos humanos en Brasil. Entienden que son responsables de monitorear las situaciones, documentar y denunciar públicamente las violaciones de derechos humanos, con el fin de buscar su procesamiento por parte de los órganos encargados de monitorear el cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales de derechos humanos. Por lo tanto, buscaron encontrar bases para sostener la denuncia de que el Estado brasileño y el gobierno Bolsonaro, por acción y omisión, violaron los derechos humanos por la manera como enfrentaron la pandemia de la Covid-19, en particular, el derecho a la vida y el derecho a la salud, ambos previstos en los Tratados Internacionales de los que el Estado brasileño es firmante y también expresamente previstos en la Constitución Federal.

El documento muestra que la Covid-19 es un evento que ha tenido impactos significativos en la vida de las poblaciones en general. Sin embargo, este impacto no fue el mismo para todos, una vez que aquellos que se encontraban en condiciones de vida precarias, las vieron empeorar aún más. También muestra que las acciones implementadas bien como las omisiones por parte del gobierno Bolsonaro contribuyeron para agravar aún más el impacto y resultaron en muertes masivas que según varios estudios, aunque presenten diferentes números, muestran que miles de muertes podrían y deberían haber sido evitadas. Si hubiéramos podido salvar una única vida, habría sido muy relevante. ¡Bajo el velo de los derechos humanos no hay violaciones aceptables!

En esta denuncia se demuestra la responsabilidad por las diversas violaciones, analizadas a la luz de las reglas internacionales y nacionales de derechos humanos. Para ello, recupera estas normas con respeto específicamente al derecho a la vida y la salud; apunta las obligaciones del Estado con respeto a estos derechos, particularmente en el contexto de la pandemia, demuestra que hubo violación de los mismos por parte del Estado brasileño y del gobierno Bolsonaro y, por fin, presenta las conclusiones, requerimientos y recomendaciones a las instituciones públicas nacionales y a los organismos internacionales encargados de velar por el cumplimiento y no vulneración de los derechos humanos.

La denuncia será presentada en su totalidad, o en partes específicas, a los órganos del Sistema Global y del Sistema Regional de Derechos Humanos. Junto al Sistema de las Naciones Unidas, será presentada al Consejo de Derechos Humanos (CDH), al Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH), a varios Comités de Tratados, en particular al Comité de Derechos Humanos (CCPR) y al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), además de los procedimientos especiales, a diversas relatorías de derechos humanos. Junto al Sistema Regional será presentada a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH/OEA), como propuesta de seguimiento del Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos en Brasil¹, publicado en marzo de 2021. Para cada uno habrá una solicitud específica, considerando la naturaleza y atribuciones de cada uno de ellos. También se ha entregado una versión preliminar de la denuncia a la Comisión Parlamentaria de Investigación (CPI) de la Pandemia del Senado Federal. Esta denuncia final, también será remitida a los órganos públicos del Poder Legislativo, del Poder Judicial y al Ministerio Público Federal, para aportar información a iniciativas que sean de competencia de cada uno de ellos.

El espíritu que mueve esta acción, es el de justicia. Es inaceptable que vidas humanas, en un contexto tan impactante como el de la Covid-19, hayan sido maltratadas y perdidas, hayan sido violadas y sus derechos vulnerados por quienes deberían, por responsabilidad constitucional y por los compromisos internacionales del Estado brasileño en materia de derechos humanos, haber sido agente de su cuidado, promoción y protección.

Las organizaciones responsables de su presentación también se ponen al lado de las víctimas de la pandemia, quienes, por falta de la atención necesaria a sus derechos, fallecieron o quedaron con graves secuelas. Se suman al esfuerzo por construir una justicia testimonial y la reparación necesaria. Los autores de las violaciones deben ser responsabilizados, pero también es necesario señalar a quienes se han beneficiado de las violaciones, hacer memoria y reparación a las víctimas que las sufrieron y que continúan sufriendolas.

Los organismos promotores agradecen a los/as investigadores/as que colaboraron en la búsqueda de información, subsidios, demostraciones y argumentos y a quienes dieron forma al texto que aquí se presenta. También agradecen a las diversas organizaciones sociales que se unieron para construir esta denuncia, en particular, al Consejo Nacional de Salud (CNS), por su confianza y apoyo necesario para su realización, y al Consejo Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), que se unió a esta alianza.

Brasília, octubre de 2021.

Articulação para o Monitoramento dos Direitos Humanos no Brasil (AMDH)
Fórum Nacional de Defesa do Direito Humano à Saúde
Movimento Nacional de Direitos Humanos (MNDH)
Processo de Articulação e Diálogo Internacional (PAD)
Fórum Ecumênico Act Brasil (FeACT)
Sociedade Maranhense de Direitos Humanos (SMDH)
Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)

En alianza con
Conselho Nacional de Saúde (CNS)
Conselho Nacional dos Direitos Humanos (CNDH)

1 Para acceder al documento: <https://www.oas.org/pt/cidh/relatorios/pdfs/Brasil2021-pt.pdf>.

Introducción

El propósito de esta denuncia² es atender el clamor de millones de familias brasileñas que ven su dignidad agredida como resultado de actos de acción y omisión del Estado y Gobierno brasileños, en la lucha contra la pandemia de la Covid-19, que resultó, según una investigación, aunque existan divergencias en metodologías, en una mortalidad cuatro a cinco veces superior al promedio mundial. Está dirigida a los Sistemas Regional y Global de Derechos Humanos.

Los datos citados indican “que aproximadamente cuatro de cada cinco muertes causadas por Covid-19 podrían haberse evitado si el país estuviera en el promedio mundial en la manera de enfrentamiento a la pandemia”. Esto, en base a los datos recopilados hasta el 10 de octubre de 2021, representa **un total estimado de 480.340 muertes que podrían haberse evitado**, así como el sufrimiento de millones de familiares, en particular los cientos de miles de huérfanos y millones de personas con secuelas de la enfermedad que tendrán que hacer frente a las consecuencias de la desestructuración de sus familias y vidas.

Otro estudio (IMPERIAL COLLEGE, 2021) profundiza el análisis del exceso de muertes y concluye que la mitad de las muertes por Covid-19 en el sistema de salud, podrían haberse evitado si hubiese condiciones adecuadas de atención, provisión de equipos, insumos y capacitación personal garantizados. Al mismo tiempo, el estudio destaca que se identifican grandes desigualdades geográficas y deficiencias en la atención básica del sistema de salud que están, por su vez, directamente asociadas con los cortes a que ha sido expuesto el sistema de salud por la política de austeridad fiscal.

Esta denuncia hace un análisis cuidadoso y exhaustivo de la actuación de las autoridades sanitarias directamente responsables por la gestión del enfrentamiento a la Covid-19, así como de las autoridades que colaboraron directa o indirectamente para que la magnitud de la tragedia llegara al punto que alcanzó, identificando las múltiples

2 El relator de este documento es Flavio Luiz Schieck Valente, médico, Máster en Salud Pública por Harvard School of Public Health. Ha trabajado en y con el Derecho Humano a una Alimentación y Nutrición Adecuadas durante cuarenta años, tanto a nivel nacional como internacional. Miembro de la World Alliance for Nutrition and Human Rights. Secretario General de la FIAN Internacional de 2007 a 2015. Es co-coordinador del Centro de Ciencia y Tecnología para la Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional y el Derecho Humano a la Alimentación y la Nutrición – Nordeste (CSIGDHANA-NE). Desde 2019, es profesor asociado en el Departamento de Estudios de Nutrición y Alimentos de la Universidad de Syracuse EUA (2019-), y Fellow honorario en el Centro de Resiliencia, Agua y Agroecología de la Universidad de Coventry, Reino Unido. La obra fue asesorada directamente por Jônia Rodrigues de Lima, mestra y doctoranda en ciencias sociales por la Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), coordinadora del Instituto de Derechos Humanos y Económicos, Social, Cultural y Ambiental (Idhesca) y miembro del consejo nacional del Movimiento Nacional de Derechos Humanos (MNDH), ha trabajado durante más de 15 años con los derechos humanos, especialmente en el seguimiento de casos de violaciones de derechos humanos. Investigadores colaboradores: Armando de Negri, Benilda Britto, Bruno Moretti, Cristian Gamba, Eloy Terena, Euzamara de Carvalho, Maria do Renédios Freitas Carvalho Branco, Pedro Hallal, Soraia Mendes e Edla Bussinger. El documento también contó con el apoyo de Gilnei Oliveira da Silva y Roseane Dias. Apoyo de Nara Aparecida Peruzzo, Paulo César Carbonari, Eneias da Rosa.

violaciones de los derechos a la salud y la vida, y los derechos humanos correlacionados de millones de seres humanos, por parte del Estado brasileño, claramente bajo el mando del Presidente de la República.

Existe una fuerte evidencia de que el proceso se desarrolla en un contexto de retroceso planificado en el área de salud y creciente desprotección, con una postura de negación de derechos. Busca, intencional y sistemáticamente, deconstruir la garantía constitucional del derecho humano a la salud, que establece la universalidad del Sistema Único de Salud (SUS), debidamente regulado e institucionalizado.

Existe evidencia concluyente y científica de que la evolución de la pandemia a nivel internacional y nacional denotaba el altísimo grado de infectividad del virus y la rápida expansión de la pandemia y que era evidente el riesgo de colapso del sistema de salud, en particular de las unidades de cuidados intensivos, si no se adoptaban medidas severas de distanciamiento social, uso de mascarillas, uso de alcohol en gel, agua y jabón neutro. Existe evidencia de que el Estado brasileño, liderado por el Poder Ejecutivo, en la figura del presidente Jair Bolsonaro, tuvo a su disposición la información y los recursos necesarios para adoptar una postura de gobierno anticipatoria y tomar todas las medidas para contener en lo posible la propagación de la pandemia, reduciendo la mortalidad. Contrariamente a lo esperado, el Gobierno Federal, bajo el liderazgo explícito del presidente de la República, no solo ignoró la evidencia generada por lo que estaba sucediendo en otros países, no adoptando las medidas necesarias, sino que también comenzó a cuestionar, impugnar y criticar públicamente la información producida por la comunidad científica nacional e internacional, avalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El presidente impartió una verdadera campaña de desinformación, caracterizando erróneamente la pandemia como una “pequeña gripe”, el uso de la mascarilla como algo para “cobardes” y, peyorativamente, algo para “maricones”, además de haber promovido el uso de medicamentos ineficaces como la principal acción de enfrentamiento.

El presidente entró en colisión con su propio ministro de Salud, quien incluso trató de liderar un proceso nacional coordinado para combatir la pandemia, trabajando en articulación con los secretarios de Estado de Salud, lo que desencadenó una verdadera guerra mediática entre el ministro y el presidente. A cada orientación del Ministro de Salud, en sus ruedas de prensa diarias, el presidente se le opuso en sus comunicaciones, a través de sus redes sociales, cuestionando la vigencia del distanciamiento social, el uso de la mascarilla, la veracidad de la gravedad de la enfermedad, entre otros aspectos.

El mandatario, al mismo tiempo, ha llevado a cabo una campaña abierta a favor del uso del fármaco hidroxiclороquina para el tratamiento del virus, en contra de las orientaciones del Ministerio de Salud, de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa) y de la comunidad científica internacional. Aún más, ordenó que la droga fuera producida en grande escala por los laboratorios públicos y, posteriormente, por el Ejército brasileño, con el objetivo de distribuirla a través del SUS.

Esta duplicidad en la conducción del enfrentamiento a la pandemia ha generado un alto grado de desinformación entre la población brasileña, lo que ha llevado a una baja adherencia por parte de algunos sectores de la población a las orientaciones de

las autoridades del área de la salud. Un estudio³ realizado por el Instituto de Educación e Investigación (Insper), el Instituto Brasileño de Mercado de Capitales (Ibmec) y la Universidad de Toronto muestra que los municipios que votaron, en la segunda vuelta en 2018, preferencialmente por el presidente Bolsonaro (60% o más votos), tuvieron una tasa de mortalidad significativamente más alta (3,4 veces más alta) que aquellos que mayoritariamente (menos del 10% de los votos) votaron por el otro candidato. Esto indica que la postura presidencial influyó fuertemente en la opinión pública, induciendo a la población a poner en riesgo su propia salud, por creer en la desinformación propagada por el presidente del país, y muchos terminaron pagando con su propia vida o la de sus familiares.

Ante la creciente oposición de los gobernadores, aproximadamente un mes después del primer caso Covid-19, el mandatario decidió cambiar al mencionado ministro, eligiendo uno que estuviera alineado con sus opiniones. El acuerdo de ideas entre el presidente y el nuevo ministro no duró mucho, y este optó por renunciar al cargo de ministro. Por lo tanto, pasados casi dos meses del primer caso de coronavirus, se habían nombrado y destituido dos ministros, lo que dificultaba el establecimiento de una estrategia coordinada y coherente para combatir la pandemia.

La opción del presidente en este momento crítico fue, en lugar de nombrar un nuevo técnico en el área de salud, nombrar a un militar para dirigir el Ministerio. En la práctica, a partir de entonces, el Ministerio de Salud se retiró objetivamente de la coordinación nacional del enfrentamiento a la pandemia. Vieira (2020) analiza que la decisión de salir de la coordinación nacional de enfrentamiento a la pandemia no puede atribuirse a la falta de mecanismos de coordinación entre los diferentes niveles de acción del SUS – porque ellos existen –, tampoco a iniciativas al respeto por parte de otras entidades federadas, pero lo que se observó fue

[...] el debilitamiento intencional de estos instrumentos por parte del Gobierno Federal. A continuación, se presenta un análisis más detallado de las irregularidades observadas en el manejo federal de la pandemia, incluyendo alguna información de las investigaciones de la Comisión Parlamentaria de Investigación (CPI) respecto al retraso en la compra de la vacuna, el desinterés en la compra de inmunizadores, boicot al programa de inmunización desarrollado por Butantã, entre otros.

Cabe mencionar el cierre, sin justificación técnica, del estudio epidemiológico (Epi-Covid19) que monitoreó la evolución de la pandemia en el país (HALLAL *et al.*, 2020).

Importante dedicar especial atención al daño generado a grupos particularmente vulnerables, como profesionales de la salud, pueblos indígenas, pueblos y comunidades tradicionales, ancianos, mujeres (en particular mujeres negras), afrodescendientes (en especial los “quilombolas”), gays, lesbianas, trans, personas en situación de calle, comunidades urbanas en situación de vulnerabilidad, trabajadores rurales, población carcelaria, entre otros.

3 Disponible en www.poder360.com.br/coronavirus/cidades-em-que-bolsonaro-venceu-em-2018-tem-mais-mortes-por-covid-diz-estudo. Consultado en: 15 de octubre, 2021.

La discriminación estructural como práctica gubernamental, ha sido indiscutiblemente la nota clave del Gobierno Federal bajo el liderazgo del presidente Bolsonaro, desde su campaña electoral, ha dejado claro su desprecio por los derechos humanos y derechos constitucionales de las mujeres, pueblos indígenas, “quilombolas”, afrodescendientes, poblaciones y comunidades tradicionales, gays, lesbianas, trans, entre otras. Durante la pandemia, ha aprovechado la oportunidad para intensificar su apoyo a la invasión de tierras indígenas y tradicionales por parte de ocupantes ilegales de tierras, madereros, mineros y agroindustrias, incluido el uso de la violencia armada⁴. Este apoyo ayudó a hacer de 2020 el año con la mayor tasa de conflictos rurales en la historia reciente de Brasil y el absurdo aumento de los desahucios judiciales de agricultores familiares de sus posesiones consolidadas y pueblos indígenas de sus tierras durante la pandemia, según el Informe de “*Conflitos no Campo*” de la Comissão Pastoral da Terra (CPT). Esto para no hablar de la destrucción de cultivos alimentarios debido al uso de pesticidas, como denunciaron los agricultores familiares de Mata Sul de Pernambuco en una videoconferencia con el relator especial de la ONU para sustancias tóxicas⁵, Marcos Orellana, en momentos en que el hambre se propaga por el país⁶.

La actitud del Estado brasileño frente a la pandemia se encaja en lo que Fricker (2007) denomina “injusticia epistémica”, que se compone de injusticia testimonial e injusticia hermenéutica. La primera se caracteriza por la postura del Gobierno Federal de desconocer el sufrimiento expresado por las personas afectadas, descalificarlas, de manera discriminatoria y sistémica, y negarles el derecho de habla; la segunda, por la práctica de la difusión sistemática de la desinformación (FRICKER, 2007). Estos dos elementos están fuertemente presentes en las prácticas no solo del primer representante, así como en otros componentes del primer y segundo nivel del Gobierno Federal.

Este denuncia también busca identificar quiénes son los posibles beneficiarios de estos comportamientos e iniciativas, a partir del análisis de la documentación disponible y testimonios de diferentes actores sociales, pues entendemos que es fundamental ir más allá de una mera descripción de las violaciones cometidas y buscar comprender cómo tales violaciones reflejan procesos sociales, con una intencionalidad intrínseca, que potencialmente va a generar y perpetuar violaciones aún más graves, de manera sistémica y estructural. Identificamos, bajo análisis del caso, que la desastrosa conducción de la pandemia es parte de una estrategia programada de desasistencia a la salud, asociada a la desestructuración del Sistema Único de Salud e insertada en una estrategia más amplia de desmanche de la Protección Social y de miseria planeada (MARKS, 2011). Es fundamental, a la vez, identificar a los beneficiarios de este proceso sea a nivel nacional o internacional, para que el absurdo sufrimiento infligido a la población brasileña no

4 Governo faz propaganda de homem armado no dia do agricultor. Disponible en: www.otempo.com.br/politica/governo-faz-propaganda-de-homem-rural-armado-no-dia-do-agricultor-1.2519181. Consultado el: 17 set. 2021.

5 ONU investiga uso de agrotóxicos como arma en conflitos territoriais da Mata Sul. Disponible en: www.brasildefatope.com.br/2021/09/10/onu-investiga-uso-de-agrotoxicos-como-arma-em-conflitos-territoriais-da-mata-sul. Consultado el: 15 out. 2021.

6 “A gente tem vivido o terror”: veneno, tiros e prisões contra camponeses na Mata Sul na massa falida da Usina Frei Caneca. 8 comunidades denunciam ameaças diárias de jagunços da Agropecuária Mata Sul Ltda. Disponible en: www.brasildefatope.com.br/2021/05/13/a-gente-tem-vivido-o-terror-veneno-tiros-e-prisoas-contra-camponeses-na-mata-sul. Consultado el: 15 out. 2021

se naturalice y los responsables – públicos o privados – sean llamados a hacer frente y pagar por sus abusos y crímenes ante la comunidad internacional y la sociedad brasileña.

Ya es hora de que la sociedad humana planetaria reafirme los valores que anclan el sistema internacional de derechos humanos en la arquitectura política internacional: la dignidad humana, todos somos humanos. Es fundamental, establecer la soberanía efectiva de los pueblos sobre sus territorios y recursos naturales y sobre el proceso político, económico, social y ambiental a nivel nacional e internacional.

Un primer paso para eso sería completar el proceso de redacción del tratado internacional de derechos humanos que regula la actividad de las empresas multinacionales, actualmente en discusión en el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (ONU). El segundo paso sería el reconocimiento del marco legal de derechos humanos revisado como el paraguas protector de todos los demás marcos legales, que deberían ser subsidiarios a las obligaciones de respetar, proteger, promover y garantizar los derechos humanos de todos los habitantes del planeta, en armonía con la naturaleza.

Por lo tanto, esta denuncia analiza el incumplimiento del marco legal que garantiza el derecho a la salud, que “es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o afección” (OMS). Este incumplimiento legal impide la plena realización de la dignidad humana necesaria para garantizar el derecho a la vida, especialmente durante el período de la pandemia de la Covid-19.

1. El derecho humano a la salud

La primera mención a la salud como derecho humano a nivel internacional se produce en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 1946, que consagra la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones y enfermedades”, agregando que “el goce del máximo grado de salud que se pueda alcanzar, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS, 2014). Posteriormente, varias normas internacionales incorporan el derecho a la salud, ya que está formalmente reconocido como un derecho humano, destinado a la preservación de la vida y la dignidad humanas.

Así, los gobiernos tienen la obligación de respetar, proteger y cumplir (facilitar, promover y garantizar) el derecho a la salud, previniendo su violación y creando políticas, estructuras y recursos que lo promuevan y fortalezcan. Los gobiernos también tienen la obligación de ofrecer servicios sociales y de salud, y promover la salud respetando los derechos humanos.

En el contexto brasileño, el respeto y la protección del derecho a la salud son obligaciones legales desde los hitos del movimiento de Reforma Sanitaria, reflejado en la creación del Sistema Único de Salud (SUS) y por la Constitución Federal de 1988. La dignidad humana y los derechos fundamentales, incluida la salud, forman los principios constitucionales que encarnan las demandas de justicia y valores éticos. Por lo tanto, estos valores están dotados de una fuerza especial que se extiende por todo el universo constitucional y sirve como criterio para interpretar todas las normas del ordenamiento jurídico nacional (PIOVESAN, 2008).

1.1. Marco legal internacional para el derecho humano a la salud

La idea del derecho a la salud aparece en la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (1948),⁷ en su artículo 25:

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad

7 Todos estos instrumentos internacionales aquí indicados y referidos a continuación se encuentran disponibles en www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/UniversalHumanRightsInstruments.aspx. Para los de OEA ver www.oas.org/dil/esp/tratados_b-32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm. Ambos consultados en: 10 sep. 2021.

El *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (1966)⁸, en su artículo 12, garantiza el derecho a la salud, como derecho humano, entre los derechos sociales:

1. Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Parte en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la morbilidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento de todos los aspectos de la higiene del trabajo y de medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Además, el derecho a la salud está reconocido, entre otros, en el artículo 5 de la *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial* (1965); artículos 11.1 y 12 de la *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* (1979); en el artículo 24 de la *Convención sobre los Derechos del Niño* (1989); en la *Declaración y Programa de Acción de Viena*, de la II Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993); y en otros instrumentos internacionales.

Varios instrumentos regionales de derechos humanos también reconocen el derecho a la salud, como la Carta Social Europea (1961) en su versión revisada (artículo 11) y la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981) (artículo 16). Con respecto a la región de las Américas, la *Convención Americana sobre Derechos Humanos* (CADH) (1969), de San José de Costa Rica, vigente desde el 18 de julio de 1978, tiene como objetivo la consolidación de la libertad y la justicia social en el Continente Americano, con el respeto de los derechos humanos esenciales. Para dar cumplimiento a lo que dice la CADH, los Estados Partes acordaron un Protocolo Adicional, el *Protocolo de San Salvador*, de 1988. El art. 10 del Protocolo reafirma que todas las personas tienen derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Así, los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y, entre otros puntos, especialmente la atención primaria de salud disponible para todas las personas y familias de la comunidad; inmunización completa contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y tratamiento de enfermedades endémicas, ocupacionales y de otro tipo; atender las necesidades de salud de los colectivos de mayor riesgo y que, por su situación de pobreza, son más vulnerables.

La CADH, también conocida como *Pacto de San José de Costa Rica*, en su artículo 26, establece el principio de progresividad y prohíbe la regresión en materia de derechos económicos, sociales y culturales, incluido el derecho a la salud. La Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA) elaboró un estudio titulado “*Indicadores de progreso para la medición de derechos bajo el Protocolo de San Salvador de*

8 Ratificado en Brasil por el Decreto n. 591 de 6 de julio de 1992.

1978”, cuyo principal objetivo es apoyar acciones para medir el cumplimiento progresivo de las condiciones económicas y sociales contenidas en el Protocolo de San Salvador.

En la *Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migrantes y de sus Familiares* (1990), artículos 28, 43e y 45c, también podemos encontrar la garantía del derecho humano social a la salud.

La *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (2006), en su artículo 25, prevé la protección del derecho a la salud. La *Declaración Final de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*⁹, celebrada en la ciudad de Alma-Ata (ahora Kazajstán), en 1978, impulsada por la OMS, confirma el papel decisivo de la atención primaria de salud, que se centra en los principales problemas de salud de las comunidades y proporciona servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para hacer frente a estos problemas (artículo VII). En él, se destaca que el acceso a la atención primaria de salud es la clave para lograr un nivel de salud que permita a todas las personas llevar una vida social y económicamente productiva (artículo V) y contribuir al disfrute del más alto nivel de salud posible. El *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* se refiere a esta idea con una declaración más clara y directa: “Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

La *Declaración de Alma-Ata* (1978)¹⁰ describe el derecho a la salud de la siguiente manera:

La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención y muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

El concepto del derecho a la salud está mejor definido y sistematizado por el *Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* en su *Observación General 14* al artículo 12 del PIDESC (E/C.12/2000/4)¹¹, que interpreta el derecho a la salud como un derecho que abarca la atención médica adecuada y los determinantes de la salud, como el acceso a agua limpia y potable, condiciones sanitarias adecuadas, suministro adecuado de alimentos saludables junto con una nutrición adecuada y vivienda adecuada, condiciones de trabajo y medio ambiente saludables, acceso a la educación e información sobre salud, cuestiones relacionadas e incluida la salud sexual, reproductiva y mental. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de toma de decisiones sobre temas relacionados con la salud a nivel comunitario, nacional e internacional. El derecho a la salud, en todas sus formas y en todos los niveles, comprende elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un Estado Parte en particular.

9 Disponible en https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Consultado en: 10 sep. 2021.

10 Disponible en: www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf. Consultado en: 20 oct. 2021.

11 Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en. Consultado en: 10 sep. 2021.

La accesibilidad tiene algunos factores importantes: (i) no discriminación: las instalaciones, bienes y servicios de salud deben ser accesibles para todos, especialmente los sectores más vulnerables y marginados de la población, como pueblos indígenas, comunidades afrodescendientes, pueblos y comunidades tradicionales, sin discriminación por cualquiera de las razones; (ii) accesibilidad física: las instalaciones, bienes y servicios de salud deben estar dentro de un alcance geográfico seguro de toda la población, especialmente los grupos vulnerables o marginados, como minorías étnicas y poblaciones indígenas, mujeres, niños, adolescentes, ancianos, personas con discapacidad y personas con VIH; la accesibilidad, también implica que los servicios médicos y los determinantes básicos de salud, como el agua limpia y potable y los servicios de saneamiento adecuados, se encuentran dentro de una distancia geográfica segura y razonable, incluso en las zonas rurales; además, acceso adecuado para personas con discapacidad; (iii) asequibilidad: las instalaciones, los bienes y los servicios de salud, deben estar al alcance de todas las personas, por lo que los pagos de los mismos, así como los relacionados con los determinantes básicos de la salud, como el agua y el saneamiento, deben basarse en el principio de equidad, a fin de garantizar que estos servicios, públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los que pertenecen a grupos socialmente desfavorecidos; la equidad requiere que no se coloque una carga desproporcionada sobre los hogares más pobres, en términos de gasto en salud, en comparación con los hogares más ricos; (iv) acceso a la información: incluye el derecho a solicitar, recibir y difundir información y ideas; sin embargo, no debe comprometer el derecho a que los datos personales relacionados con la salud sean tratados de forma confidencial.

Con respecto al tema de la aceptabilidad, todos los establecimientos, bienes y servicios de salud, deben respetar la ética médica y la cultura de las personas, minorías, pueblos y comunidades, sensibles a los requisitos de género y ciclo de vida, así como cómo estar diseñados para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas afectadas.

En cuanto a la calidad en el contexto del derecho a la salud, debe ser adecuada desde el punto de vista científico y médico. Esto requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipos hospitalarios científicamente aprobados, agua potable y limpia, condiciones sanitarias adecuadas.

También es importante resaltar que el artículo 12 del PIDESC destaca la necesidad de “la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños”, lo que puede entenderse, en el sentido de que es necesario adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, la atención de la salud sexual y reproductiva, incluido el acceso a la planificación familiar, la atención pre y posparto, los servicios obstétricos de emergencia y el acceso a la información, así como los recursos necesarios para actuar sobre esa información.

La *Observación General* 14, en su párrafo 15, abarca el derecho a la higiene en el trabajo y en el medio ambiente, expresado a través del “mejoramiento de todos los aspectos de la higiene ambiental y la higiene industrial”, incluida, en particular, la adopción de medidas preventivas, con respecto a los accidentes y enfermedades profesionales.

Además, la higiene industrial tiene como objetivo minimizar las causas de los riesgos para la salud derivados del entorno laboral.

Asimismo, el citado documento define la profilaxis, tratamiento y control de enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y otras, requiriendo el establecimiento de programas de prevención y educación para abordar temas de salud, como las enfermedades de transmisión sexual, en el VIH/SIDA en particular, y aquellas que afectan negativamente la salud sexual y reproductiva, así como la promoción de los determinantes sociales de la buena salud, como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género.

El derecho al tratamiento incluye la creación de un sistema de atención médica urgente en caso de accidentes, epidemias y riesgos para la salud similares, así como la prestación de socorro en caso de accidentes y ayuda humanitaria en situaciones de emergencia. El control de enfermedades se refiere, a los esfuerzos individuales y colectivos de los Estados para disponer, entre otras cosas, las tecnologías pertinentes, el uso y la mejora de la vigilancia epidemiológica, la recopilación de datos dispersos, la implementación o mejora de programas de inmunización y otras estrategias de control de enfermedades infecciosas.

También es fundamental destacar el *Reglamento Sanitario Internacional (RSI)*, instrumento jurídico internacional vinculante para 196 países de todo el mundo, que incluye a todos los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El RSI entró en vigor el 15 de junio de 2007 y requiere que los países notifiquen a la OMS sobre ciertos brotes de enfermedades y eventos de salud pública. Basándose en la experiencia única de la OMS en la vigilancia, alerta y respuesta de enfermedades a nivel mundial, el RSI define los derechos y obligaciones de los países de informar sobre eventos de salud pública y establece una serie de procedimientos que la OMS debe seguir en su trabajo para defender la seguridad pública mundial.

1.2. Marco legal nacional para el derecho humano a la salud

Vinculando el derecho a la salud con los principios fundamentales de la Constitución Federal (CF) de 1988, Piovesan (2008) destaca que el artículo 1º inaugura en el texto constitucional, en su punto III, la dignidad de la persona humana como fundamento del Estado Democrático de Derecho, que tiene como principal objetivo la construcción de una sociedad libre, justa y solidaria, en cumplimiento del inciso I del artículo 3º. En sus relaciones internacionales y en consonancia con los Tratados de los que Brasil es firmante, el artículo 4º, II de la CF 1988 también se compromete con la observancia de los derechos humanos. Al inaugurar el título referido a los derechos y garantías fundamentales, el artículo 5º, caput, asegura expresamente la inviolabilidad del derecho a la vida que, además, tiene su protección reforzada al convertirse en cláusula permanente, según lo previsto en el artículo 60, párrafo 4, IV. Del derecho a la vida y la protección de la dignidad humana se deriva, ciertamente, entre otros, el derecho a la salud, insertado en el capítulo sobre el orden social y con disposición central en el artículo 196 de la CF 1988.

La consagración del derecho a la salud se expresa en el artículo 6° de la Carta Política, *verba legis*: “Son derechos sociales la educación, la salud, la alimentación, el trabajo, la vivienda, el ocio, la seguridad, la protección social, la protección de la maternidad e infancia, asistencia a los vulnerables, en la forma de esta Constitución”.

La Constitución, en su artículo 196, dispone también que “La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado a través de políticas sociales y económicas orientadas a reducir el riesgo de enfermedades y otros problemas de salud, y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación”. Esta lectura es el resultado de la lucha del Movimiento de Reforma en Salud, que celebró, en 1986, la 8° Conferencia Nacional de Salud, en la que, por primera vez en la historia del país, se contó con la participación de la sociedad civil organizada en el proceso de construcción de una propuesta para la salud en Brasil con base en normas internacionales.

En consecuencia, en el artículo 197 de la CF 1988 se dispuso que la salud es un servicio de relevancia pública, por ser indispensable para el mantenimiento de la vida; y en el artículo 198, inciso II, se dispuso que las acciones y servicios públicos relacionados con la salud deben ser atendidos integralmente, priorizando las actividades preventivas, sin perjuicio de los servicios asistenciales.

La Ley Federal n. 8.080/1990, Ley Orgánica de la Salud, establece el Sistema Único de Salud (SUS), guiado por los principios de equidad, universalidad e integralidad. Desde entonces, el SUS viene contribuyendo al aumento de la expectativa de vida y ha mostrado grandes avances en las campañas de vacunación, en la lucha contra el VIH/SIDA, en la descentralización de la atención primaria y en las campañas de prevención.

Es importante enfatizar la Enmienda Constitucional n. 29, de 13 de septiembre de 2000, que adiciona el párrafo 2° al artículo 198 de la CF 1988, estableció la aplicación anual obligatoria, por parte de la Unión, los Estados, el Distrito Federal y los Municipios, de recursos mínimos en las acciones y servicios de salud pública para la viabilidad del derecho a la salud en el país.

Otro hito importante en el derecho a la salud es la *Carta de Derechos de los Usuarios de la Salud*, aprobada por el Consejo Nacional de Salud (CNS) en su 198ª Reunión Ordinaria, celebrada el 17 de junio de 2009. El documento, que se basa en seis principios fundamentales de la ciudadanía, se caracteriza por ser una herramienta importante para que la ciudadanía conozca sus derechos y deberes en la búsqueda de atención de salud, tanto pública como privada: 1. Todo ciudadano tiene derecho al acceso ordenado y organizado a los sistemas de salud; 2. Todo ciudadano tiene derecho a un tratamiento adecuado y eficaz para su problema; 3. Todo ciudadano tiene derecho a una atención humanizada, acogedora y libre de toda discriminación; 4. Todo ciudadano tiene derecho a una atención que respete su persona, sus valores y sus derechos; 5. Todo ciudadano también tiene la responsabilidad de que su tratamiento se lleve a cabo adecuadamente; 6. Todo ciudadano tiene derecho al compromiso de los gestores sanitarios para que se cumplan los principios anteriores.

2. El derecho a la vida

El derecho a la vida es el principal derecho garantizado a todas las personas; es el bien más importante del ser humano, ya que no tendría sentido declarar ningún otro bien si, de antemano, no se asegurara el derecho mismo a estar vivo para disfrutarlo. En otras palabras, el derecho a la vida es un requisito previo para la existencia humana y ejercicio de todos los demás derechos y libertades previstos en los tratados internacionales de derechos humanos y en la Constitución Federal.

2.1. Marco legal internacional para el derecho a la vida

La *Declaración Universal de Derechos Humanos*, firmada en París el 10 de diciembre de 1948, establece en su artículo III que “Toda persona tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personal”.

El *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* (1966)¹², en su artículo 6º, determina que “El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente”.

A su vez, la *Convención Americana sobre Derechos Humanos*, de 22 de noviembre de 1969, establece, en el artículo 4º, párrafo 1º, que “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente”.

La *Observación General 36*¹³ al artículo 6º del *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* (PIDCP), adoptada por el Comité de Derechos Humanos de la ONU en 2018, reemplaza las *Observaciones Generales* anteriores de n. 6 (16ª sesión) y 14 (23ª sesión). Además, aclara que el artículo 6º del PIDCP establece que “El derecho a la vida no se debería interpretar en sentido restrictivo. Es el derecho a no ser objeto de acciones u omisiones que causen o puedan causar una muerte no natural o prematura y a disfrutar de una vida digna”. El artículo 6º garantiza el derecho a la vida de todos los seres humanos, sin distinción de ningún tipo, incluidos los sospechosos o condenados incluso por los delitos más graves.

Asimismo, la *Observación General 36* establece que el artículo 6º del *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* establece que nadie será privado arbitrariamente de su vida y que el derecho estará protegido por la ley. Asegura las bases de la obligación de los Estados Parte, de respetar y garantizar el derecho a la vida, de realizarlo a través de medidas legislativas y de otra índole, así como de proporcionar recursos y reparación

12 Ratificado en Brasil por el Decreto n. 592, del 6 de julio de 1992.

13 *Comentario General* n. 36 disponible en: <https://www.ohchr.org/en/hrbodies/ccpr/pages/ccprindex.aspx>. Consultado en: 10 sep. 2021.

efectiva a todas las víctimas de violaciones del derecho a la vida. El artículo 6° también define que la privación de la vida implica daño o lesión intencional o predecible y evitable causado por un acto u omisión. La obligación de los Estados Parte de respetar y garantizar el derecho a la vida se extiende a amenazas razonablemente previsibles y situaciones que amenazan la vida, y que pueden o no resultar en la muerte. Según el párrafo 7° de la *Observación General* 36, “los Estados Parte pueden haber incurrido en una violación del artículo 6, incluso si esas amenazas y situaciones no dan lugar a la pérdida de vidas”.

En el párrafo 26, la *Observación General* 36 establece que los Estados deben tomar las medidas adecuadas para abordar las condiciones generales de la sociedad, que pueden generar amenazas directas a la vida, o impedir que las personas disfruten de su derecho a la vida con dignidad. Estas condiciones generales pueden incluir altos niveles de violencia criminal y armada, accidentes industriales, degradación ambiental, privación de tierras, territorios y recursos de los pueblos indígenas, prevalencia de enfermedades potencialmente mortales, hambre, desnutrición generalizada, pobreza extrema y personas en situación de calle. Las medidas necesarias que puedan proveer las condiciones adecuadas para proteger el derecho a la vida incluyen aquellas destinadas a garantizar el acceso a bienes y servicios esenciales, como alimentos, agua, refugio, atención médica, electricidad y saneamiento; además de otras medidas diseñadas para promover y facilitar condiciones generales adecuadas, como el apoyo a servicios de salud de emergencia efectivos, operaciones de respuesta de emergencia (incluidos bomberos, ambulancias y fuerzas policiales) y programas de vivienda social. Además, deben desarrollar planes de contingencia y planes de gestión de desastres, diseñados para aumentar la preparación y abordar los desastres naturales y los provocados por el hombre, que puedan afectar negativamente el disfrutar del derecho a la vida.

Es importante destacar, en el contexto del marco jurídico internacional del derecho a la vida, el contenido descrito en el artículo 7° del Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional y que se refiere a los crímenes de lesa humanidad. La lista de delitos incluye (a) asesinatos; (b) exterminio; (c) esclavitud; (d) deportación o traslado forzoso de población; (e) encarcelamiento u **otra privación grave de la libertad física en violación de normas fundamentales de derecho internacional**; (f) tortura; (g) violación, esclavitud sexual, prostitución forzada, embarazo forzado, esterilización forzada o cualquier otra forma de violencia sexual de gravedad comparable; (h) **persecución de un grupo o colectividad con identidad propia fundada en motivos políticos, raciales, nacionales, étnicos, culturales, religiosos, de género definido en el párrafo 3, u otros motivos universalmente reconocidos e inaceptables por el derecho internacional**, en conexión con cualquier acto mencionado en el presente párrafo o con cualquier crimen de la competencia de la Corte; (i) desaparición forzada de personas; (j) el crimen de apartheid; (k) otros actos inhumanos de carácter similar que causen intencionalmente grandes sufrimientos o atenten gravemente contra la integridad física o la salud mental o física¹⁴.

14 Disponible en: [www.un.org/spanish/law/icc/statute/spanish/rome_statute\(s\).pdf](http://www.un.org/spanish/law/icc/statute/spanish/rome_statute(s).pdf). Consultado en: 10 sep. 2021.

2.2. Marco legal nacional para el derecho a la vida

En el sistema legal brasileño, siguiendo los ideales y las normas internacionales de derechos humanos, el bien más grande es la vida. El derecho a la vida en Brasil está explícitamente garantizado en el texto constitucional, que establece en su artículo 5º de la CF 1998: “Todos son iguales ante la ley, sin distinción de ningún tipo, garantizando a los brasileños y extranjeros residentes en el país la inviolabilidad del derecho a la vida, a la libertad, a la igualdad, a la seguridad y a la propiedad”.

Así, el derecho a la vida reúne dos dimensiones: el derecho a la defensa y el deber de protección. En el ámbito de la defensa, se impone el derecho a la vida a las autoridades públicas y otras personas para no lesionar este bien jurídico. Por otro lado, el deber de proteger a la vida se impone al Estado, el cual es el responsable de tomar las medidas oportunas para garantizar la protección de este bien; por lo tanto, las autoridades públicas deben evitar cualquier riesgo inminente para la vida y todas las muertes deben ser investigadas.

Según Tavares (2009), la vida debe interrumpirse únicamente por causas naturales, estando prohibido que una persona quite la vida a otra. El derecho a la vida es también un derecho a la salud, la alimentación, la educación y todas las formas que garantizan la dignidad de la persona humana.

3. Obligaciones del Estado ante la pandemia en relación con los derechos a la salud y a la vida

José Cretella Júnior, citando a Zanobini (2002, p. 4331) en sus *Comentários à Constituição de 1988*, pensando en la relación entre el derecho a la vida y la salud, dilucida que

[...] ningún bien en la vida presenta, intereses individuales y sociales tan claramente unidos como la salud, es decir, el bienestar físico que proviene de la perfecta armonía de todos los elementos que componen su cuerpo y su perfecto funcionamiento. Para el individuo, la salud es una condición indispensable de toda actividad económica y especulativa, de todo placer material o intelectual. El estado de enfermedad no sólo constituye la negación de todos estos bienes, sino que también representa un peligro, más o menos cercano, a la propia existencia del individuo y, en los casos más graves, la causa determinante de la muerte. Para el cuerpo social, la salud de sus componentes es condición indispensable para su conservación, defensa interna y externa, bienestar general, todo progreso material, moral y político.

Con base en estos preceptos de salud y vida, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró, el 30 de enero de 2020, que el brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV) constituye una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), orientando la necesidad de adoptar recomendaciones temporales en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005). En Brasil, también el 30 de enero, el Decreto n. 10.212 promulgó el texto revisado del Reglamento Sanitario Internacional¹⁵.

Mediante la Ley Federal n. 13.979, del 6 de febrero de 2020, Brasil establece medidas para enfrentar la emergencia de salud pública de importancia internacional derivada del coronavirus (Covid-19). El 11 de marzo de 2020, Covid-19 fue calificado por la OMS como una pandemia, ya que hubo brotes en varios países y regiones del mundo. Posteriormente, en Brasil, el Decreto Legislativo n. 6, de 20 de marzo de 2020, reconoció el estado de calamidad pública y emergencia de salud pública de importancia internacional. En este contexto de pandemia, la acción del Estado debe asegurar los valores relacionados con la protección y preservación de la vida de las personas, siendo imperativo, por tanto, que la economía se adapte a las necesidades de salud.

15 Instrumento legal internacional vinculante para 196 países de todo el mundo, que incluye a todos los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su objetivo es ayudar a la comunidad internacional a prevenir y responder a riesgos graves para la salud pública que tienen el potencial de cruzar fronteras y amenazar a personas de todo el mundo. Disponible en: www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional/arquivos/7181json-file-1. Acceso: 14 sep. 2021.

Para evitar y superar una situación caótica durante el período pandémico, es imperativo adoptar medidas adecuadas al Estado y al pueblo: a) liberación de más recursos para fines de inversión en salud; b) priorización de pacientes infectados por el virus; c) tratamiento y protección de los profesionales de la salud; d) acción coordinada entre el Estado y la industria farmacéutica, con el objetivo de garantizar todos los medicamentos que necesita la población; f) definición de criterios para priorizar la atención en relación a las personas, especialmente aquellas pertenecientes a grupos de riesgo, vulnerables e indígenas; g) control estricto de las medidas de contención; h) acción coordinada de la policía para evitar actividades no esenciales y aglomeración de personas; i) aislamiento total de personas infectadas; j) prestación de asistencia social a personas de bajos ingresos; l) publicidad que incentive medidas de prevención y vacunación, entre otras.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), con base en la emergencia sanitaria mundial sin precedentes provocada por la pandemia Covid-19, publicó, el 10 de abril de 2020, la Resolución 01/2020 *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas*, que afirma la necesidad de que las medidas adoptadas por los Estados para contener el virus tienen en su núcleo el pleno respeto a los derechos humanos. Este documento tiene 85 recomendaciones a los Estados Partes, incluida la atención a grupos en situación de vulnerabilidad.

Con el fin de garantizar el respeto por la realización de los derechos humanos en la pandemia, el 8 de mayo de 2020, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) emitió las “*Directrices sobre Covid-19*”, en las que determina que el respeto de todos los derechos humanos – económicos, sociales, civiles, políticos – será esencial para el éxito de las respuestas de salud pública.

Es necesario entender que la grave situación de salud es una legalidad extraordinaria, en la que el Gobierno necesita adoptar conductas y medidas excepcionales y temporales, para controlar la propagación del virus y la contaminación de las personas. En palabras del jurista Pedro Serrano (2020, p. 7):

En el plano jurídico, la existencia de una pandemia se inscribe como una situación de emergencia o calamidad pública de carácter extraordinario, a la que el orden jurídico puede y debe dar respuesta; la excepción, como es sabido, se caracteriza por la anomia, por la falta de normas, por la ausencia de legalidad.

Desde esta perspectiva, cabe agregar el discurso de Lênio Streck (2020): “[...] La ley se aplica por principio y no por política. Las vidas no se pueden clasificar. Y, atención: la legalidad extraordinaria no justifica menoscabar el texto de la Constitución Federal”. Por lo tanto, las acciones públicas para resolver problemas extraordinarios en el enfrentamiento a la pandemia deben basarse en la observancia de los principios constitucionales, priorizando, a través de políticas públicas urgentes y de emergencia, la protección de la vida.

4. Análisis del contexto del derecho humano a la vida considerando la *Observación General 36 del PIDCP* y del derecho humano a la salud en la pandemia bajo la *Observación General 14 al PIDESC*

Postulamos, a partir del análisis del marco jurídico internacional de los derechos humanos y la legislación nacional correspondiente, que el Estado brasileño ha violado y sigue violando, de diferentes formas, múltiples obligaciones relativas a la garantía de los derechos humanos, en particular el derecho a la vida en el contexto de la pandemia de Covid-19.

Analizando los hechos y la postura general del Estado brasileño con respecto al enfrentamiento de la pandemia, tomando en cuenta las disposiciones y obligaciones de derechos humanos para el manejo de la pandemia contenidas en la legislación nacional e internacional, podemos afirmar que el Gobierno brasileño cometió las siguientes violaciones.

4.1. Violación del derecho a la vida

Así como innumerables brasileños vieron obstaculizado su derecho humano a la salud, otros, como resultado de las acciones y omisiones del Estado brasileño, se vieron directamente afectados en su derecho a la vida. Las estadísticas revelan el drama del agravamiento de la pandemia en el país, cuyo desenlace podría tener otro alcance, preservando la mayor cantidad de vidas posible. Dentro de la transversalidad e interdependencia de los derechos humanos, miles de brasileños, fueron inexorablemente impedidos prematuramente de su derecho a la vida, del que emanan directamente todos los demás derechos. Las principales infracciones encontradas, se especifican a continuación.

4.1.1. Violación del artículo 6° del PIDCP, párrafos 2° y 3° de la *Observación General 36 al PIDCP*

Violación de la obligación de respetar y proteger el derecho a la vida, al no mostrar empatía hacia los familiares de los muertos e, incluso, hacia las víctimas de la pandemia. El Presidente de la República se manifestó públicamente despreciando el valor de la

vida, naturalizando las muertes por el virus en múltiples ocasiones. Referimos algunas de sus líneas ominosas en un año de la pandemia en Brasil:

Virus “sobredimensionado”

“El poder destructivo de este virus está exagerado. Quizás se esté impulsando incluso por razones económicas [...]” (cuando Brasil registró 25 casos, sin muertes).

“Histeria”

“Mire, la economía iba bien ... Este virus trajo cierta histeria. Hay algunos gobernadores, en mi opinión, puede que incluso me equivoque, pero están tomando medidas que van a dañar mucho nuestra economía” (Un día después de la primera muerte en el país).

“Pequeña gripe”

“Para el 90% de la población, esto será una gripe o nada” (Con menos de 100 muertos).

“¿Y?”

“¿Y? Lo siento. ¿Quieres que haga qué? Soy Mesías, pero no hago milagros” (En referencia a su nombre, cuando hubo cerca de 5.000 muertos).

“Tierra de maricones”

“Todo es pandemia ahora, esto tiene que terminar, hombre. Lo siento por los muertos, lo siento. Todos moriremos algún día, aquí todos moriremos. De nada sirve huir de ella, huir de la realidad. Hay que dejar de ser un país de maricones” (Con 163.000 muertos).

“Si te conviertes en un caimán”

“Si te conviertes en un, es tu problema. Si te conviertes en Superman, si alguna mujer tiene barba allí, o algún hombre comienza a hablar con voz suave, ellos (Pfizer) no tienen nada que ver con eso” (Sobre posibles efectos secundarios de las vacunas, con 185.000 muertos).

Mascarillas “nocivas”

“Están empezando a aparecer aquí estudios sobre el uso de [...] mascarillas, que, en un principio aquí, una universidad alemana dice que son perjudiciales para los niños y tienen en cuenta aquí varios elementos como irritabilidad, dolor de cabeza, dificultad de concentración, disminución de la percepción de felicidad, negativa a ir a la escuela o la guardería, desánimo, deterioro de la capacidad de aprendizaje, mareos, fatiga” (Con 250.000 muertos).

Pandemia de “uso político”

“No lloremos por la leche derramada. Seguimos viviendo una pandemia, que en parte se utiliza políticamente no para derrotar al virus, sino para tratar de derrocar al presidente” (Con 340.000 muertos).

Hidroxicloroquina

“Me enfermé con el virus y tomé hidroxicloroquina. Quizás fui el único jefe de estado que buscó un remedio para esta dolencia. [...]. No me rendiré, soy testarudo, perseverante” (Con 484.000 muertos).

Abreviatura de vida

“Muchas [personas que murieron] tenían alguna comorbilidad, por lo que Covid-19 simplemente acortó sus vidas durante unos días o unas pocas semanas” (Con 593.000 muertos).

No hay nada que haga cambiar de opinión al presidente, como se ve en el discurso pronunciado en la apertura de la Asamblea General de la ONU¹⁶. En los casi 13 minutos que duró su discurso, además de seguir defendiendo el llamado “tratamiento precoz” – en referencia a los fármacos que han demostrado ser ineficaces frente al Covid-19, como la hidroxicloroquina y la ivermectina –, se opuso a los “pasaportes de vacunación”.

Al optar por una estrategia de desconsideración del riesgo de virus y cuestionar las orientaciones técnicas emitidos por la comunidad científica mundial y nacional, el **Estado brasileño provocó un exceso de muertes, es decir, muertes prematuras prevenibles**. El cálculo exacto de cuántas muertes se podría prevenir es complejo, pero existen formulaciones que permiten una aproximación de este número.

Por ejemplo, Pedro Hallal (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021), profesor universitario e investigador para la elaboración de este documento, comparó el porcentaje de muertes por Covid-19 en Brasil con el de otros países, señalando que, con el 2,7% de la población mundial, Brasil contribuyó con 12,9% de las muertes en junio de 2021, o 4,6 veces más muertes de las que cabría esperar dado el tamaño de su población. Esto permite estimar que cuatro de cada cinco muertes podrían haberse evitado, si el gobierno brasileño hubiera seguido las recomendaciones de la comunidad internacional, de salud en promedio, de lo que hicieron otros gobiernos. Aplicando esta relación al número actualizado de muertes por Covid-19 a principios de octubre de 2021 (600,000), esto representaría un excedente de 480,340 muertes.

Este número excesivo de muertes puede ser aún mayor, ya que hay un subregistro de muertes, como lo resaltó Maria dos Remédios Freitas Carvalho Branco (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021), médica, profesora e investigadora en la elaboración de este documento. Según la investigadora, se sabe que aún existe un subregistro de muertes por Covid-19, es decir, casos en los que la causa de muerte fue Covid-19, pero se atribuyó otra causa en el certificado de defunción.

16 Disponible en www.youtube.com/watch?v=EniKQDVtDds. Consultado en: 14 sep. 2021.

4.1.2. Violación del artículo 6º del PIDCP y el párrafo 3º de la *Observación General 36 del PIDCP*

Esta violación se confirma **por la falta de protección** de millones de brasileños contra la muerte prematura, así como por la **acción** discriminatoria y la falta de respeto al derecho a la vida. En las políticas adoptadas no existía garantía de que todos, sin distinción de ningún tipo, pudieran disfrutar de una vida digna, especialmente las personas más vulnerables. La no protección del derecho a la vida, especialmente en relación a los más vulnerables, ya se identifica en los primeros casos diagnosticados en Brasil, ya que el primer caso confirmado de Covid-19 en el país fue diagnosticado el 26 de febrero de 2020, en un hombre blanco de 61 años, residente en la ciudad de São Paulo, que regresaba de un viaje a Italia, pero la primera muerte confirmada por el coronavirus ocurrió, en Río de Janeiro, de una mujer de 63 años, negra y doméstica. Un hecho muy simbólico: el virus es más letal para quienes experimentan vulnerabilidades.

La encuesta EpiCovid19-BR, el estudio más grande sobre la prevalencia de la infección por Covid-19 realizado en el país, mostró en todas las etapas que el 20% más pobre, tenía el doble de riesgo de infección en comparación con el 20% más rico. En el caso de los indígenas, el riesgo de contraer la enfermedad era cinco veces mayor que el de los blancos.

En cuanto a la vulnerabilidad, es importante destacar la comprensión del médico, sanitarista, profesor titular del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (FMUSP), José Ricardo Ayres. Para Ayres (ABRASCO, 2017), la vulnerabilidad es

[...] un conjunto articulado de síntesis conceptuales y lineamientos prácticos orientados a transformar las dimensiones conductuales, sociales y político-institucionales relacionadas con diferentes problemas de salud y sus consecuencias indeseables – situaciones de sufrimiento, limitación y muerte – involucrando a individuos y grupos poblacionales específicos. Esta perspectiva se sustenta en un camino epistemológico, que parte del propio agravio hacia su comprensión clínica y medición de su dispersión en la sociedad (dimensión epidemiológica); comprensión de los aspectos sociales y de origen (competencia de las Ciencias Sociales y Humanas en salud) y que den lugar a acciones y programas que repercutan en la superación y / o mitigación de problemas de salud, [...] conceptualizados como síntesis médico-sanitaria¹⁷.

Como destaca en esta acción, la investigadora Benilda Brito, “en un país de mayoría negra y femenina, es necesario ver la realidad, el contexto de desigualdades desde una perspectiva que identifique quién es esta población”. Y, al hacer esta mirada, se identifica entre poblaciones indígenas vulnerables, mujeres, negros y negros, población LGBTQIA+, población en situación de calle, población privada de libertad, así como mi-

17 Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. Disponible en: www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/revista-ciencia-saude-coletiva-e-enspfocruz-debatem-sobre-vulnerabilidade/30383/. Consultado el: 10 oct. 2021.

grantes, refugiados, solicitantes de asilo y apátridas, quienes comúnmente, experimentan dificultades para acceder derechos garantizados constitucionalmente, discriminación social, privaciones económicas y debilidades en las conexiones con las redes de apoyo.

El presidente Jair Bolsonaro, durante la pandemia, violó el **principio de no discriminación / discriminación prevista en el párrafo 3º**, al mostrar más valor a unas vidas que a otras al cuestionar las medidas de distanciamiento físico que justifican salvar la economía: “Todos vamos a morir un día [...]”, dijo el 9 de junio de 2020, indicando que, en su opinión, la vida de algunas personas cuenta menos que el buen funcionamiento de la economía en su conjunto.

Los pueblos indígenas fueron desatendidos en las acciones del Estado para combatir la pandemia con el fin de preservar la vida. Según los documentos producidos por la Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB)¹⁸ y el Conselho Indigenista Missionário (CIMI)¹⁹, el actual Gobierno viene adoptando medidas para poner fin al funcionamiento de la atención de salud indígena: rompió con el Programa Mais Médicos, el único que aseguró la presencia de los profesionales de la salud de manera consistente en las áreas indígenas; puso bajo sospecha la administración de recursos económicos en salud, lo que justificó la suspensión de fondos para la prestación de servicios por varios meses, dejando a las comunidades sin ningún tipo de asistencia; impuso, en la Secretaría Especial de Salud Indígena, el fundamentalismo religioso y el extremismo político, sin respetar las culturas indígenas y sus conocimientos; y, lo que es más grave, se abandonaron las prácticas de respeto a los indígenas y la presencia de equipos de salud en la zona, transformándolos en equipos móviles y de emergencia. La llegada de la pandemia Covid-19, entre los pueblos indígenas agravó una situación de deficiencia estructural en los servicios sociales existentes, especialmente los de extrema importancia para las nuevas generaciones: salud, educación, cultura, seguridad, alimentación saludable, etc.

En varios pueblos, debido a la situación de pobreza y la falta de acciones públicas agravada por la pandemia del coronavirus, para minimizar los riesgos, los indígenas debieron desplazarse a los municipios para acceder a recursos de emergencia, adquirir bienes de consumo y alimentos, y, en muchos casos, atención médica. Estos desplazamientos exponen a toda la población indígena, niños y adolescentes, hecho que aumenta el riesgo de contagio. Un artículo firmado por investigadores de varias universidades brasileñas y publicado en la revista *The Lancet Global Health* revela, que la prevalencia de la Covid-19 (personas ya infectadas en algún momento) entre los indígenas es del 6,4%, cuatro veces más alto que en las personas de raza blanca (1,4%). Según el equipo liderado por el profesor César Victora, de la Universidad Federal de Pelotas, la prevalencia entre los pueblos indígenas se puede explicar por un conjunto de factores que afectan a esta población, no solo en el contexto pandémico actual, sino también por la alta densidad de población que vive en el mismo entorno, pobreza y dificultades para acceder a la atención médica²⁰.

18 Disponible en: https://emergenciaindigena.apiboficial.org/dados_covid19/. Consultado el: 13 de septiembre 2021.

19 *Relatório de Violência contra os Povos Indígenas 2020*. Disponible en: <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2020/10/relatorio-violencia-contra-os-povos-indigenas-brasil-2019-cimi.pdf>. Consultado el: 13 set. 2021.

20 Disponible en: www.bbc.com/portuguese/brasil-54274684. Consultado el: 13 de sep. 2021.

Bajo el silencio de la Fundación Nacional para los Indígenas (Funai), los invasores intensificaron las amenazas de muerte y los ataques contra los pueblos indígenas. Los indígenas lucharon por aislar el territorio con barreras sanitarias, mantenidas por organizaciones indígenas, que además de buscar protegerse contra el virus, deben prestar atención a la seguridad de las comunidades.

Para un gran número de mujeres y personas LGBTQIA+, especialmente travestis y transexuales, y otras identidades que sufren violencia intrafamiliar, quedarse en casa se ha convertido en un desafío. La medida de distanciamiento social adoptada, necesaria, obligó a las mujeres y LGBTQIA+ a permanecer en contacto con sus agresores por más tiempo. No es de extrañar que los casos de feminicidio y feminicidio de transgéneros hayan aumentado en varios estados brasileños.

El Estado cometió una violación, **al no adoptar** acciones que garantizaran la ampliación de la red de protección y asistencia a las mujeres. El Instituto de Seguridad Pública de Río de Janeiro (ISP) destacó datos que demuestran que la residencia que, en principio, es un lugar de protección para muchos, especialmente en la pandemia, no mostró esto para las mujeres. En el período de aislamiento en 2020, de los casos graves de violencia contra la mujer registrados, más del 61% ocurrieron dentro del hogar. Para la violencia física, el porcentaje aumentó del 60,1%, en 2019, al 64,1%, en 2020. Para la violencia sexual, una variación aún más alta: del 57,7%, en 2019, al 65,6%, en 2020.

Los datos del dossier²¹ difundido por la Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra), en enero de 2021, muestran la cantidad de violencia en las redes sociales, intentos de asesinato, suicidios y la cantidad de asesinatos en el período pandémico para el año 2020. Ese aumento es notorio, en todos los escenarios analizados, ya sea en periodos bimestrales o semestrales, respecto al mismo periodo de 2019. La mayoría de las mujeres trans no tuvo más remedio que permanecer en la prostitución, expuestas a la violencia y al virus. El documento también señala que alrededor de 70% de la población transgénero no tuvo acceso a la Ayuda de Emergencia proporcionada por el Gobierno.

La *Nota técnica a respeito de políticas públicas y violencia de género durante la pandemia de la Covid-19: acciones presentes, ausentes y recomendadas*, elaborada por el Instituto de Investigaciones Económicas Aplicadas (IPEA)²², muestra el agravamiento de la violencia contra las mujeres. Los denominados factores explicativos de la violencia contra la mujer se agravaron, como se expresa en el siguiente cuadro.

21 Disponible en: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2021/01/dossie-trans-2021-29jan2021.pdf>. Consultado en: 25 sep. 2021.

22 Disponible en: www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200624_nt_disoc_78.pdf. Consultado en: 25 sep. 2021.

Cuadro 1. Violencia contra la mujer en la pandemia de Covid-19

Factores que explican la violencia contra las mujeres	Factores agravantes en el contexto de la pandemia
• desigualdad de género; • sistema patriarcal • cultura machista; y • misoginia.	• aislamiento social; • impacto económico; • sobrecarga de trabajo reproductivo para las mujeres; • estrés y otros efectos emocionales; • abuso del alcohol y otras drogas; y • reducción de la acción de los servicios de enfrentamiento de la violencia

Fuente: Ipea. *Nota Técnica sobre Políticas Públicas e Violência Baseada no Gênero Durante a Pandemia da Covid-19: ações presentes, ausentes e recomendadas*. p. 9.

La investigadora Benilda Brito (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021) dice que, en poco más de un año, se destaca por el ensanchamiento “de la brecha entre racismo estructural y patriarcado, modos de estructura social que colocan, respectivamente, a negros y mujeres en posiciones sociales de subordinación”. También afirma que “la población negra, más directamente las mujeres negras, sintió el fuerte efecto de la pandemia en sus ocupaciones, ya sea en el trabajo formal, incluido el trabajo doméstico, o en el trabajo informal, agravando la situación general de pobreza y exclusión social”. Y analiza que “los datos de la Covid-19 sobre las principales víctimas del abandono del Estado – los negros – reflejan nuestra realidad desigual y racista que, en todos los sentidos, hace aún más vulnerable a la población negra, pobre y periférica.

Los datos de la Covid-19 respecto a las principales víctimas del abandono del Estado presentados en la encuesta *Prevalence of antibodies against SARS-CoV-2 according to socioeconomic and ethnic status in a nationwide Brazilian survey*²³ demuestran que la realidad desigual y racista, en todas sus formas, hace que la población negra, pobre y periférica sea aún más vulnerable y precaria en Brasil. Estos datos, reflejan los abismos de la desigualdad social y racial en Brasil, como señala Benilda.

Por lo general, la población negra, tiene muchas más dificultades para acceder a los servicios de salud, y en la pandemia no ha sido diferente; con dificultades para acceder a los mejores servicios y asistencia. También son las personas negras las que están en la vanguardia entre los profesionales de la salud.

Los problemas sociales influyen directamente en los riesgos de contagio, y la posibilidad de cuidar la enfermedad – es la población negra – la que se encuentra en trabajo informal, enfrentando así, la imposibilidad de mantener el aislamiento social, necesitando trabajar para asegurar el sustento de sus familias. La pobreza, la violencia, la falta de saneamiento básico son también factores que contribuyen a estos riesgos, haciendo aún más vulnerables las condiciones de vida de esta población.

23 Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7595003/. Consultado en: 25 sep. 2021.

La población en situación de calle es también una de las poblaciones vulnerables que no fue el foco de atención pública durante el período de la pandemia. En marzo de 2020, el número de personas que vivían en las calles de Brasil llegó a casi 222.000, lo que representa un aumento del 140% desde septiembre de 2012. Desde que la crisis económica se acentuó como consecuencia de la Covid-19, según una nota técnica de IPEA²⁴, se estima que la población en situación de calle ha aumentado aún más en los últimos meses.

La población vulnerable es la que más utiliza los servicios de salud pública; por ello, es importante destacar la política selectiva del Gobierno Federal, que define quiénes sobrevivirán, ya que no ha invertido en la estructura de hospitales y UCI del SUS. La Asociación Brasileña de Medicina Intensiva (AMIB) presentó, en marzo de 2020, una investigación sobre el número total de camas en la Unidad de Cuidados Intensivos en Brasil²⁵. Según el mapeo de enero de 2020, Brasil tenía 45.848 camas de UTI, de las cuales 22.844 pertenecen al Sistema Único de Salud y 23.004 son parte del sistema privado. Según recomendaciones de la OMS y el Ministerio de Salud, la proporción ideal de camas de UCI es de 1 a 3 camas por cada 10.000 habitantes, y Brasil tiene una proporción de 2,2 camas, que de manera consolidada es satisfactoria. Pero cuando el análisis es más detallado, segmentando los datos entre el sistema público y privado, por ejemplo, el SUS tiene un promedio de 1,4 camas por cada 10,000 habitantes, contra 4,9 en la red privada.

En abril de 2021, la AMIB presentó datos recopilados que mostraban que uno de cada tres pacientes con coronavirus (36,6%) fallecía tras ser ingresado en la UCI. Proporcionalmente, la mortalidad es mayor en la red pública, con una tasa de 52,9%, mientras que en el sector privado la tasa de mortalidad es de 29,7%. Estos datos reflejan las políticas dirigidas a la precariedad de las condiciones de vida y salud del 80% de la población brasileña que depende del sistema público de salud, especialmente los vulnerables, **violando el deber de proteger sin distinción, es decir, las políticas de muerte y exterminio** defendido por el presidente Jair Bolsonaro en 2010, en la Sesión 171.4.53.O:

Una de las grandes causas del hambre, la miseria y la violencia es el crecimiento demográfico exagerado. [...] Ya no hay lugar para tumbarse en la playa. ¡Es demasiada gente! Tenemos que acabar con esto si queremos producir felicidad en nuestro país²⁶.

Este es un fragmento del discurso del entonces diputado federal Jair Bolsonaro, el 5 de agosto de 2010, en defensa de la Propuesta de Reforma Constitucional (PEC) n. 584, presentado por él ocho años antes. La idea era incentivar la esterilización, por parte del sistema público, de personas que no podían pagar una vasectomía o ligadura de trompas.

24 Disponible en: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10078>. Consultado en: 25 sep. 2021.

25 Disponible en: www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/april/28/dados_uti_amib.pdf. Consultado en: 25 sep. 2021.

26 Declaración completa disponible en: <https://www.camara.leg.br/internet/sitaqweb/TextoHTML.asp?etapa=3&nuSessao=171.4.53.O&>. Consultado el: 13 sep. 2021.

4.1.3. El artículo 6° del PIDCP y párrafo 25 de la *Observación General 36 al PIDCP*: prácticas discriminatorias

Al arrestar, detener, encarcelar o privar de su libertad a las personas, los Estados asumen la responsabilidad de cuidar de sus vidas, incluida la atención médica necesaria, y la vigilancia periódica de su salud. Sin embargo, Brasil responde a este deber, adoptando una verdadera política de exterminio para este grupo.

Según datos de la *Encuesta Nacional de Información Penitenciaria*, en 2019, la población penitenciaria brasileña fue de 773.151 personas privadas de libertad en todos los regímenes (BRASIL, 2020). Con una tasa de ocupación cercana al 170% (COSTA *et al.*, 2020)²⁷, el sistema penitenciario brasileño está sobrecargado y débil, por lo que enfermedades infecciosas, potencialmente curables, como la tuberculosis, resultan en alta mortalidad. Debido al confinamiento de las personas en celdas sobrepobladas, con poca ventilación y acceso limitado a las prácticas de higiene, la población privada de libertad, en comparación con el resto de la población, es potencialmente más vulnerable a la infección y muerte como consecuencia de la Covid-19.

Según predicciones publicadas en la fase inicial de la pandemia, en la población libre, cada persona infectada podría infectar a otras dos o tres personas; dadas las características de las cárceles brasileñas, la expectativa era que una persona privada de libertad pudiera contaminar hasta diez personas (SÁNCHEZ *et al.*, 2020)²⁸. A pesar de algunas medidas adoptadas por las autoridades, como la liberación de detenidos y la suspensión de visitas para evitar el contagio, los datos difundidos por el Consejo Nacional de Justicia en octubre de 2020 revelaron un aumento del 287% en el número de casos en estos espacios en comparación con los tres meses anteriores, alcanzando un total de 43.563 infectados y 201 muertes por Covid-19 en el sistema penitenciario brasileño (MUNDIN, 2020)²⁹.

4.1.4. Violación del artículo 6° del PIDCP bajo el párrafo 23 de la *Observación General 36 al PIDCP*

El Gobierno brasileño, encabezado por Jair Bolsonaro, también viola el artículo 6° del PIDCP a la luz del párrafo 23 de la *Observación General 36*, ya que las iniciativas del Estado brasileño en materia de protección de defensores y defensoras de derechos humanos han sido insuficientes, no garantizando una protección efectiva de la vida, particularmente entre los grupos excluidos y vulnerables.

La **falta de protección a los defensores y defensoras de los derechos humanos**, anunciada al inicio del gobierno de Bolsonaro, que prioriza y beneficia a los madereros, milicianos y otros perpetradores, se vio muy agravada por la pandemia. Según datos

27 Disponible en: www.scielo.br/j/psoc/a/Jrx9BspBkMmvfLbTTLJLk9D/?lang=pt. Consultado en: 25 sep. 2021.

28 Disponible en: www.scielo.br/j/csp/a/ThQ4BfJJYngFJxv8xHwKckg/?format=pdf&lang=pt. Consultado en: 25 sep. 2021.

29 Disponible en: www.cnj.jus.br/covid-19-casos-entre-privados-de-liberdade-aumentam-287-en-90-dias/. Consultado en: 25 sep. 2021.

del *Observatorio para la Protección de Defensoras y Defensores de Derechos Humanos*³⁰, entre marzo y agosto de 2020, 92 defensores de agendas indígenas, afrodescendientes y LGBTQIA+ perdieron la vida a causa de la Covid-19.

En cuanto a los pueblos indígenas y afrodescendientes, hay evidencia de la intención de la violación en un vídeo del discurso del exministro de Medio Ambiente³¹ Ricardo Salles, en una reunión ministerial con el presidente Jair Bolsonaro el 22 de abril de 2020, ampliamente publicitado por la prensa. En el encuentro, Ricardo Salles alertó a los ministros sobre lo que consideró como una oportunidad que traía la pandemia de la Covid-19: para él, el Gobierno debe aprovechar el momento en que la sociedad y los medios de comunicación estaban enfocados en el nuevo coronavirus, para cambiar reglas que podrían ser cuestionadas en la corte, declarando “debemos pasar la manada”.

Más de 30.000 indígenas de 158 etnias, según información de la *Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB)*³², ya han sido infectados por la enfermedad, de los cuales casi 800 han muerto. Son chamanes, jefes, ancianos, sabios, maestros, guerreros, parteras, curanderos, agentes de salud, técnicos de enfermería, un consejero y un médico. Entre ellos se encuentran líderes reconocidos internacionalmente, como los jefes Aritana Yawalapiti y Paulinho Paiakan, el chamán guaraní Gregório Venega, los ancianos Warini Surui, Acelino Dace, Artenínio Antônio Kaingáng, Elizer Tolentino Puruborá, Puraké Assuniri y João Sôzê Xerente. Pero también jóvenes, como Alvaneí Xirixana, un yanomami de 15 años que fue diagnosticado con el nuevo coronavirus y murió el 9 de abril de 2020. Las poblaciones indígenas están tradicionalmente menos expuestas a patógenos y por lo tanto menos inmunizadas, lo que las hace más expuestas a complicaciones relacionadas con la Covid-19. Además, su forma de vida colectiva presenta un claro desafío para contener la contaminación entre los miembros de las comunidades indígenas.

Las comunidades de afrodescendientes (“quilombolas”) han perdido su liderazgo como consecuencia de la llegada del coronavirus a sus territorios o por la necesidad de salir del territorio por razones de supervivencia. Líderes como Carivaldina Oliveira da Costa, también conocida como Tia Uia, de la comunidad Rasa, en Río de Janeiro, y Doña Maria Mercês de Barros, de la comunidade São Sebastião de Burajuba, en Pará, son ejemplos de defensores de derechos humanos que desarrollaron papel político importante en sus comunidades, y que fueron víctimas de la inercia y ineficiencia del Gobierno. Durante muchos años estas comunidades han estado sometidas al racismo estructural, que se ha intensificado en los últimos períodos. Al igual que las comunidades indígenas, las comunidades afrodescendientes, todavía tienen que lidiar con la deforestación y los conflictos en sus territorios durante la pandemia.

La población LGBTQIA+, principalmente personas trans y negras, es muy vulnerable a la Covid-19. Este índice de vulnerabilidad se determinó en función de tres variables principales: ingresos y trabajo, salud y exposición al riesgo, según una encuesta publicada por la empresa social *Género y Número*³³.

30 Disponible en: www.global.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Rapport-Br%C3%A9sil2021port.pdf. Consultado en: 10 sep. 2021.

31 Disponible en: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/05/22/minister-do-meio-ambiente-defende-passar-a-boiada-e-mutar-regramento-e-simplificar-estandares.ghtml>. Consultado en: 10 sep. 2021.

32 Disponible en: <https://emergenciaindigena.apiboficial.org/>. Consultado en: 25 sep. 2021.

33 Disponible en: www.generonumero.media/lgbt-coronavirus/. Consultado en: 8 oct. 2021.

4.1.5. Violación del artículo 6° del PIDCP y la obligación de proteger la vida

La obligación de proteger la vida incorpora enfrentar las condiciones que impiden el goce del derecho a la vida con dignidad, tales como:

[...] altos niveles de violencia criminal y armada, accidentes industriales, degradación ambiental, ocupación ilegal de tierras, territorios y recursos de los pueblos indígenas, la prevalencia de enfermedades mortales, como la SIDA, la tuberculosis o la malaria, abuso generalizado de sustancias, hambre y malnutrición generalizadas, pobreza extremada y falta de vivienda.

En lugar de garantizar el derecho a la vida, el presidente Jair Bolsonaro mantiene su prioridad de campaña, que es facilitar el acceso a las armas de fuego. El 12 de febrero de 2021, luego de casi un año de pandemia, el mandatario firmó cuatro decretos, que flexibilizan el uso y compra de armas de fuego en el país. Junto a los decretos, también hay medidas tomadas por el Ministerio de Justicia y Defensa, que aumentaron a 550 el límite mensual de municiones que pueden comprar quienes ya tengan posesión de un arma; y la derogación de las reglamentaciones relativas al rastreo y marcado de armas y municiones. La acción que demuestra la falta de protección, más grave del derecho a la vida en este contexto, es la Resolución n. 126/20 de la Cámara de Comercio Exterior – vinculada al Ministerio de Economía – que reduce a cero la tasa de importación de revólveres y pistolas. Acción absurda, una vez que el gobierno ya estaba planeando reducir el presupuesto para atención médica. La incitación a la violencia es una prioridad más alta que las acciones para garantizar el disfrute del derecho a la vida con dignidad.

En un día que debería ser de homenaje a los trabajadores rurales y campesinos, responsables por poner un 70% de los alimentos que se consumen en el país sobre la mesa de los brasileños, el presidente Jair Bolsonaro, honra el Día del Campesino con la imagen de un hombre armado en su cuenta de Twitter. Tras una oleada de críticas, la Secretaría de Comunicaciones del Gobierno, borró el mensaje.

Como queda claro, en otras dimensiones de la ley, el gobierno federal brasileño, además de no haber adoptado un plan nacional para enfrentar colectivamente la pandemia, está aprovechando el vacío político dejado por la calamidad, para acelerar el desmantelamiento de un conjunto de políticas públicas sociales, profundizando las desigualdades, y generando más hambre y miseria, haciendo que Brasil vuelva al Mapa del Hambre de la ONU.

4.1.6. Violación del artículo 6° del PIDCP bajo el párrafo 27 de la *Observación General 36 al PIDCP*

El artículo 6° del PIDCP, ratificado en el párrafo 27 de la *Observación General 36*, trae la obligación de proteger y promover la investigación y, cuando sea necesario, de llevar ante la justicia. El párrafo 27, leído juntamente con el artículo 2°, párrafo 1 del

PIDCP, y el artículo 6° párrafo 1 del PIDCP, establece la obligación de proporcionar un recurso efectivo a las víctimas de violaciones de derechos y sus familiares. Aconseja: “La investigación y el enjuiciamiento de los casos potenciales de muerte ilegal deben desarrollarse utilizando estándares internacionales [...] con el objetivo de asegurar que los responsables de la violación comparezcan ante la justicia, promoviendo la responsabilización y previniendo la impunidad”.

A pesar de que las denuncias de muertes prematuras, investigadas por la CPI de la Pandemia, si tomamos en cuenta la magnitud de la violación que afecta a millones de personas, consideramos que el foro adecuado para la investigación, debe ser el Poder Judicial, más específicamente el Supremo Tribunal Federal (STF), con el objetivo de dar una respuesta capaz de esclarecer definitivamente los hechos, y con la sanción de los responsables.

Otro hecho que requiere una investigación cuidadosa es el rol del operador del plan de salud Prevent Senior, el cual es acusado por médicos ex empleados, que elaboraron un dossier en el que se lo acusa de utilizar sus hospitales como “laboratorios” para estudios con fármacos que se han demostrado ineficaces para el tratamiento de la Covid-19. Se sospecha que el operador del plan de salud presiona a sus médicos para que prescriban medicamentos sin eficacia aprobada, para el tratamiento de la Covid-19, divulgado por el presidente de la República, Jair Bolsonaro, y que administren estos medicamentos en algunos casos, sin el consentimiento de los pacientes y sus familiares. Además, está acusado de defraudar certificados de defunción, registrando muertes por coronavirus con otras causas. La actuación de Prevent es muy similar a los experimentos realizados con seres humanos por los nazis, requiriendo un desvelamiento integral de todo el esquema, con los respectivos responsables fuera y dentro del aparato estatal.

4.2. Violación del derecho humano a la salud

El derecho humano a la salud fue gravemente violado por parte del Estado brasileño como se muestra a continuación. Como consecuencia de los hechos cometidos, así como de sus omisiones en el contexto de la pandemia de la Covid-19, el Presidente de la República, violó los preceptos contenidos en los Tratados Internacionales de derechos humanos que garantizan el derecho a la salud, lo que da lugar a la responsabilidad relacionada a nivel internacional. No se ha cumplido con el deber de la máxima autoridad del país en materia de gobernanza anticipatoria y adopción de medidas sanitarias de emergencia.

4.2.1. Violación del artículo 12 del PIDESC por omisión, de acuerdo a los párrafos 15, 16 y 17 de la *Observación General 14* del PIDESC

La violación del artículo 12 del PIDESC se caracteriza por la adopción de medidas ineficaces para la prevención y el tratamiento de enfermedades epidémicas y endémicas, en particular, con respecto a la pandemia Covid-19, incluye la creación de un sistema de

atención médica que ofrezca, entre otras cosas, tecnologías relevantes, emplear y mejorar la vigilancia epidemiológica, recopilar datos desglosados, implementar o mejorar programas de inmunización, y otras estrategias de control de enfermedades infecciosas. Presentamos el siguiente caso como ejemplo de esta acción ineficaz.

4.2.1.1. Caso Manaus

Amazonas fue el primer Estado a ver colapsar su sistema de salud en la nueva pandemia de coronavirus, en abril de 2020. Escenas que muestran cámaras frigoríficas en hospitales y el entierro de víctimas de Covid-19 en trincheras recorrieron el mundo. Así, Manaus y otras áreas del Estado de Amazonas sirvieron como proyecto político para implementar un “experimento científico” para probar la infundada tesis de la “inmunidad colectiva”, así como para intentar confirmar la supuesta eficacia de medicamentos que ya habían sido repetidamente descartados, en numerosos estudios internacionales.

Esta política deliberada, llevó al fracaso, de manera oportuna, al no satisfacer las necesidades fundamentales del sistema de salud en esa región que, incluso antes de diciembre de 2020, mostraba claros señales de colapso total. Según testimonio en la Comisión Parlamentaria de Investigación (CPI) de la Covid-19, en 23/09/20, el entonces Secretario Municipal de Salud de Manaus, Marcelo Magaldi Alves, dijo que había enviado una carta oficial al Ministro de Salud, Eduardo Pazuello, señalando que, en la última quincena del mes, la ciudad había registrado un aumento significativo en el número de nuevos casos de Covid-19, en la tasa de ocupación hospitalaria y en la tasa de mortalidad, lo que indicaba que el escenario epidemiológico en Manaus continúa siendo desafiante. En ese momento, le pidió al Ministerio la provisión de equipo de protección personal y suministros de salud.

En 2021, el Departamento de Salud de Manaus comunicó al Ministro de Salud Eduardo Pazuello el promedio diario de más de cien casos confirmados y que la red hospitalaria estaba “en camino de colapsar nuevamente”. Solicitó apoyo para combatir la pandemia, específicamente recursos humanos en diversas especialidades médicas.

El Ministerio de Salud tuvo conocimiento del resurgimiento de personas infectadas y muertes en Manaus desde septiembre de 2020, como lo indican las cartas oficiales y testimonios entregados a la CPI. El deponente Marcellus Campelo afirmó haber solicitado al Ministerio de Salud, desde el inicio de un plan de contingencia, respiradores, monitores y bombas de infusión para la ampliación de camas de UCI en el Estado. Recién el 6 de enero, según el testimonio del exministro de salud Eduardo Pazuello a la CPI, se consideró a Manaus como la ciudad donde más se aceleró la contaminación del Covid-19.

En lugar de enfrentar la gravísima falta de camas de UCI en Manaus y ampliarlas, la acción del Gobierno Federal para responder a la grave crisis fue la difusión de la idea de un “tratamiento temprano” de la enfermedad, mediante el uso de medicamentos sin prueba científica para tal fin (también llamado “kit covid”), junto con un sistema informático, que ayudaría a los profesionales de la salud a realizar un diagnóstico precoz y posterior indicación del uso del “kit covid”. La plataforma online denominada “Trate Cov” indicó “tratamiento” que incluía fármacos que, según diferentes estudios, no actúan contra la enfermedad, como la cloroquina, hidroxiclороquina y azitromicina.

4.2.1.2. Proyecto piloto y experimentos

El Proyecto Piloto, anunciado por el Ministerio de Salud para tratar la crisis en Manaus, probaría, en Atención Primaria de Salud (APS), un nuevo método científico para detectar casos de Covid-19. El proyecto se basa en una aplicación de teléfono móvil, en la que los profesionales de la salud utilizarían un protocolo clínico – denominado AndroCoV – que realizaría “un diagnóstico rápido de la enfermedad a través de un sistema de puntos que cumple con estrictos criterios médicos”. Según lo expresado por la Dra. Mayra Pinheiro, secretaria del Ministerio de Salud: “Solo estamos validando un protocolo científico, demostrando que es un fuerte indicador de la enfermedad, que se puede utilizar para la toma de decisiones”.

Con este hecho, parece que la intención desde un principio fue hacer de la situación de Manaus, un experimento científico sin ninguna evidencia de efectividad, y sin ningún cuidado para salvaguardar la salud de los sujetos de derecho.

Otro proyecto piloto, que ha llamado la atención también, se llevó a cabo en Amazonas. Es el experimento con pacientes con síntomas de Covid-19 que sirvieron como conejitos de indias en un estudio denunciado como ilegal, financiado por una red privada para probar proxalutamida, un fármaco experimental estudiado para su aplicación en pacientes con algunos tipos de cáncer, como el de próstata, ya que bloquea la acción de las hormonas masculinas. La promesa del experimento es que curaría la Covid-19. Fue patrocinado por el grupo Samel, una red de hospitales y planes de salud de la región. El 13 de octubre de 2021, el episodio, que culminó con la muerte de al menos otros 200 pacientes, según datos de la Comisión Nacional de Ética en Investigación (CONEP), fue calificado por la Unesco, como lo que podría ser uno de los “episodios más graves y serios de infracción ética y violación de los derechos humanos” de los pacientes en la historia de América Latina.³⁴

Según los registros médicos, el tratamiento consistió en tres cápsulas de proxalutamida al día. En el mismo tratamiento, también se inhalaban dosis diarias de hidroxiquina y se tomaron ivermectina, fármacos que demostraron ser ineficaces para combatir el nuevo coronavirus. La CONEP, organismo del Ministerio de Salud, que evalúa protocolos de investigación con seres humanos, concluyó una investigación en la que señala las irregularidades del estudio coordinado por el médico Flávio Cadegiani. La agencia, incluso, autorizó el estudio con proxalutamida a principios de este año, pero señala que el realizado en Amazonas, involucró a más personas de las que se había aprobado originalmente (645 participantes, cuando el número permitido era 294) y se llevó a cabo con “pacientes en terapia en estado enfermo”, que tampoco había sido aprobado.

La CONEP entiende que: “Por los hechos y fundamentos presentados, se constató que existen varias contradicciones en los documentos presentados a la CONEP, que caracterizan la prueba evidencia de irregularidad en el desarrollo de la investigación, así como transgresiones de las normas vigentes sobre ética en la investigación con seres humanos, además del incumplimiento de buenas prácticas clínicas en la realización del ensayo

34 Disponible en: www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/10/denuncia-sobre-proxalutamida-e-das-mais-graves-da-historia-da-america-latina-diz-unesco.shtml. Consultado en: 10 oct. 2021.

clínico “dice el documento suscrito por el coordinador de la Comisión, Jorge Venâncio, el día 3 de septiembre. La Agencia Nacional de Seguridad Sanitaria (Anvisa) suspendió la autorización de importación y uso de proxalutamida en Brasil el 2 de septiembre.

4.2.1.3. Tratamiento ineficaz: uso de cloroquina

El 15 de junio de 2020, el Ministerio de Salud, ya había emitido la Nota Informativa 17/20-SE/GAB/SE/MS con las “Directrices del Ministerio de Salud para el Manejo Precoz de Medicamentos en Pacientes con Diagnóstico de Covid-19”. Desde entonces, la recomendación para el uso de hidroxiclороquina, y otros medicamentos similares sin evidencia científica, como forma de tratamiento temprano, fue ampliamente difundida por el Presidente de la República y respaldada públicamente por sus ministerios, en todo el país, a través de redes sociales y *outdoors*. Desde mayo de 2020, se han realizado varios anuncios en el Instagram oficial de la Secretaría Especial de Comunicación Social de la Presidencia de la República (@Seconvc), en los que se indica, por ejemplo:

“La cloroquina, un fármaco que ha mostrado buenos resultados contra la Covid-19, se puede recetar a todos los pacientes diagnosticados con coronavirus en Brasil” (SECON, 20 de mayo de 2020).³⁵

“Necesitamos superar el debate político sobre la cloroquina, por el bien del país. El presidente Jair Bolsonaro, solo quiere que la droga sea una opción para los más pobres, como lo ha sido para los más ricos” (SECON, 20 de mayo de 2020).³⁶

“Aprendí en el ejército, que peor que una mala decisión es una indecisión. Ustedes, los médicos, han salvado miles de vidas en todo Brasil. Si la hidroxiclороquina no se hubiera politizado, se podrían haber salvado muchas más vidas, de las 115.000 que el país llegó en ese momento” (Discurso del presidente).³⁷

El Estado **violó, por omisión, el derecho a la salud y a la vida** y, en especial, **por la acción**, ya que no respetó el párrafo 8 de la *Observación General* 14, que regula **el derecho a no ser sometido a tratamientos y experimentos médicos no consensuados**, mediante la adopción de las medidas que resulten ineficaces.

4.2.1.4. Desmantelamiento de políticas de salud

En este contexto, es importante recordar que la inclusión del Derecho Humano a la Salud en el artículo 6° de la Constitución Federal es el resultado del proceso de movilización y construcción del movimiento sanitario que logró movilizar a usuarios, profesionales de la salud, y incluso a gerentes de diferentes niveles del sistema, en defensa del Sistema de Salud, y que fue basado en los derechos humanos, con fuerte contenido participativo y diálogo permanente en armonía con la carta elaborada en Alma-Ata.

35 Disponible en: <https://twitter.com/seconvc/status/1263208935236001800>. Consultado en: 10 oct. 2021

36 Disponible en: www.facebook.com/SeconVc/posts/260666828621933?comment_id=260869668601649. Consultado en: 10 oct. 2021.

37 Disponible en: www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/discursos/2020/discurso-do-presidente-da-republica-jair-bolsonaro-durante-o-encontro-brasil-vencendo-a-covid-19-palacio-do-planalto. Consultado en: 10 oct. 2021.

Es importante resaltar que la organización de la red de servicios de salud de manera regionalizada (local, municipal, regional, estatal y federal) y jerárquica (atención primaria, atención ambulatoria y hospitalaria de mediana y alta complejidad) se llevó a cabo con la implementación del SUS, el cual fue regulado el 19 de septiembre de 1990 por la Ley Federal n. 8080. Esta ley define el funcionamiento del SUS, estableciéndolo legalmente como un sistema dinámico de organización continua y creciente de acciones de atención de salud para el pueblo brasileño. Los equipos de Salud de la Familia forman parte del SUS; las Unidades Básicas de Salud (UBS); hospitales públicos municipales, de los Estados y federales, incluidos los hospitales universitarios; fundaciones e institutos de investigación (como Butantã, Adolfo Lutz y Vital Brasil); laboratorios; centros de sangre; Servicios de Vigilancia Sanitaria; Vigilancia Epidemiológica y Vigilancia Ambiental; además de los hospitales y servicios de salud privados, o contratados por el Gobierno.

El SUS brinda atención médica en Brasil con las garantías de:

- universalidad: todas las personas tienen derecho a la atención de la salud pública, independientemente de su género, raza, ingresos, ocupación u otras características sociales o personales.
- equidad: atención médica con recursos y servicios de manera justa, asignando más a quienes tienen menos, para reducir las desigualdades.
- integralidad: atendiendo a la persona en su conjunto, llevando a cabo las acciones de atención de la salud en su totalidad, ya sean curativas, preventivas, individuales o colectivas.
- participación popular: participación de usuarios de los servicios de salud y sociedad civil organizada, a través de Consejos de Salud (permanentes, deliberativos y conjuntos) y Conferencias de Salud (periódicas, consultivas y conjuntas).

Es fundamental aquí enfatizar que el SUS, así como el conjunto de Políticas Sociales, ha sido objetivo de un agresivo desmantelamiento desde el golpe legislativo, que culminó con el impedimento de la presidenta Dilma Rousseff. Este golpe consolidó un frente político, caracterizado por intelectuales como una alianza autoritaria y conservadora, a la vez jerárquica y señorial, con poca apertura para “escuchar” lo que viene de las clases populares.

El principal instrumento de esta estrategia de desmantelamiento fue la aprobación de la Enmienda Constitucional n. 95/2016, también conocida como Enmienda del Techo de Gasto Público. Esta modificación a la Constitución Federal establece que durante 20 años los gastos primarios del presupuesto público se limitarán a la variación inflacionaria. Esto implica que no habrá un crecimiento real de estos gastos.

Por lo tanto, las medidas de tratamiento temprano con hidroxiclороquina, proyecto piloto, y de desmantelamiento de la salud no responden a las necesidades de los ciudadanos y ciudadanas en la atención de la salud, por lo que, el Gobierno brasileño **viola la obligación de crear condiciones que aseguren todos y todas los cuidados médicos de salud y servicios en caso de enfermedad**. Al mismo tiempo, la iniciativa de utilizar medicamentos con efectos secundarios importantes en pacientes ya debilitados por el

virus puede, sin duda, haber llevado a la muerte a miles de personas. La justicia brasileña tiene la obligación de investigar y llegar a los verdaderos culpados de esta atrocidad.

4.2.2. Violación del artículo 2º del PIDESC, en conformidad a la *Observación General* 14 en los párrafos 31 y 32, referente a la realización progresiva del derecho a la salud, sin retrocesos

El Estado brasileño **no cumplió con la obligación de garantizar el más alto nivel de salud posible, mediante la adopción de las medidas necesarias, para utilizar el máximo de recursos disponibles.** Un Estado que no esté dispuesto a utilizar la máxima cantidad de recursos disponibles para hacer efectivo el derecho a la salud viola sus obligaciones en virtud del artículo 12.

Incluso, en este contexto de caos en salud, el gobierno federal no logró gastar R\$ 80,7 billones del presupuesto destinado a contener los efectos de la pandemia en 2020, a pesar de la gravedad de la crisis sanitaria y social en el país desde la llegada del nuevo coronavirus. Esto equivale a 15% del total de recursos gastados para este fin y, a efectos comparativos, sería suficiente para financiar dos programas Bolsa Familia durante un año. La encuesta realizada por el Instituto de Estudios Socioeconómicos (INESC) forma parte del estudio “*Un país asfixiado - Balance del Presupuesto General de la Unión 2020*”³⁸. El Instituto concluye que, la no ejecución del total de R\$ 604,7 billones destinados a combatir la pandemia, contribuyó para que el país finalizara el año con 200 mil muertos por el virus y con una tasa récord de desempleo, llegando a 13,4 millones de personas. Según el estudio, “En la situación de emergencia y calamidad en la que se encontraba Brasil en 2020, el gobierno tenía la obligación de gastar la máxima cantidad de recursos disponibles para proteger a la población. Sin embargo, es notorio el sabotaje, la ineficiencia y la demora en el financiamiento de políticas públicas esenciales para sobrevivir a la crisis”.

Así, es importante destacar, como señala Bruno Moretti (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021), investigador en el ámbito de esta acción, que contrariamente a lo que defiende la Enmienda Constitucional n. 95/2016 (EC 95), su objetivo central es el de desvincular el gasto de salud, que solo se actualiza con la inflación. Después de todo, congelar los gastos primarios no requeriría una Enmienda a la Constitución, pues, en la práctica, dado el crecimiento de los ingresos corrientes netos por encima de la inflación, no es necesario transferir los montos al presupuesto de salud.

En 2018 y 2019, esta disposición retiró R\$ 17,56 billones, correspondiente a la diferencia entre 15% de la RCL (piso de la EC 86, que estaría vigente desde 2018, en los términos de la Decisión del Ministro Ricardo Lewandowski) y los recursos comprometidos para acciones y servicios de salud pública en dichos ejercicios. La EC 95 permite que lo que se ha ganado con la recaudación no se transfiera al SUS. En 2017, según datos oficiales del Sistema de Informaciones sobre Presupuesto Público en Salud (Siops) y del Tesoro

38 Disponible en: www.inesc.org.br/baixa-execucao-financeira-e-lentidao-do-governo-asfixiaram-politicas-social-en-2020-diz-estudo/?gclid=Cj0KCQjwqKuKBhCxARIsACf4XuETeOJU8Kbl8BrWB. Consultado en: 10 sep. 2021.

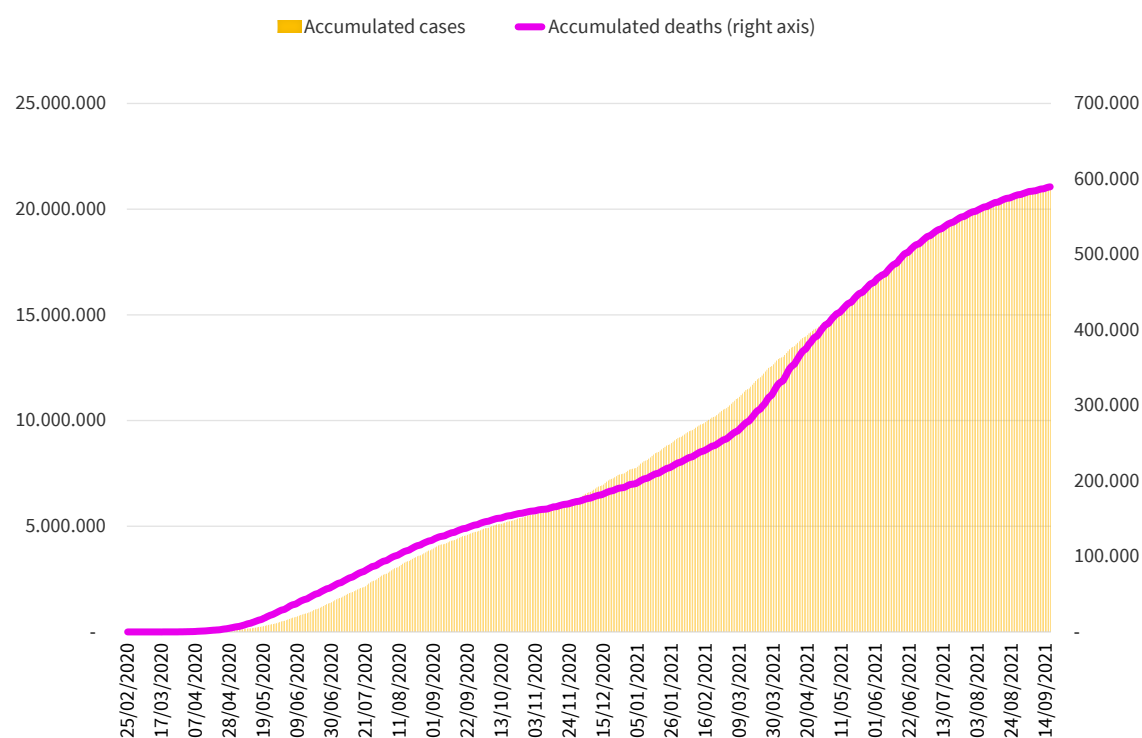
Nacional, los montos comprometidos con acciones y servicios de salud pública fueron de 15,8% de la RCL, habiendo caído este indicador a 13,5% de la RCL. Es decir, la EC 95 configura una especie de reducción de ingresos que deben canalizarse al SUS.

Por lo tanto, la baja financiación estructural del SUS se transformó en una reducción de los gastos sanitarios tras la congelación del techo sanitario por parte de EC 95. En 2020, la EC 95 determinaría, una vez más, las pérdidas en la salud. El panorama empeoraría frente a la combinación de EC 95 con el objetivo de resultado primario. Este último, corresponde a la diferencia entre ingresos y gastos primarios. Ante la baja recaudación, sería necesario dotar de recursos de contingencia en 2020, llevando el gasto a un nivel por debajo del techo.

Las decisiones presupuestarias del Ministerio de Salud y del Ministerio de Economía durante la pandemia, tanto en 2020 como en 2021, tuvieron impactos directos que demuestran cómo se diseñó y ejecutó el presupuesto, violando el derecho humano a la salud.

El gráfico, a continuación, muestra que, de 2020 a 2021, hubo una inflexión en el número de casos y muertes en Covid-19. En este contexto, nuevamente es necesario preguntarse: ¿por qué no se ajustó el proyecto de ley de presupuesto para incluir gastos para combatir el recrudecimiento de la pandemia? Evidentemente, la adición de gastos a la propuesta de presupuesto no fue posible, dado que los recursos ya estaban programados en el techo de gastos. Es decir, hubo una evidente restricción del presupuesto de salud, por el mantenimiento del techo de gastos, comprometiendo la garantía del derecho a la salud, en circunstancias de aumento en el número de casos de Covid-19.

Figura 1. Casos y muertes por Covid-19



Fuente: Painel Coronavírus. Elaboração Bruno Moretti.

Es importante destacar lo que Bruno Moretti (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021) destaca sobre el presupuesto 2021:

1. el presupuesto de salud para 2021 fue enviado al Congreso Nacional bajo la EC 95, sin provisión de recursos para combatir la pandemia, ya sea en salud o para otras políticas como Asistencia de Emergencia; de esta forma:
2. las transferencias de salud a las entidades que enfrentan la pandemia solo se realizaron a partir de marzo de 2021, a pesar del resurgimiento del Covid-19 en los primeros meses de ese año;
3. la Asistencia de Emergencia fue suspendida a lo largo del primer trimestre de 2021, haciendo inviable en la práctica el protocolo de distanciamiento social para los más vulnerables;
4. la expiración de los recursos extraordinarios para combatir la pandemia en diciembre de 2020 provocó una caída en el número de camas de UCI Covid autorizadas por el Ministerio de Salud: de 12 mil en diciembre de 2020 a solo 3.187 en febrero de 2021, esto en un escenario de creciente número de pacientes.

En 2020, se autorizaron R\$ 24,5 billones, para la compra de vacuna, considerando la transferencia de tecnología de AstraZeneca, en el ámbito de Fiocruz, Covax Facility y otras compras. Sin embargo, de este total, ni siquiera se comprometieron R\$ 21,6 billones (88% del total), habiendo sido reabiertos en 2021, demostrando la estrategia deliberada de retrasar la vacunación contra Covid-19. Hasta mediados de septiembre de 2021, Brasil tenía menos del 37% de la población completamente inmunizada.

En 2020, sumando los montos autorizados entre marzo y junio para compras centralizadas por el Ministerio de Salud, se disponía de R\$ 11,3 billones, de los cuales sólo se habían pagado R\$ 1,5 mil billones (13% del total). La baja ejecución de compras centralizadas a las restricciones en el suministro de ventiladores mecánicos, equipo de protección personal, medicamentos de UCI, test, entre otros ítems, en un contexto de demanda y precios más altos.

Si bien se autorizaron recursos del presupuesto para combatir la pandemia en el Ministerio de Salud para su transferencia a los estados y municipios en 2020, los datos muestran una reducción significativa de las transferencias entre abril (R\$ 4,25 billones) y mayo (R\$ 2,37 billones), al mismo tiempo que se desataba la pandemia. En junio de 2020, los montos transferidos representaron aproximadamente la mitad de los montos de abril. Entre marzo y junio de 2020, se dispusieron R\$ 27 billones para transferir a los estados y municipios en el ámbito del Ministerio de Salud para combatir la pandemia, con solo R\$ 9,9 billones (37%) siendo pagados en ese período (valor autorizado).

Así, la austeridad fiscal y la pandemia no deberían coexistir, pero en abril de 2021, el mes más mortífero de la Covid-19, el presidente del Banco Central (BC), Roberto Campos Neto, afirmó que Brasil necesitaba austeridad y seriedad fiscal en la lucha contra la Covid-19. Afirmó que el gasto adicional podría hacer más daño que bien al país.

Otro problema, relacionado con los recursos disponibles para combatir la pandemia, es la desviación de recursos. En marzo de 2021, la Contraloría General de la Federación (CGU) dio a conocer una revisión de las investigaciones sobre irregularidades en la aplicación de recursos federales en acciones de combate a la pandemia, por parte de

estados y municipios.³⁹ La agencia estima una pérdida potencial de R\$ 125,9 millones, por desvío de fondos. La pérdida real, ya confirmada por los hallazgos, es de R\$ 39,1 billones. Desde el inicio de la pandemia, la CGU ha actuado en 51 operativos en conjunto con la Policía Federal y Ministerios Públicos. La suma del valor de los contratos y licitaciones analizados por ellos fue de R\$ 1,4 billones.

Para 2022, Moretti destaca que, la propuesta de presupuesto fue enviada al Congreso Nacional con recursos cercanos al piso congelado del EC 95. Si el piso anterior (EC 86) estuviera vigente, el SUS tendría otros R\$ 25 billones en el PLOA. Los recursos para la vacunación de la población contra la Covid-19 son de R\$ 3,9 billones, pero el propio Ministerio de Salud estima la necesidad de R\$ 11 billones. Es decir, el compromiso del gobierno con EC 95 implica que no hay suficientes recursos para vacunar a la población en 2022.

Las medidas adoptadas por el **Estado violan la realización progresiva del derecho a la salud**, ya que no cumplieron con la obligación concreta y progresiva, de avanzar con la máxima rapidez y eficacia posible hacia la plena realización del artículo 12 del PIDESC. Para la realización del Derecho a la Salud, como en el caso de los demás derechos recogidos en el Pacto, no son admisibles las medidas que tiendan a retrasar la realización de los derechos. Si fueran adoptadas deliberadamente alguna que implique retroceso, el Estado debe probar, que las mismas fueron aplicadas luego de examinar de forma exhaustiva todas las alternativas posibles y que estas medidas estén debidamente justificadas en relación con la totalidad de los derechos consagrados en el Pacto y que se relacionan con el uso pleno de los recursos máximos de que dispone el Estado Parte.

4.2.3. Violación del artículo 12 del PIDESC bajo el párrafo 3° de la *Observación General 14 al PIDESC*

El Estado brasileño **violó la obligación de cumplir el derecho humano a la salud**, ya que no respetó la conexión del derecho humano a la salud con la realización de otros derechos humanos y dependió de estos mismos derechos, que están enunciados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en particular: el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación.

4.2.3.1. No garantía del derecho humano a la alimentación

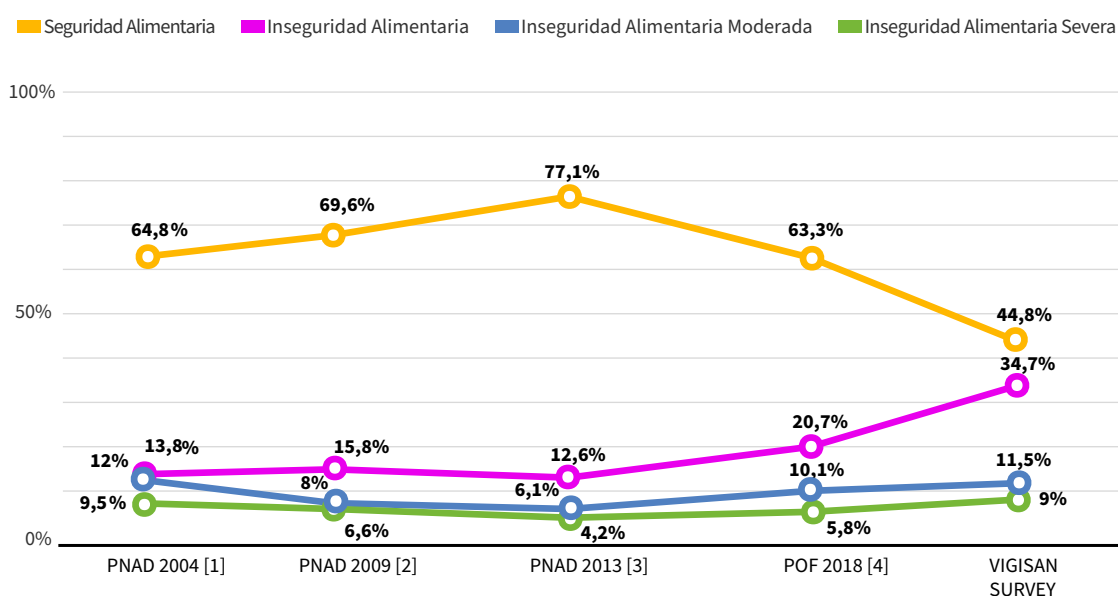
En cuanto a la realización del Derecho Humano a la Alimentación, los datos de las encuestas realizadas en 2020 apuntan a 116,8 millones de brasileños que viven con algún tipo de inseguridad alimentaria y nutricional, más de la mitad de la población brasileña. De estos, 43,4 millones no tenían alimentos en cantidad y calidad suficientes para

39 Disponible en www.gov.br/cgu/pt-br/coronavirus/cgu-monitorea-aplicacao-dos-recursos-federais-repassados-a-estas-e-municipios. Accedido en 10 sept. 2021.

satisfacer sus necesidades alimentarias y nutricionales, y de estos, 19 millones vivían con hambre (PENSSAN, 2021).

Los grupos de población más afectados por la inseguridad alimentaria y nutricional y el hambre son los excluidos estructuralmente, que perdieron en gran medida su fuente de ingresos durante el período pandémico y se volvieron dependientes de la Ayuda de Emergencia para conseguir algo de comer. Los estudios realizados durante la pandemia muestran que, en promedio, las familias gastaron el 69% de los R\$ 600,00 de la ayuda en la compra de alimentos. La suspensión del programa por un período y la posterior reducción del monto de la ayuda en 2021 seguramente tuvo un efecto negativo adicional en los niveles de inseguridad alimentaria, como se muestra en los gráficos siguientes:

Figura 2. Comparación estimativas de Seguridad/Inseguridad Alimentaria en el VigiSAN según escala de ocho ítems. VigiSAN AS/IA – Covid-19, Brasil, 2020.



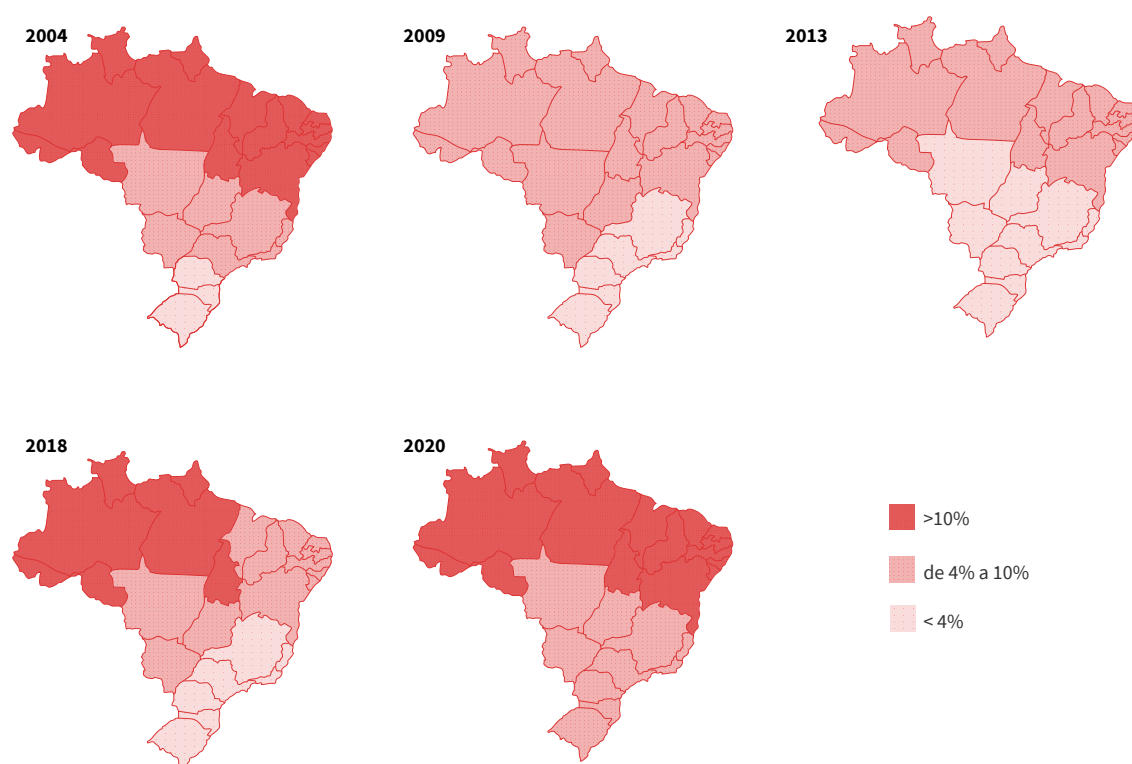
Fuente: Reproducción de la Red PENSSAN, 2021, p. 48 [Reanálisis según la escala de ocho ítems de: (1) Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003-2004 (IBGE); (2) Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008-2009 (IBGE); (3) Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2013-2014 (IBGE); (4) Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018 (IBGE)].

El gráfico muestra la evolución de los porcentajes de Seguridad Alimentaria (en verde), Inseguridad Alimentaria (en amarillo), Inseguridad Alimentaria Moderada (en azul) e Inseguridad Alimentaria Severa (en rojo). como se puede observar, el perfil muestra una mejora en el período de 2004 a 2013, con una reducción significativa de la inseguridad alimentaria severa y moderada (4,2% y 6,1%, respectivamente), y con una prevalencia de seguridad alimentaria que alcanza el 77%. A partir de 2013, la imagen está invertida. La seguridad alimentaria, alcanza su nivel más bajo de la serie oficial, 44,8% en 2020, y las inseguridades alimentarias severas y moderadas vuelven a los valores de 2004, con un aumento de más del 20% en la inseguridad alimentaria. Estos últimos datos fueron recolectados en 2020 y ya tienen en cuenta el impacto de las medidas de desmantelamiento del CONSEA Nacional y la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, profundizadas por la administración Bolsonaro y el impacto inicial de la

pandemia. Según la “Encuesta Nacional de Inseguridad Alimentaria en el Contexto de la Pandemia Covid-19 en Brasil” (PENSSAN, 2021), la prevalencia del hambre aumentó en un 27,6% en el período 2018 a 2020. Cifra que refleja el profundo retroceso en el logro del Derecho Humano a una Alimentación y Nutrición Adecuadas (Dhana) en el país.

El siguiente figura facilita la visualización de la evolución de la situación de la seguridad alimentaria y nutricional en las diferentes regiones, siendo el empeoramiento en los indicadores nacionales, pero las regiones más afectadas, siguen siendo el Norte y Nordeste.

Figura 3. Evolución del hambre en Brasil: porcentaje de población afectada por la inseguridad alimentaria severa entre 2004 y 2020 – macrorregiones.



Fuente: Reproducción de la Red PENSSAN, 2021, p. 52. [Reanálisis según la escala de ocho ítems de: [1] Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003-2004 (IBGE); [2] Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008-2009 (IBGE); [3] Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2013-2014 (IBGE); [4] Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018 (IBGE); [5] VigiSAN SA/IA – Covid-19, Brasil, 2020].

El mismo estudio señala que, además de la región Nordeste y Norte, el hambre golpea con más fuerza a las poblaciones rurales, comunidades afrodescendientes, indígenas y ribereñas (12%), hogares encabezados por mujeres (11,1%), viviendas habitadas por negros y pardos (10,7%), y en hogares donde la persona de referencia no tenía escolaridad o tenía educación primaria incompleta (14,7%). Estos datos, indican la gravedad de las continuas violaciones del derecho humano a una alimentación y nutrición adecuadas, que deben ser revertidas y reparadas en corto plazo, de lo contrario dejarán secuelas importantes, particularmente para los niños en la fase de desarrollo. En este caso específico, la dimensión del derecho humano a la alimentación violada es el derecho a no padecer hambre. Por lo tanto, el Estado brasileño tiene la obligación de otorgar el

derecho de inmediato, incluso, recurriendo a la comunidad internacional, si presenta un argumento convincente de que no cuenta con los recursos para hacerlo.

En mayo de 2021, se presentó ante el Supremo Tribunal Federal (STF), la corte suprema, una Alegación de Incumplimiento de Precepto Fundamental (ADPF), solicitando una medida cautelar, con el objetivo de invertir recursos en medidas para combatir de manera inmediata el hambre, exigiendo la suspensión del efecto de la EC 95, que congeló la corrección de inversiones primarias para garantizar derechos durante veinte años, y también cuestiona la reducción del valor de la Ayudas de Emergencia. La sentencia de este ADPF aún no se había concluido al momento de finalizar este informe de denuncia.

La misma encuesta mencionada anteriormente destaca que la sed y la sequía están afectando especialmente a las regiones Norte y Nordeste. La inseguridad hídrica alcanzó 40,2% y 38,4% de los hogares de estas regiones, respectivamente. Estas tasas son tres veces más altas que en otras regiones. Esto denota la ausencia de voluntad política y políticas públicas efectivas para contener los avances en la falta de agua y saneamiento básico. Fue y sigue siendo un reto para las poblaciones sin acceso a estos servicios básicos mantener un saneamiento adecuado para enfrentar la pandemia y otras patologías relevantes.

Estos temas, relacionados con la inseguridad alimentaria y la realización del derecho a una alimentación adecuada que se presentan, son fundamentales para que podamos visualizar la dimensión colectiva de la violación, a nivel de políticas públicas orientadas hacia la dignidad humana y su impacto en la vida de las personas. Solo así, podremos ir más allá de la simple denuncia y promover la reparación en la máxima medida posible.

4.2.3.2. No garantía del derecho a la vivienda

El derecho humano a una vivienda adecuada, con saneamiento básico, es esencial para la realización del derecho humano a la salud. En la pandemia de la Covid-19 este derecho se vuelve aún más esencial ya que requiere un constante aislamiento social y saneamiento. Sin embargo, según la Campaña Nacional Desalojos Cero⁴⁰ en Defensa de la Vida, hubo un aumento del 310% en el número de familias desalojadas en Brasil en el último año. Pasamos de 6.373 familias desalojadas en agosto de 2020, a 19.875 familias en agosto de 2021. También hubo un aumento del 495% en el número de familias amenazadas con perder sus hogares. En agosto de 2020, había 18.840 familias amenazadas y en agosto de 2021, aumentó a 93.485.

El 23 de junio de 2021, por 38 votos a favor y 36 votos en contra, luego de ser aprobado por la Cámara de Diputados, el Senado Federal aprobó el Proyecto de Ley n. 827/2020, que suspende las medidas judiciales por desalojo hasta fines de 2021, debido a la pandemia del coronavirus. El texto, suspende los actos realizados desde el 20 de marzo de 2020, salvo los ya concluidos. Sin embargo, el 8 de agosto, Jair Bolsonaro vetó por completo el Proyecto de Ley n. 827/2020, que prohibía el desalojo en propiedades urbanas

40 Datos de agosto de 2021. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1CIZjXacbUDgMqSaidklps0ba9BF9q8Ju/view>. Consultado el: 10 set. 2021.

durante la pandemia de coronavirus. Según el mandatario, el proyecto “generaría un círculo vicioso”. Dijo en su mensaje:

La propuesta haría posibles mejoras al problema de los ocupantes ilegales, pero, por otro lado, agravaría la situación de propietarios y arrendadores. La suspensión de cualquier actividad judicial, extrajudicial o administrativa tendiente a devolver la posesión del propietario que sufrió despojo, o garantizar el pago de la renta, impactaría directamente en la regularización de estas propiedades y los ingresos de estas familias, generando un círculo vicioso, como más las familias seguirían sin ser una fuente de ingresos y necesitarían ocupar tierras o retrasar el pago de la renta.⁴¹

La vivienda es un derecho fundamental para la realización del derecho humano a la salud. Todas las personas deberían tener acceso a una vivienda, a un techo. Si antes ese derecho no estaba garantizado para muchos brasileños, con los datos presentados arriba por la Campaña Desalojos Cero⁴² está claro que la pandemia ha empeorado. En un momento de pandemia, un momento excepcional de búsqueda de soluciones, incluidas las emergencias, se entiende que debe garantizarse el derecho a la vivienda.

4.2.3.3. No garantía del derecho de acceso a información

Proporcionar acceso a información, a los datos, es una de las obligaciones establecidas en el punto IV b del párrafo 12 de la *Observación General* 14 al PIDESC. El acceso incluye el derecho a solicitar, recibir y transmitir información e ideas sobre temas relacionados con la salud, siempre que el derecho a que los datos personales de salud sean tratados de forma confidencial.

El acceso a la información es tan importante que, en la Declaración de Emergencia de Salud Pública por Covid-19, realizada por la OMS el 30 de enero de 2020, se recomendó una serie de medidas, entre ellas “combatir la difusión de rumores y desinformación”.

En marzo de 2020, el Gobierno Federal, emitió una medida provisional que preveía la suspensión de solicitudes a través de la Ley de Acceso a la Información (LAI) en todos los órganos y entidades de la administración pública federal, permitiendo que las solicitudes de información no sean atendidas por parte del régimen de teletrabajo de servidores, además de suspender la posibilidad de recurso. También en marzo, varios científicos, médicos, investigadores y miembros de la sociedad civil organizada señalaron la necesidad de ampliar los datos abiertos y desagregados, especialmente sobre el avance de Covid-19 en grupos socialmente vulnerabilizados.

Según la abogada e investigadora de esta iniciativa, Euzamara de Carvalho (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021), la ausencia de datos sobre los efectos de la pandemia en estos grupos, acelera y agrava los impactos en la salud y la vida de personas históricamente afectadas por la ausencia de políticas comprometidas

41 Disponible en: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/08/05/bolsonaro-veta-projeto-que-suspendia-despejo-na-pandemia>. Accedido en 10 sept. 2021.

42 Para obtener más información ver: www.campanhadespejzero.org. Accedido en 10 sept. 2021.

con el logro de la equidad y dignidad de la persona humana, ya que aumentan las dificultades de los gestores públicos y profesionales de la salud en el desarrollo de políticas públicas para prevenir y reaccionar ante la pandemia.

Los datos abiertos, la transparencia y la información son el trípode para formular cualquier política pública.

Desde 2011, año de la aprobación de la LAI en Brasil, la sociedad brasileña, nunca había visto tantas iniciativas dirigidas a romper los instrumentos de control y participación social en el país. La LAI brasileña, y sus dispositivos, ritos, procedimientos y posibilidades de apelación, es un modelo de buena práctica para varios países, y representa un hito de toda la sociedad brasileña, una señal concreta del progreso democrático del país. Sin embargo, las situaciones mencionadas muestran que el cambio en la cultura del secreto, solo se materializa a partir de un esfuerzo amplio – diario y constante – del Gobierno para asegurar la implementación de políticas públicas coherentes y la formación permanente de los funcionarios y poderes públicos.

La encuesta “Covid-19: acceso a la información pública”⁴³ tuvo el objetivo de monitorear y analizar las solicitudes de información relacionadas con la Covid-19 dirigidas al Gobierno Federal de Brasil a través del Sistema Electrónico del Servicio de Información Ciudadana (e-SIC), y las respectivas respuestas. La investigación analiza que, en el primer trimestre de 2020, como se muestra en la tabla a continuación, se observa que se otorgó acceso al 65% de las solicitudes, condición en la que el organismo público considera que ha cumplido con la demanda de información. En el segundo trimestre de 2020, este tipo de respuesta tuvo una participación menor (46% en abril, 41% en mayo y 44% en junio). Lo que aumentó, sin embargo, no fue el porcentaje de solicitudes con acceso denegado – que se mantuvo en el mismo nivel en todos los meses del primer semestre de 2020 –, sino las solicitudes que tuvieron el tipo de respuesta “Enviado a e-Ouv”, que implica derivación al Sistema de Atención del Poder Ejecutivo Federal (e-Ouv), externo al ciclo de atención de LAI, y “Esta no es una solicitud de información”.

Tabla 1. Comparación de los datos generales de la LAI en el primer semestre 2020

Descripción	2020			
	Ene-Mar	Abr	Mai	Jun
Total de solicitaciones	35.307	13.892	18.782	17.145
Solicitaciones contestadas	33.874	8.873	11.898	10.268
Tipo de contestaciones				
Acceso concedido	65%	46%	41%	44%
Acceso denegado	7%	6%	5%	6%
Enviado a e-Ouv.	8%	18%	29%	22%
No se trata de solicitud de información	6%	18%	15%	17%
Otros tipos de contestación	14%	12%	10%	11%

Fuente: Pesquisa Covid-19: acesso à informação pública.

43 Disponible en: <http://revista.ibict.br/liinc/article/view/5370/5110>. Consultado el: 10 set. 2021.

Aún en lo que respecta al acceso a la información de los datos, es importante destacar la denuncia realizada por médicos de la operadora de los planes de salud Prevent Senior, por defraudar certificados de defunción, registrando defunciones por coronavirus con otras causas. Según el expediente entregado a la CPI de la Covid-19, la empresa de planes de salud ocultó las muertes de pacientes que participaron en un estudio para probar la eficacia de la hidroxicloroquina, asociada con azitromicina, para tratar la Covid-19. El documento también dice que la propagación de la cloroquina y otros medicamentos fue el resultado de un acuerdo entre el gobierno de Bolsonaro y Prevent Senior. Según el expediente, el estudio fue una consecuencia del acuerdo.

Además de **incumplir con la obligación de informar correctamente a la población**, el Presidente de la República, viola el derecho a la salud, al actuar de manera engañosa, pues la investigación, sin fundamento científico, fue publicitada y elogiada por el Presidente de la República Jair Bolsonaro, como ejemplo de éxito del uso de hidroxicloroquina, ya que él publicó los resultados del estudio y no mencionó las muertes de los pacientes que tomaron el fármaco.

Según el Relator Especial sobre Libertad de Expresión de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, bajo cualquier circunstancia las víctimas, sus familiares y la población en general tienen derecho a conocer información sobre graves violaciones a los derechos humanos encontradas en los archivos del Estado.

4.2.3.4. No garantía de vigilancia en salud

Aún para asegurar el acceso a la información, es importante resaltar el incumplimiento de las condiciones de vigilancia de la salud, lo que constituye un proceso continuo y sistemático de recolección, consolidación, análisis y difusión de datos sobre eventos relacionados con la salud, con el objetivo de planificación e implementación de medidas de salud pública, para la protección de la salud de la población, prevención y control de riesgos, lesiones y enfermedades, así como para la promoción de la salud.

La Declaración de Emergencia de Salud Pública de la OMS también recomendó, en el punto cinco, revisar los planes de preparación, identificar las deficiencias y evaluar los recursos necesarios para identificar, aislar y atender los casos, y prevenir la transmisión y, en el punto seis, compartir datos, conocimientos y experiencias con la OMS y el mundo.

Así, Brasil, a través del Decreto Federal n. 10.212, del 30 de enero de 2020, reúne una lista de capacidades a aplicar en el campo de la salud pública global. Según la investigadora Euzamara de Carvalho (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021), Brasil ya había mostrado potencial para actuar en vigilancia con la institución de la Política Nacional de Vigilancia Sanitaria (PNVS), en forma de acción integrada según el desempeño del SUS. Sin embargo, no hubo anuncio o adopción de un Plan Nacional de Vigilancia Sanitaria en Brasil en el contexto de la Declaración de Emergencia en Salud Pública de Importancia Nacional (ESPIN) como resultado de la infección humana por el nuevo coronavirus (2019-nCoV), según la Ordenanza n. 188, de 3 de febrero de 2020.

Cabe señalar que, mientras los distintos países del mundo, y sus respectivos jefes de estado, emplearon esfuerzos para crear estrategias para proteger la vida y reducir la propagación del virus con priorización de acciones de vigilancia, el gobierno brasi-

leño descuidó la defensa de la vida, en especial de las personas más necesitadas. La valoración crítica de la situación brasileña es desconcertante ante las declaraciones de que “Ningún país del mundo ha enfrentado tan mal la nueva pandemia de coronavirus como Brasil”, según publica *SindiSaúde* en referencia al estudio del Instituto Lowy, en Australia.⁴⁴

Sin embargo, la dolorosa secuencia de hechos provenientes del actual Presidente de la República y de la cúpula de su gobierno, incluyendo las declaraciones que orientan las acciones del Estado brasileño en NO combatir la pandemia, demostró la violación explícita de las recomendaciones, de la acumulación política e institucional del tema de la vigilancia en salud.

4.2.4. Violación del artículo 12 del PIDESC en conformidad al párrafo 36 de la *Observación General 14* (no vacunación y polución)

La violación del artículo 12 del PIDESC, ratificada por el párrafo 36 de la *Observación General 14* por el Estado brasileño **se debe al incumplimiento de la obligación de garantizar la atención de la salud, en particular mediante el establecimiento de programas de vacunación contra las principales enfermedades infecciosas.**

4.2.4.1. Vacunación

Brasil tardó demasiado en empezar a comprar vacunas. De no ser por Butantã y Fiocruz (responsables en el país de las vacunas CoronaVac y Oxford-AstraZeneca, respectivamente), Brasil no habría iniciado la vacunación en enero de 2021. Gonzalo Vecina Neto, profesor de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo y uno de los fundadores de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, y la epidemióloga Ethel Maciel, dicen que el primer y más grande error fue que el Gobierno Federal no compró las vacunas por adelantado, ni siquiera en 2020 (PASSARINHO, 2021).

A mediados del año pasado, cuando los fabricantes anunciaron que estaban desarrollando vacunas, varios países como Chile, Colombia, Reino Unido y miembros de la Unión Europea negociaron la compra de estos productos aún en fase de prueba. Cerrar el contrato, estando todavía en fase de prueba, significó garantizar el acceso a las dosis. Según el epidemiólogo, una de las estrategias para minimizar el riesgo sería armar una canasta variada de vacunas. Por ejemplo, con dosis de Oxford-AstraZeneca, CoronaVac, Pfizer y Moderna. Sin embargo, el gobierno brasileño no hizo esto, y aún, rechazó un acuerdo propuesto por Pfizer que garantizaría 70 millones de vacunas para diciembre 2020.

Al justificar el no cierre de un acuerdo con Pfizer, el gobierno brasileño argumentó que las cláusulas propuestas por la empresa eran abusivas⁴⁵. En un comunicado, el

44 Disponible en: <http://www.sindisaude.con.br/home/noticias-destaque/brasil-fez-a-pior-gestao-do-mundo-na-pandemia.html>. Acceso el: 10 oct. 2021.

45 Disponible en: www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/nota-1. Consultado en: 10 sep. 2021.

Ministerio de Salud citó como ejemplo el hecho de que Pfizer exige que, en caso de desacuerdo con el gobierno brasileño, las negociaciones de arbitraje deberían basarse en las leyes de Nueva York, no en las de Brasil. Otro punto mencionado por el gobierno brasileño fue el requisito de que Pfizer firmara un descargo de responsabilidad, para eximir al fabricante de una sanción civil por cualquier efecto secundario grave de la vacuna. Pfizer respondió, en nota, diciendo que estos mismos términos fueron aceptados por otros países que compraron la vacuna, incluidos Estados Unidos, Colombia, Chile, Reino Unido, Japón, Ecuador y la Unión Europea.

Fiocruz inició negociaciones para la compra de Oxford-AstraZeneca, mientras Butantã negociaba con la china Sinovac la transferencia de tecnología para producir CoronaVac. Luego de llegar a acuerdos con fabricantes extranjeros, ambos presentaron las propuestas al Gobierno Federal. El gobierno de Jair Bolsonaro aceptó la propuesta de Fiocruz, pero, en octubre del 2020, rechazó una propuesta de Butantã, que preveía la entrega de 45 millones de dosis de CoronaVac para diciembre de 2020 y otros 15 millones en el primer trimestre de 2021, lo que garantizaría en al menos 60 millones de dosis en la primera fase de vacunación.

En aquel momento, el ministro de Salud, Eduardo Pazuello, defendió cerrar el acuerdo, pero el presidente Jair Bolsonaro se opuso. Una disputa política con el gobernador de São Paulo, João Doria, y la presión de militantes de derecha que levantaron sospechas sobre una vacuna producida en China pesaron en la decisión. El mandatario argumenta: “Desde China no compraremos. Es mi decisión. No creo que transmita suficiente seguridad para la población por su origen. Ese es nuestro pensamiento”, dijo Bolsonaro el 21 de octubre 2020 en una entrevista con *Radio JovemPan*.

Luego, en enero 2021, el presidente Jair Bolsonaro dio marcha atrás y firmó un acuerdo para comprar las vacunas de Butantã. El problema es que este retraso en la negociación también demoró el cronograma de entrega de los productos. Esto se debe a que la capacidad de producción de Butantã, así como la de Fiocruz, choca con el ritmo de las importaciones de insumos de China. Al final, sólo estuvieron disponibles en enero y febrero, 9,8 millones de dosis de CoronaVac (Sinovac/Instituto Butantã) y 2 millones de dosis de la vacuna Oxford-AstraZeneca.

Otro problema grave relacionado con la vacunación fue la falta de una definición de quién debería recibir la vacuna primero, dentro del grupo de prioridades. El Gobierno Federal elaboró una enorme lista de grupos prioritarios que, en conjunto, sumaron 77,2 millones de personas. La lista de prioridades incluyó a personas mayores de 90 años, a profesionales del área de la salud, camioneros y militares.

No se ordenó quién debería recibir primero la vacuna, en el escenario severo de escasez total de vacunas. como no hubo coordinación federal, cada municipio creó sus propias reglas y surgieron distorsiones. Por ejemplo, la lista del Gobierno Federal incluye “trabajadores de la salud”, pero no especifica cuáles entrarían en la prioridad. A falta de una definición, esteticistas, psicólogos, dermatólogos, veterinarios e incluso instructores de pilates, fueron vacunados antes que las personas mayores de 80 años en algunas ciudades.

Ante esta situación, el ministro Ricardo Lewandowski, de la Suprema Corte de Justicia (STF) de la Nación, determinó, el 8 de febrero 2021, que el Gobierno Federal debería dar

a conocer el orden de preferencia dentro del grupo prioritario. Pero para entonces, las dosis del primer envío, ya se habían agotado. Se dejó de vacunar a los ancianos, para vacunar a una amplia gama de profesionales de la salud que ni siquiera estaban en la primera línea.

En cuanto a la previsión de vacunación a la población, tampoco hubo capacitación y orientación para los equipos que administran la vacuna. No hubo campaña nacional de vacunación, con información a la población y capacitación específica para los equipos de los puestos de salud. En Río de Janeiro, se informó ampliamente que las dosis de Oxford-AstraZeneca se desecharon debido a la baja asistencia de personas mayores, en algunas áreas de la ciudad. Una vez que se ha abierto el frasco, para colocarlo en las jeringas, el contenido de la vacuna Oxford solo es válido por seis horas. CoronaVac, dura ocho horas, después de abierto el mismo.

Como no había una orientación clara sobre qué hacer en ausencia del grupo destinatario de la vacunación, las dosis que se dejaban en los envases abiertos estaban perdiendo validez. Es decir, además de contar con poca vacuna, la falta de orientación a los profesionales provocó una reducción aún más grande del stock. Se debió orientar que, en situaciones de desperdicio, sería mejor administrar la vacuna a quien esté allí, por ejemplo, el acompañante del anciano, que desperdiciar las dosis.

Como si eso no fuera suficiente, el CPI de Covid-19 muestra evidencia de corrupción en la compra de vacunas. Según denuncias realizadas por el diputado Luís Miranda (DEM-DF), existen evidencias “contundentes” de los supuestos hechos ilícitos del presidente Jair Bolsonaro y del exministro de Salud Eduardo Pazuello. Asimismo, el representante de ventas de Davati Medical Supply, Luiz Paulo Dominghetti, dijo en una entrevista publicada por *Folha de S. Paulo*, el martes 29 de junio 2021, que recibió una solicitud de soborno del director de logística del Ministerio de Salud, Roberto Dias, durante las negociaciones por la vacuna AstraZeneca.

Otro supuesto esquema también estuvo en la mira de la CPI de la Covid-19. Implica la compra de vacunas chinas del laboratorio CanSino. La compra de más de R\$ 5 billones, con las dosis más caras a pagar por el gobierno brasileño (U\$ 17 por dosis), ya se firmó el 15 de junio, pero las quejas relacionadas con otros laboratorios y sus representantes hicieron que el laboratorio chino cancele sus representaciones en Brasil.

La vacunación es una obligación que cumplir, protegiendo la salud, ya que es una intervención de salud pública fundamental para evitar que la población contraiga enfermedades inmunoprevenibles, además de impedir la propagación de estas. Sin embargo, el Estado brasileño **violó esta obligación al no hacer la compra de vacunas**, lo que hizo muy lento el proceso de vacunación y, cuando realizó la acción de compra, mostró fuerte evidencia de un requerimiento de soborno.

4.2.4.2. Polución y envenenamiento por plaguicidas

En la ya referida reunión ministerial, en la que el entonces ministro de Medio Ambiente, Ricardo Salles, advirtió a los ministros sobre lo que consideró como una oportunidad que trajo la pandemia de la Covid-19, dijo que el gobierno debería aprovechar el momento en que la sociedad y los medios de comunicación estaban enfocados en el

nuevo coronavirus para cambiar reglas que podrían ser impugnadas en los tribunales, diciendo “hay que pasar el rebaño”. Brindó la oportunidad de dar a conocer el uso de varios tipos de plaguicidas en el país. En 2020, Jair Bolsonaro liberó 493 sustancias, 19 más que en 2019, 25 de las cuales eran tóxicas para la salud. Con esto, el gobierno del presidente Jair Bolsonaro liberó, entre 2019 y 2020, 967 sustancias para la agricultura.

El uso de pesticidas contamina directamente el suelo, el agua y puede causar daños irreversibles al medio ambiente. Esto implica un desequilibrio en los ecosistemas, ya sea de fauna o de flora. Dado que son productos que se utilizan directamente en los sistemas agrícolas, los plaguicidas permanecen en los alimentos, incluso después del lavado. Por tanto, la mayoría de estas sustancias se ingieren. Además, que el consumo continuo de estos productos conduce a trastornos y diversas enfermedades. Datos de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria muestran que Brasil es el mayor consumidor de estos productos en el mundo desde 2008. Si bien es un negocio gigantesco y lucrativo, actualmente existen otras posibilidades, como fertilizantes y pesticidas de origen orgánico. Esto explica el crecimiento del mercado de los “productos orgánicos”, ya que no utilizan pesticidas, sino insecticidas de origen orgánico.

El documento *Agronegocios y pandemia en Brasil: ¿una sindenia agrava la pandemia de Covid-19?*⁴⁶, publicado en mayo por Abrasco y la Red Internacional de Eliminación de Contaminantes (IPEN), demuestra que además de la agroindustria aumentan las posibilidades de nuevas zoonosis, tales como la Covid-19, con la destrucción de hábitats naturales, también deja a las personas más vulnerables a enfermedades de este tipo. Esto se debe, a que el uso de plaguicidas en los alimentos afecta el sistema inmunológico, mientras que el consumo de productos ultra procesados, intensifica las enfermedades y lesiones no transmisibles.

En este punto de la contaminación, también es importante destacar el tema de los incendios. El Observatorio de Clima y Salud del Instituto de Comunicación e Información Científica y Tecnológica en Salud (Icict/Fiocruz), en alianza con InfoAmazônia y la Universidad Federal do Acre, invirtió en el proyecto Tragando Humo, un estudio de los impactos de la contaminación resultante de incendios en la Amazonía durante la pandemia de Covid-19. Los incendios forestales y la deforestación han alcanzado niveles récord en los últimos años. En 2020, la combinación de la pandemia y uno de los ciclos más severos de incendios y deforestación en la Amazonía brasileña, significó que los residentes de las regiones afectadas por el fuego también estuvieron más expuestos al riesgo de agravamiento de los pacientes con Covid-19.

Según los resultados obtenidos hasta el momento, por cada día de exposición a material particulado por encima del nivel considerado seguro por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el riesgo de que una persona infectada por Sars-CoV-2 sea hospitalizada, aumenta en un 2%. El humo de los incendios se relacionó con un aumento de 18% en las hospitalizaciones por Covid-19 y de 24% en las hospitalizaciones por síndromes respiratorios en los cinco Estados con más incendios en la Amazonía (Amazonas, Acre, Rondônia, Mato Grosso y Pará), durante el 2020. Destacase que la deforestación, que

46 Disponible en: www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/05/Agronegocio_-_ABRASCO-IPEN.pdf. Consultado el: 10 out. 2021.

provoca intensos incendios en la región amazónica, es impulsada por el gobierno de Jair Bolsonaro.

Aún en el párrafo 36 de la *Observación General 14*, el Estado brasileño, no cumple con la obligación de reducir o suprimir la contaminación del aire, el agua y el suelo, incluida la contaminación causada por materiales pesados, como el plomo de la gasolina, entre otros.

4.2.5. Violación del artículo 12.2 (b) del PIDESC (condiciones laborales)

Al analizar la atención de salud en la pandemia se identifican violaciones **graves relacionadas con el artículo 12.2 b del PIDESC**, que trata aspectos relacionados con la higiene ambiental y laboral y el tema del “derecho a la prevención y tratamiento de enfermedades epidémicas, endémicas, laborales y otras”.

Durante el período pandémico **el Estado no cumplió con el deber establecido de adoptar medidas preventivas contra accidentes laborales y enfermedades ocupacionales**. Existen numerosos casos de profesionales de la salud enfermos en situación de agotamiento físico y mental debido no sólo a la proximidad al elevado número de casos y muertes de pacientes, compañeros profesionales y familiares, sino también a los cambios significativos que ha provocado la pandemia, en su bienestar personal y vida profesional.

Según los resultados de la encuesta “*Condiciones laborales de los profesionales de la salud en el contexto de la Covid-19*”, realizada por la Fiocruz en todo el territorio nacional, publicada en marzo de 2021, en un año la pandemia cambió significativamente la vida de 95% de estos trabajadores. Los datos también revelan que casi 50% admitió haber trabajado en exceso durante esta crisis de salud global, con horas de trabajo superiores a las 40 horas a la semana y un alto porcentaje (45%) de ellos necesita más de un trabajo para sobrevivir. Estos profesionales trabajan en entornos extenuantes, sobrecargados para compensar el alto absentismo. El miedo a la contaminación y la muerte inminente acompañan su vida diaria, en acciones marcadas por el riesgo de confiscación de la ciudadanía del trabajador (pérdida de derechos e ingresos laborales, subcontratación, desempleo, bajos salarios, gastos extra con compras de equipos de protección individuales (EPI), transporte alternativo y alimentación).

La encuesta también señala consecuencias, graves y nocivas para la salud mental, como alteración del sueño (15,8%), irritabilidad/llanto frecuente/trastornos en general (13,6%), incapacidad para relajarse/estrés (11,7%), dificultad para concentrarse o pensamiento lento (9,2%), pérdida de satisfacción en la carrera o vida/tristeza/apatía (9,1%), sentimiento negativo del futuro/pensamiento negativo, suicida (8,3%) y cambio en el apetito/cambio de peso (8,1%).

Los datos también indican que 43,2% de los profesionales de salud no se sienten protegidos en la labor de afrontamiento de la Covid-19, y el motivo principal, para 23% de ellos está relacionado con la falta, escasez e inadecuación del uso de EPI (64% reveló la necesidad de improvisar equipos). Los encuestados también informaron tener gene-

realizado de contaminarse en el trabajo (18%), la ausencia de una estructura adecuada para realizar la actividad (15%), además de flujos de hospitalización ineficientes (12,3%). La falta de preparación técnica de los profesionales para trabajar en la pandemia fue citada por el 11,8%, mientras que el 10,4% denunció la insensibilidad de los directivos a sus necesidades profesionales.

4.2.6. Violación del principio de no discriminación e igualdad de tratamiento

Por lo establecido en el artículo 12.2 y el artículo 3 del PIDESC, se “prohíbe toda discriminación en el acceso a la atención de salud y factores básicos de salud, así como los medios adecuados para su adquisición [...]” ya sea por cualquier motivo: raza, color, género, orientación sexual, religión, idioma, opinión política o de otro tipo, origen nacional o social, situación económica, hogar de nacimiento, discapacidad física o mental, estado de salud, estado civil, político, social u otro. Al mismo tiempo, el Comité DESC, enfatiza que la *Observación General* 14, párrafo 12, establece que, incluso en tiempos de severas limitaciones de recursos, los grupos vulnerables deben ser protegidos mediante la adopción de programas especiales de costo relativamente bajo.

Según datos de EPICOV19, un estudio nacional mencionado anteriormente, el 20% más pobre tiene el doble de riesgo de infección por SARS-CoV-2 en comparación con el 20% más rico. Los indígenas, tenían un riesgo casi cinco veces más alto de infección por SARS-CoV-2 en comparación con los blancos. Además, entre los negros (negros y pardos), el riesgo era dos veces más alto que entre los blancos.

4.2.6.1. Discriminación de la población afrodescendiente

En un excelente documento entregado como subsidio a esta denuncia, la investigadora Benilda Brito (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021) afirma que Brasil, aún hoy, enfrenta las consecuencias de una historia de construcción nacional, anclada en el colonialismo, la dominación tradicional y esclavista y el legado de un sistema político. El sesgo (neo) patrimonialista en una formación fuertemente marcada por la desigualdad social, el racismo y la lógica patriarcal. Esto ha influido – desde siempre – en el reforzamiento de estas características y en su inacabado proceso de democratización.

La investigadora agrega que, en un país con mayoría negra y femenina, es necesario ver la realidad, el contexto de desigualdades y los avances ya vividos, desde una perspectiva que identifique, quién es esta población sobre la cual nuestro análisis debe girar. Además de identificar los sujetos prioritarios de derechos, una lectura racializada y engendrada de la realidad nos presenta una variedad aún más rica de informaciones, variables y problematizaciones. Señala caminos que no estarían presentes, si esta intención de profundizar en la realidad, no se incluyera en la construcción de los datos a presentar.

Es con esto en mente que la investigadora nos guía a observar el contexto de la pandemia Covid-19 como parte determinante de un entorno aún más grave de crisis que

enfrentan Brasil y el mundo en 2021, siendo las principales, las sanitarias y el socioeconómico, con una retracción de la economía mundial y un aumento de las desigualdades – y que se presenta de forma potencializada para la población negra y las mujeres.

Benilda afirma que en poco más de un año,

[...] hemos visto ampliarse la brecha entre racismo estructural y patriarcado, modos de estructura social que colocan, respectivamente, a negros y mujeres en posiciones sociales de subordinación. Vimos que las mujeres, especialmente las mujeres negras y pobres, tienen el mayor peso en lo que respecta a sustentar y mantener la vida en la pandemia, más específicamente, el cuidado y trabajo: productivo y reproductivo, remunerado y no remunerado, realizado por ellas. Vimos un aumento de la violencia racista, misógina y LGBTQIA+ fóbica durante la pandemia, que se traduce en la radicalización del exterminio de la juventud negra en las periferias, en el aumento del número de feminicidios y asesinatos de LGBTQIA+, particularmente transexuales, en el período de crisis sanitaria.

La investigadora afirma que la población negra, más directamente las mujeres negras, sintió el fuerte efecto de la pandemia en sus ocupaciones, ya sea en el trabajo formal, incluido el doméstico, o en el trabajo informal, agravando la situación general de pobreza y exclusión social.

En un Brasil marcado por la sobreexplotación, la informalidad y la vulnerabilidad social, la clasificación de grupo de riesgo para Covid-19 nunca fue solo una determinación biológica, sino que tiene clase, raza y género. La clase trabajadora, especialmente sus estratos más pobres y oprimidos, en su mayoría compuestos por personas de raza negra, son los más vulnerables al virus. Estas desigualdades estructurales son mediaciones esenciales para evaluar, por ejemplo, el impacto de las medidas adoptadas (o no) por el Estado brasileño, dirigidas al derecho humano a la salud de la población negra en Brasil, Benilda enfatiza, “por lo general, la población negra tiene muchas más dificultades para acceder a los servicios de salud, y la pandemia no ha sido diferente. También son los negros los que están en primera línea entre los profesionales de la salud”.

Es innegable que las cuestiones sociales influyen directamente en los riesgos de contagio y la posibilidad de cuidar la enfermedad. Es la población negra la que se encuentra en trabajo informal, enfrentando así la imposibilidad de mantenerse en aislamiento social, necesitando trabajar para asegurar el sustento de sus familias.

Cuando analizamos los datos de vacunación en nuestro país, las desigualdades raciales siguen presentes. Los datos muestran que hay más blancos vacunados que negros. La proporción es de dos personas blancas por una persona negra vacunada. Este dato es aún más alarmante, cuando comparamos el número de personas negras que mueren como resultado del Covid-19 en relación con las personas blancas [...].

También afirma que, “Además de todo esto, se sabe que los negros no se encuentran entre los grupos considerados ‘en primera línea’ entre los profesionales de la salud. Están en servicios subcontratados, dentro de los hospitales, como limpieza y seguridad, que no se consideraban una prioridad”.

La población negra, en su diversidad, también es uno de los grupos de riesgo, obviamente con gradaciones internas, variando tanto por comorbilidades que afectan a negros y negras en mayor número, como hipertensión y diabetes y, principalmente, anemia falciforme, o incluso por letalidad social, motivada por cuestiones históricas, políticas y sociales que estructuran nuestra sociedad.

Una encuesta basada en datos del Ministerio de Salud muestra que el número de muertes por coronavirus en Brasil es cinco veces más alto en la población negra debido a un histórico de esclavitud en Brasil, pero, sobre todo, debido a un racismo que se actualiza en descuido y violencia de Estado contra la población negra que es la mayoría absoluta en los barrios bajos, conventillos, en la población en situación de calle, en las cárceles, en trabajos precarios.

Además del tema relacionado con la vivienda de la población pobre del país, compuesta por una mayoría de hombres y mujeres negros, tienen las dificultades de hacer la cuarentena, pues las personas siguen tomando un tren o un autobús atiborrado para ir a trabajar.

Epidemióloga y una de las coordinadoras del GT Racismo y Salud de la Abrasco y profesora de la Universidad Estadual de Feira de Santana (UEFS), Edna Araújo, destaca la negación de derechos, que vive a diario la mayoría de hombres y mujeres negros en el país:

En Brasil, la lucha contra la pandemia ha develado no solo la insuficiencia de nuestro sistema de salud, de hecho, una condición común a muchos sistemas de salud en el mundo ante una pandemia, sino también la desigualdad social derivada de la alta concentración de ingresos y racismo, en sus más variadas formas, que hacen que el nacimiento, la vida, la enfermedad y la muerte de la población negra esté mediada por condiciones de miseria, privación de derechos, de vivienda y empleo formal.

Cabe señalar también que, en un país profundamente marcado por el patriarcado, en el que las inserciones de trabajadores negros también están marcadas por el género, las mujeres negras, fueron “doblemente” penalizadas.

En datos más actualizados y para contrarrestar un posible argumento que busca justificar este escenario únicamente a través de la lente de la desigualdad social, o porque los negros trabajan en actividades más expuestas al virus, un grupo de investigadores analizó, en un estudio publicado en septiembre de 2021, estadísticas oficiales sobre brasileños asesinados en 2020.⁴⁷ El estudio, vinculado a la Red de Investigación Solidaria, que reúne a varias instituciones públicas y privadas, afirma que los negros tienen riesgo más alto de morir por Covid-19, incluso en lo más alto de la pirámide social. Los hombres negros y las mujeres blancas y negras tienen el doble de riesgo de morir

47 Los investigadores examinaron datos del Sistema de Información de Mortalidad del Ministerio de Salud, sobre 67.500 personas que murieron por Covid-19 en 2020, una muestra equivalente a un tercio de todas las muertes causadas por el coronavirus reportadas en el período. Se consideraron aquellos entre 18 y 65 años y con una ocupación profesional registrada en el sistema del Ministerio de Salud. Los investigadores utilizaron técnicas estadísticas para evitar que las comorbilidades y otras características personales afectaran las comparaciones. Disponible en: <https://www1.folha.uol.com.br/equlibrioesaude/2021/09/negros-ten-mais-risco-de-morrer-de-covid-mesmo-no-topo-da-piramide-social-diz-estudo.shtml>. Consultado el: 2 out. 2021.

por Covid-19 que los hombres blancos en Brasil, lo que demuestra que las desigualdades raciales y de género, contribuyen para aumentar el riesgo de muerte, incluso, en grupos de personas con actividades profesionales que los ponen en el ápice de la pirámide social. En todas las actividades, excepto en la agricultura, los hombres negros corren un riesgo más elevado que los que enfrentan los blancos, según el estudio. La mortalidad es más alta incluso entre abogados, con un 43% más de riesgo, ingenieros y arquitectos, con un 44%.

En cuanto al impacto de la Covid-19 en la salud mental de las personas negras cabe destacar que, al ser esta porción de la población la que tiene más exposición a formas de contagio, por los aspectos ya presentados anteriormente, existe una considerable incidencia en este público del miedo, la ansiedad, el desánimo, las demandas de procesos de duelo, entre otras demandas psicosociales.

La Coalizão Negra por Direitos, compuesta por más de 200 organizaciones, entidades, grupos y colectivos del movimiento negro brasileño y que apoya a una de las más de 120 solicitudes de juicio político del Presidente, presentadas en agosto de 2020, señala que “gran parte de las vidas perdidas en Brasil por la Covid-19 podrían salvarse, como se observa en varios países del mundo, que ejercieron políticas y gestión de salud observando los parámetros de la ciencia y de la Organización Mundial de la Salud (OMS)”.

Los siguientes delitos se presentan en el documento:

- incumplimiento de la Ley Federal que determina las medidas que se deben tomar para monitorear y controlar la pandemia de coronavirus, instando a la desobediencia civil, al aislamiento social y otras medidas, para preservar la vida, además de violar los protocolos de protección;
- negligenciar y no realizar las acciones necesarias para contener la pandemia, según lo establecido en los parámetros legales nacionales e internacionales;
- negar medidas para ayudar y combatir el Covid-19 en las comunidades más vulnerables, incluidas las comunidades afrodescendientes;
- indicar a la presidencia de la Fundación Cultural Palmares – una institución pública dedicada a la promoción y preservación de los valores culturales, históricos, sociales y económicos, que surgen de la influencia negra en la formación de la sociedad brasileña – una persona que niega las normas legales y constitucionales que regulan la institución, sin responsabilizarla por sus acciones;
- participar y respaldar actos que atentan contra la democracia y sus instituciones, que exigen el cierre del Congreso Nacional, el cierre de la Corte Suprema y la intervención militar;
- amenazar los poderes legislativo y judicial, poniendo en riesgo las instituciones democráticas;
- alegar fraude en las elecciones de 2018, cuestionando el sistema electoral que garantiza el ejercicio de los derechos políticos, sin presentar evidencia que pruebe esta afirmación;
- intervenir en cargos públicos, con el fin de proteger a sus familias de las investigaciones penales.

Además de la presentación de los crímenes, acciones y omisiones del Gobierno de Jair Bolsonaro en la conducción de la pandemia, desde la perspectiva del Movimiento Negro organizado también se especifican los siguientes DERECHOS VIOLADOS:

- el derecho constitucional y universal a la vida y la seguridad individual;
- el derecho constitucional y universal a la salud;
- el derecho constitucional a la salud pública;
- el derecho a la no discriminación racial;
- el derecho al patrimonio histórico y cultural de las comunidades afrodescendientes;
- el derecho al acceso a la información y la libertad de expresión;
- los derechos al libre ejercicio del Poder Legislativo, el Poder Judicial y los poderes constitucionales de los Estados;
- el régimen democrático y;
- los principios constitucionales de probidad administrativa.

4.2.6.2. Discriminación de género

Para eliminar la discriminación de género, el Comité DESC recomienda la elaboración de una estrategia integral para promover el derecho a la salud de la mujer, en todas sus dimensiones. Este ejercicio debe volcarse necesariamente hacia el tema de la violencia doméstica y el feminicidio.

Sin embargo, como se explicó en el ítem 3.1.2, no se adoptaron acciones que aseguraran la ampliación de la red de protección y atención a las mujeres, así como la sobrecarga de trabajo para ellas. Según la encuesta *El trabajo y la vida de las mujeres en la pandemia*⁴⁸, un 50% de las mujeres comenzaron a cuidar a alguien en la pandemia; un 72% de las mujeres se encarga del cuidado de niños, ancianos o personas con discapacidad. En el hogar, los horarios de cuidados y los horarios de trabajo remunerado se superponen en la vida diaria de las mujeres; 41% de las mujeres que continuaron trabajando durante la pandemia, con mantenimiento salarial dijeron que trabajaron más en cuarentena.

Teniendo en cuenta las muertes de mujeres ocurridas durante el período pandémico, que ocurrieron y ocurren en el contexto especialmente misógino difundido amplia y abiertamente por el presidente Jair Bolsonaro, esta situación puede ser caracterizada como “Feminicidio de Estado”, de acuerdo con la abogada e investigadora Soraia Mendes (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021), en la fundamentación para la elaboración de este documento. La investigadora define el feminicidio de Estado como “[...] toda conducta intencional o por omisión por parte de agentes estatales que, queriendo el resultado o asumiendo el riesgo de producirlo, provocan la muerte de mujeres por la situación de desigualdad histórico-cultural de poder, construido y naturalizado como patrón de desprecio o discriminación contra el género femenino”. Así, Soraia Mendes enfatiza que la desigualdad entre hombres y mujeres, basada en relaciones de poder patriarcal milenariamente construidas, nutridas durante siglos y contemporáneamente estimuladas, es el motor de la perpetuidad de las más variadas

48 Disponible en: <https://mulheresnapanemia.sof.org.br/>. Consultado el: 10 out. 2021.

formas de violencia, que violan la complejidad de derechos humanos que deben garantizarse a las mujeres.

Es crucial, como señala la investigadora, que la misoginia expresada directamente por el Presidente de la República y sus subordinados, nunca ha estado en el campo de discursos estratégicamente desconectados, sin fines específicos y capaces de impulsar objetivamente actos que resultaron y resultan en la muerte de mujeres. La misoginia, es la repulsión y el odio a las mujeres. Y esta forma de aversión a lo femenino está directamente ligada a los actos de violencia cometidos contra las mujeres, además de ser la principal responsable de gran parte de los feminicidios y otras formas de violencia.

Para enfatizar aún más su misoginia, el 7 de octubre de 2021, Jair Bolsonaro vetó⁴⁹ la provisión de distribución gratuita de tampones para estudiantes de bajos ingresos y personas en situación de calle en la Ley Federal n. 14.214/2021, que instituye la creación del Programa de Protección y Promoción de la Salud Menstrual. La distribución de tampones fue la principal medida determinada por el programa. Según la senadora Marília Arraes, creadora del proyecto aprobado por la Cámara y el Senado, la pobreza menstrual, un problema que ya ha afectado a millones de mujeres en el mundo, con una de cada cuatro mujeres jóvenes que no asiste a clases durante su período menstrual por no tener tampones, tuvo sus efectos agravados por la pandemia. Los estudiantes de bajos ingresos y las mujeres en situación de calle no tienen garantizado el mínimo necesario para la dignidad y la higiene personal.

Cuando se trata del cuerpo de una mujer, el gobierno quiere que sea fértil y maternal, ya que la obliga a tener hijos, aunque no lo quiera. En otras palabras, una mujer no puede definir las reglas de su propio cuerpo. Pero el ciclo menstrual, que garantiza un embarazo puede ignorarse. Sangrar por entre las piernas hacia abajo, no asistir a la escuela en los días menstruales puede, incluso, ser necesario para experimentar incomodidad y humillación, ya que el gobierno misógino se negó a garantizar la más mínima cantidad de asistencia. Todo este contexto, agravado por la pandemia, muestra fuertes indicios de duda sobre la causa de muerte de las mujeres en la pandemia, **hecho que viola el principio de no discriminación.**

4.2.6.3. Discriminación de los pueblos indígenas

A continuación, se enumeran por Luiz Eloy Terena (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021), abogado e investigador de esta iniciativa, las principales violaciones que vulneran el principio de no discriminación contra los pueblos indígenas encontradas en este período de pandemia:

Falta de datos/transparencia del Sistema de Información de Atención de Salud Indígena (SIASI): los datos de SIASI sólo son accesibles por solicitud oficial a través de la Ley de Acceso a la Información, a diferencia de otras bases de datos de salud, producidas por agencias gubernamentales. Si el Ministerio de Salud históricamente ha invertido en disponer datos en el área de salud, a través de sistemas específicos (entre

⁴⁹ Disponible en <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/10/07/bolsonaro-veta-distribuicao-de-absorventes-a-estudantes-e-mulheres-pobres>. Consultado el: 10 Out. 2021

los que destacan SIM, SINAM, SINASC, entre muchos otros), se esperaba que ocurriera lo mismo con SIASI. La demanda de disponibilidad pública de los datos del SIASI fue un tema recurrente discutido dentro de la ADPF 709, e incluso después de la determinación del Supremo Tribunal Federal (STF), no fue posible acceder a los datos por parte de especialistas de la Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) y la Associação Brasileira de Saúde Pública (Abrasco).

Exposición inmediata de pueblos indígenas al virus: Fiocruz analizó el riesgo de propagación de la Covid-19 en poblaciones indígenas, tomando en cuenta vulnerabilidades geográficas y sociodemográficas. La vulnerabilidad geográfica de los pueblos indígenas fue determinada por la ocupación de territorios ubicados en municipios clasificados según niveles de probabilidad de riesgo inmediato de epidemia, estimados para la población municipal. La situación fue analizada en tres momentos distintos del curso de la pandemia en el país, siendo las fechas de análisis 18 de abril de 2020, 5 de mayo de 2020 y 20 de mayo de 2020. En la última fecha disponible del análisis, 66,1%, 60,8%, 54,2% y 34,9% de la población indígena de las regiones Sur-Sureste, Noreste, Amazonia Legal y Medio Oeste, respectivamente, residía en municipios de alto riesgo por la epidemia (FIOCRUZ, 2020a, 2020b). Con la diseminación inicial del Covid-19 por vía respiratoria a las capitales de la región costanera del país y a las capitales de las regiones Norte y Centro-Oeste, las tierras indígenas más vulnerables geográficamente a mediados de abril de 2020 fueron las ubicadas en su mayor parte, cerca de centros urbanos como Manaus, Rio Branco – Porto Velho, Fortaleza, Salvador y capitales del Sur y Sureste (FIOCRUZ, 2020a).

El 5 de mayo de 2020 se identificaron como de alto riesgo para la pandemia, por ejemplo, tierras indígenas en la Amazonía Legal ubicadas en el cauce de los ríos Solimões y Amazonas y sus afluentes, tierras en Amapá y Norte de Pará, Altamira, Médio y Alto Purús, región Yanomami, Vale do Rio Javari y Alto Rio Juruá (FIOCRUZ, 2020b). Estos datos indicaron que la agilidad de la respuesta del gobierno sería fundamental para contener el avance de la transmisión. Lamentablemente, a pesar de la investigación (FIOCRUZ, 2020a; 2020b; HALLAL *et al.* 2020), que señala que la población indígena en un contexto urbano necesitaba ser incluida en las estrategias de control de pandemias dirigidas a los pueblos indígenas, hasta ahora la respuesta del gobierno ha sido omisión.

Falta de respuesta del gobierno brasileño: SESAI presentó, el 11 de marzo de 2020, el Plan Nacional de Contingencia para Infección Humana del nuevo Coronavirus (Covid-19). Este documento no presenta la operacionalización (responsables, metas, plazos) necesaria para la implementación de las medidas indicadas, ni cómo serán monitoreadas. Además, se carece de indicadores sobre diagnósticos de la capacidad instalada, la fuerza laboral y los insumos necesarios para las medidas de enfrentamiento y los aportes presupuestarios.

Ausencia de protocolo sanitario y testes a trabajadores: el primer caso de Covid-19 entre indígenas fue confirmado por SESAI el 1 de abril de 2020. El caso ocurrió en un Agente de Salud Indígena del DSEI Alto Solimões, que se infectó mientras trabajaba con un colega médico que se había trasladado a São Paulo. Solo en agosto de 2020, SESAI organizó un Protocolo Sanitario de Entrada a Territorios Indígenas que prevé la realiza-

ción de exámenes a los trabajadores antes de pasar a tierras Indígenas, con la intención de disminuir los riesgos de transmisión de la Covid-19 entre profesionales y usuarios.

4.2.6.4. Discriminación de niños, niñas y adolescentes

Huérfanos de la Covid-19

El primer punto que se debe señalar para demostrar la violación de los derechos de la niñez y la adolescencia es la idea que se ha difundido desde el inicio de la pandemia de que los niños no son afectados por la Covid-19. Según reportaje de la BBC⁵⁰, Susan Hillis, científica e investigadora de enfermedades infecciosas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EEUU, afirma que la magnitud del número de huérfanos expone exactamente lo contrario; sin embargo, las autoridades de diferentes países y la sociedad en general han ignorado o actuado demasiadamente lento, para ayudar a estos niños en una situación tan extrema.

La vulnerabilidad social y económica afectó a una gran cantidad de niños, niñas y adolescentes, convirtiéndose en símbolo de una pandemia que ha marcado de manera drástica e irreversible a una generación de brasileños. Según proyecciones, más de 113 mil niños, niñas y adolescentes brasileños perdieron a su padre, madre o ambos a causa de la Covid-19 entre marzo de 2020 y abril de 2021. Si consideramos los niños y adolescentes cuyo principal cuidador eran sus abuelas/abuelos, esta cifra salta a 130 mil en el país.

Según organizaciones no gubernamentales que trabajan con agencias de protección infantil en Brasil, la asistencia social para menores de 18 años se vio significativamente afectada en 2020, como resultado de la suspensión de actividades presenciales. En muchos casos, han pasado meses sin acompañamiento de las familias, lo que puede haber causado una distorsión en la propia encuesta de huérfanos, señala Aldeias Infantis SOS Brasil, una organización con actividad nacional, en reportaje de la CNN Brasil.⁵¹

Estos niños, en la mayoría de los casos, no serán adoptados. Pero necesitan que las políticas públicas tengan una estructura socioeconómica y emocional, porque muchas veces, ni siquiera hay espacio en los hogares de estas familias para recibir nuevas personas.

Programa Nacional de Alimentación Escolar

El segundo aspecto relativo a la violación del principio de no discriminación de niños, niñas y adolescentes se refiere a la suspensión de las actividades presenciales en las escuelas, como ya mencionado. En este contexto, se produjeron graves violaciones al derecho a una alimentación y nutrición adecuadas según el Programa Nacional de Alimentación Escolar (PNAE). El PNAE es uno de los programas consolidados de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Muchos gobiernos municipales

50 Disponible en <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57923377>. Consultado el: 10 out. 2021.

51 Disponible en: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/orfaos-da-covid-19-uma-geracao-invisivel/>. Consultado el: 10 out. 2021.

y estatales decidieron adoptar la distribución de canastas de alimentos a familias con niños y jóvenes que asisten a escuelas públicas.

Algunos gobiernos, introdujeron el uso de una tarjeta magnética, con la que la familia podía comprar los productos alimenticios de su elección en los Comercios locales. La gran mayoría de gobiernos optaron por restringir la distribución de canastas y kits de alimentos a las familias incluidas en el Cadastro Único, reduciendo drásticamente el número de beneficiarios, violando una disposición constitucional que establece el programa como universal, para todos los niños y jóvenes que asisten a las escuelas públicas.

Un estudio de caso elaborado por el Relator Nacional para el Derecho Humano a la Alimentación de la Plataforma Brasileira de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais (Plataforma DHESCA) en 2020 (SANTARELLI) documentó las múltiples violaciones cometidas por el gobierno del Estado de Río de Janeiro, por los gobiernos municipales del mismo estado, y otras autoridades. En este caso, una violación del derecho humano a la alimentación y nutrición adecuadas (DHANA) también fue detectada por el ministro Toffoli, juez de la Corte Suprema (STF), cuando aceptó el recurso de apelación de un municipio de Rio de Janeiro para mantener el reparto de canastas solo para familias ya inscritas en el Cadastro Único, en oposición a la orden judicial del Tribunal Regional del Estado de Rio de Janeiro que exigía la distribución de comidas escolares a todos/as los estudiantes matriculados/as en las escuelas públicas.

Entre las múltiples recomendaciones de la Relatoría a las autoridades, destacamos las siguientes: al Fondo Nacional de Desarrollo Escolar, una ampliación del presupuesto del PNAE y la reactivación del grupo consultivo del programa como espacio legítimo de participación social; se requiere que la Municipalidad de Remanso (Bahía) ofrezca servicio universal a todos los estudiantes en todas las escuelas públicas y revise la composición de las canastas, priorizando alimentos frescos comprados preferiblemente a la agricultura familiar regional; al gobierno de Rio de Janeiro se exige el uso del máximo de recursos disponibles y la prohibición del retroceso social para asegurar el derecho humano a la alimentación y nutrición de los niños y adolescentes en las escuelas públicas, además de revisar la orientación sobre la composición de las canastas que se hacen a las escuelas, sugiriendo la compra de productos de la agricultura familiar; al Poder Judicial se recomienda que el STF, en pleno, revise la decisión del Ministro Dias Toffoli, que libera el Estado de Rio de Janeiro de la distribución universal de canastas, aceptando un recurso de apelación interpuesto por la Defensoría Pública.

Aún en el ámbito de la operatividad del PNAE, la mayoría de los gobernadores y alcaldes optaron por la suspensión de las compras directamente a la agricultura familiar, local y regional, definida en la legislación nacional; con enormes pérdidas para los agricultores familiares, involucrados en el programa, agravando la ya existente situación precaria de inseguridad alimentaria entre la población rural.

4.2.6.5. Discriminación de la población mayor

El derecho a la salud de las personas mayores fue el más cuestionado por la Covid-19, debido a la gravedad de la manifestación clínica de este virus en las personas mayores, ya que la disminución de las funciones del sistema inmunológico, común en los ancianos,

los predispone a desenlaces negativos en relación con enfermedades infecciosas, como la Covid-19 (HANG, 2020). Además, una parte considerable de la población anciana tiene una o más enfermedades crónicas no transmisibles, como hipertensión arterial, diabetes, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, cardiopatías, entre otras enfermedades, que son factores pronósticos importantes para más condiciones severas de la enfermedad. Otro punto relevante es que el distanciamiento social, fundamental para reducir la transmisión de la Covid-19, especialmente en personas mayores de 60 años, limita el acceso de las personas mayores a los servicios de salud para un seguimiento periódico lo que puede empeorar o desequilibrar condiciones clínicas preexistentes.

Además de la gran amenaza para la vida, la pandemia puede dejar las personas mayores en riesgo más alto de pobreza, pérdida de apoyo social, estigmatización, discriminación y aislamiento. La pandemia coincide con el envejecimiento de la población, considerado el principal evento demográfico del siglo XXI a nivel mundial (JENILMEZ, 2015) y nacional (GRAGNOLAT, 2011). La Constitución Federal brasileña, en su artículo 230, establece que, además de la familia, la sociedad y el Estado tienen el deber de apoyar a las personas mayores, “defendiendo su dignidad y bienestar y garantizando su derecho a la vida”. Además, Brasil, como signatario del Plan Internacional para el Envejecimiento de las Personas Mayores, de abril de 2002, realizado por la ONU, se compromete a reconocer la vulnerabilidad de las personas mayores en situaciones de emergencia humanitaria, como es el caso de una pandemia.

El sociólogo Norbert Elias, en su libro *Solidão dos Moribundos*, afirma que el envejecimiento está relacionado con la distancia social, la invisibilidad, el dolor y el abandono. Estos problemas son aún más preocupantes en el contexto actual de la pandemia de Covid-19. Estos efectos son menos visibles que las elevadas tasas de letalidad y mortalidad, pero plantean graves consecuencias para los ancianos y sus familias.

Las personas mayores que viven solas pueden necesitar ayuda para comprar alimentos, apoyo emocional, apoyo económico, atención médica y otros. Las personas mayores que viven con otras personas corren el riesgo de ser infectadas por miembros de su hogar que mantengan contacto con el mundo exterior.

La pandemia actual y las recomendaciones de distanciamiento han creado conciencia pública sobre los impactos psicológicos de las medidas de distanciamiento social y soledad que muchas personas están experimentando. En el cotidiano de muchas personas mayores este sentimiento es común, sin embargo, es silenciado por la sociedad.

Identificar y ayudar, lo antes posible, en la pandemia es una de las recomendaciones de la ONU a los ancianos que viven solos. Las estrategias de divulgación y las redes de apoyo para mitigar la soledad y la distancia social incluyen el uso de internet y los dispositivos móviles. Sin embargo, según la encuesta “Ancianos en el contexto de la pandemia Covid-19 en Brasil: efectos sobre la salud, los ingresos y las condiciones laborales” esta opción es limitada en un país como Brasil, con un alto porcentaje de ancianos analfabetos (alcanzando más de 40% en algunos Estados, según el último censo) de familias pobres, que no tienen acceso a internet y con dispositivos móviles no adaptados a las limitaciones del envejecimiento.

Como salida a esta situación, la investigación mencionada anteriormente señala que los resultados del *Estudio Longitudinal de Salud de Adultos* (ELSA), en Inglaterra,

muestran que las estrategias de prevención primaria, dirigidas a reducir el impacto de la soledad y el aislamiento social, pueden ayudar a prevenir enfermedades crónicas entre los ancianos. En Brasil, los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) de la Estrategia de Salud de la Familia, tienen tareas importantes en la identificación y acompañamiento de las personas mayores solas y necesitadas de apoyo. Sin embargo, **los cambios en la Política Nacional de Atención Primaria, desde 2017, han debilitado a los equipos en los territorios y descalificado el trabajo de los ACS, agravando el riesgo de falta de asistencia, para una parte importante de la población, especialmente durante la pandemia.** Hay temor de un retroceso, en cuanto al importante papel de la atención primaria en la reducción de las hospitalizaciones y la mortalidad por causas prevenibles en los ancianos, observado desde principios del siglo XXI.

4.2.6.6. Discriminación de las personas con discapacidad

Aunque la discapacidad no encaja, en principio, como factor para que la persona forme parte del grupo de riesgo de contaminación por el coronavirus – como informó el Ministerio de la Mujer, la Familia y los Derechos Humanos en su folleto dirigido a esta población, la Ley Brasileña de Inclusión establece, en el único párrafo de su artículo 10, la condición de vulnerabilidad de las personas con discapacidad en situaciones de emergencia pública y el Consejo Nacional de Salud (CNS) también recomienda que todas las personas (BERNARDES, 2021)⁵² con discapacidad sean incluidas como grupo de riesgo para la Covid-19, dado que también es un deber de la sociedad garantizar la realización de los derechos de las personas con discapacidad.

Según el CNS, el actual Gobierno se esconde a través de puestos asistenciales relacionados con personas con discapacidad. Sin embargo, es necesario mostrar que el Ejecutivo no presenta propuestas para garantizar sus derechos, al contrario, amenaza a los ya conquistados. **Es importante destacar la ausencia de protocolos de atención para personas con discapacidad infectadas por Covid-19, así como la constante vulneración de su derecho de acceso a la información, desde recursos de audio descripción, libras, subtítulos, documentos en medios y formatos accesibles y lenguajes simples.** Aún hay que exigir lo básico y entender a los cuerpos de las personas con discapacidad como políticos, a fines de fortalecer sus luchas para reconocer la discriminación y los enfrentamientos, para garantizar y acceder a los derechos de las personas con discapacidad.

4.2.6.7. Discriminación de la población LGBTQIA+

Las personas LGBTQIA+ históricamente están expuestas a la violencia, ya sea física, material, simbólica y/o psicológica. En un período de crisis sanitaria, económica y social, esto puede intensificarse, teniendo en cuenta la necesidad de políticas de aislamiento

52 BERNARDES, Vitória. En meio à pandemia, quem protege as pessoas com deficiência? Segmento populacional segue sem orientações. Disponible en: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1247-articulo-en-meio-a-pandemia-quem-protege-as-pessoas-con-deficiencia-segundo-populacional-segundo-orientacoes-por-vitoria-bernardes>. Consultado el: 8 out. 2021.

social. Es necesario considerar que los impactos en la salud mental de esta población pueden agravarse más que en poblaciones que no sufren perjuicios estructurales e institucionales. Muchas personas de este grupo ya están experimentando alguna forma de aislamiento social, debido a los perjuicios sufridos, la no aceptación de su identidad de género u orientación sexual por parte de la familia, la dificultad de insertarse en espacios públicos/sociales, como el trabajo, universidades entre otros. A menudo, el propio entorno doméstico y familiar es el lugar donde se producen las agresiones y violaciones de los derechos de las personas LGBTQIA+. Por lo tanto, estar confinado con personas que a menudo no aceptan su identidad de género y/o su orientación sexual puede ser extremadamente doloroso. Sin embargo, debido a la Covid-19, las personas LGBTQIA+ que no tienen donde vivir y/o están desempleadas pueden necesitar regresar a sus familiares, quienes, con frecuencia, son LGBTQIA+ fóbicos.

Otro aspecto que es importante resaltar respecto al desprecio por la población LGBTQIA+ es que, con el avance de la Covid-19 en Brasil, solo se determinó el funcionamiento de actividades esenciales en todo el territorio nacional. Sin embargo, los cuidados relacionados con el proceso de transexualización en el SUS realizados de forma ambulatoria o hospitalaria, no se incluyeron en la lista de actividades esenciales. En consecuencia, se desregularon las consultas de orientación sobre acceso y uso de hormonas, las consultas con un equipo multidisciplinario e interdisciplinario y la propia confianza y seguridad que los usuarios tenían con el servicio, a medida que la información sobre la continuidad del acceso al SUS se volvía fragmentada e imprecisa. Esto puede desencadenar resultados de automedicación y ansiedad (FERREIRA, 2020)⁵³. Aun así, la incipiente información de retorno y la continuidad de las consultas en el SUS pueden desencadenar efectos psicológicos y emocionales. La recomendación es que el Estado pueda minimizar los efectos de estas diferencias a través de la organización e implementación de servicios telefónicos para el acceso a medicamentos y atención, ya que en este período puede haber un aumento del discurso de odio y la violencia intrafamiliar; además de los teleservicios psicosociales que se configuran como una herramienta importante en el SUS (FERREIRA, 2020).

4.2.6.8. Discriminación de la población carcelaria

Según los investigadores de este documento, Cristian Gamba y Jorge Alberto Mendes Serejo (*in*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS, 2021), los efectos del manejo de la pandemia en Brasil considerando la población encarcelada, ultra vulnerable, como resultado de un estado de cosas determinado por las decisiones políticas sobre quién debe vivir y quién debe morir, como forma del ejercicio de soberanía en el campo histórico contemporáneo, se agrava en el contexto descontrolado de la propagación de una enfermedad.

En el contexto de la pandemia, la Comisión Interamericana emitió la Resolución n. 01/2020, la cual recordó a los Estados Miembros del Sistema Interamericano que, al momento de dictar medidas de emergencia y contención ante la pandemia, deben apli-

53 Disponible en: <https://www.generonumero.media/saude-trans/>. Consultado el: 10 out. 2021.

carse medidas transversales, perspectivas y prestar especial atención a las necesidades e impacto de estas medidas en los derechos humanos de grupos históricamente excluidos, como las personas privadas de libertad. Así, recomendó: a) la adopción de medidas para enfrentar el hacinamiento en las unidades de privación de libertad; b) en caso de riesgo, que los Estados evalúen las solicitudes de beneficios carcelarios y medidas alternativas a la pena privativa de libertad; c) adecuación de medidas alimentarias, sanitarias y cuarentenarias para prevenir el contagio intramuros, asegurando la atención médica en todas las unidades; d) establecimiento de protocolos para la prevención de actos de violencia relacionados con la pandemia (CIDH, 2020a).

Como señalan los investigadores, en Brasil, la emergencia sanitaria colocó ante las autoridades la tercera más grande población reclusa del mundo (748 mil presos), según datos de Infopen (2020). Y aquí, a diferencia de otros países, el propio Estado reconoció como medida cautelar, en 2015, la situación de graves violaciones a los derechos humanos en el ámbito penitenciario, en una demanda que pide el reconocimiento de un “estado de cosas inconstitucional” en el sistema penitenciario brasileño.

Es importante destacar que la capacidad del sistema hoy es de 440,5 mil. Hay un déficit de 241,6 mil plazas en el sistema penitenciario brasileño (cerrado, provisional, semiabierto), lo que significa que las cárceles en Brasil están 54,9% por encima de su capacidad. Este total no incluye a los presos en régimen abierto, ni a los que se encuentran en las cárceles de los recintos de la Policía Civil (alrededor de 5.000). Si fueran contabilizados, el número llegaría a casi 748 mil.

Desde el punto de vista sindémico, Cristian Gamba, entiende que los datos anteriores también están relacionados con las condiciones sanitarias encontradas por el virus en el ambiente carcelario, y la precaria asistencia médico-hospitalaria. Los datos de Infopen para el primer semestre de 2020 (BRASIL, 2020), aunque con una ligera mejora respecto a 2019, mostraron que en relación al acceso a la salud en el ambiente carcelario habían 1.042 consultorios médicos, 807 salas de atención multidisciplinar, 488 salas de recolección de laboratorio, 871 camarines, puestos de sutura de vacunación y enfermería, 10 equipos de ginecología, 846 odontólogos, 1.534 enfermeras, 868 médicos generales, 71 médicos especialistas para un contingente de más de 700 mil personas. Los datos también muestran la verificación de patologías dentro de las cárceles. De un total de 25.504 patologías investigadas en el mismo período, 28% (6.645 hombres) y 45% (1004 mujeres) de la población eran portadores del VIH; un 28,4% (6.607) eran hombres con tuberculosis y 30,3% (680) eran mujeres con sífilis.

La primera medida adoptada por el Ejecutivo Federal, encaminada a la adopción de medidas para atender la emergencia de salud pública (Covid-19) en el ámbito carcelario fue la edición de la Ordenanza Interministerial n. 7, del 18 de marzo de 2020, elaborada en conjunto por el Ministerio de Estado de Justicia y Seguridad Pública y el Ministerio de la Salud, que trata de manera genérica algunas medidas encaminadas a contener la pandemia en prisión, tales como: identificación de los detenidos que presentan signos y síntomas de gripe (priorizando miembros de grupos de riesgo), adopción de procedimientos para identificar casos sospechosos en relación a los que ingresan al sistema penal, uso de mascarillas y aislamiento individual, remoción de servidores públicos en caso de prueba positiva, control durante el ingreso de visitas externas, adopción de

medidas informativas sobre Covid-19, con acciones de profilaxis para los detenidos y los cambios en la rutina de la prisión. En caso de sospecha o confirmación de infección por Covid-19, el artículo 3, en su 1er párrafo, establece que “en caso de que el aislamiento en celda individual de casos sospechosos o confirmados no sea posible, se recomienda que la Administración Penitenciaria adopte el aislamiento por cohorte y el uso de cortinas o marcas en el piso para delimitar una distancia mínima de dos metros entre cuidados”.

Gamba destaca la precariedad de la medida adoptada por el Gobierno Federal, ante un caso sospechoso/confirmado de Covid-19, en la realidad brasileña de hacinamiento carcelario. Así, la adopción de medidas “improvisadas”, como la separación por cortinas o marcas en el piso tienden a fracasar inevitablemente, no siendo suficientes para garantizar la seguridad de quienes ocupan el ambiente carcelario. Se trata de una medida muy genérica que no prevé específicamente como se deben llevar a cabo estos procedimientos, ni como se proporcionarán los materiales e insumos necesarios para su respectivo cumplimiento.

La Ordenanza también autoriza a los centros penitenciarios a adoptar temporalmente la reducción o incluso la suspensión total de las visitas y también la reducción o suspensión del acceso de personas externas, dificultando la realización de inspecciones. Cabe destacar también la ausencia de un Plan de Contingencia específicamente dirigido al sistema carcelario, siendo los Estados los responsables de su elaboración en relación con cada territorio.

Posteriormente, la Resolución n. 62 del Consejo Nacional de Justicia, aunque principalmente dirigida a orientar a los jueces en la adopción de medidas de desencarcelamiento, también dispuso medidas preventivas contra la proliferación de la Covid-19 en las cárceles (arts. 8 a 11). Para ello, recomienda que los jueces, como parte de su labor de fiscalización penitenciaria y de unidades socioeducativas, velen por la elaboración e implementación de un plan de contingencia por parte del Poder Ejecutivo, que proporcione mínimamente: campañas de información, procedimiento de selección por parte de los equipos de salud a la entrada de establecimientos y adopción de medidas de higiene preventiva, suministro de medicamentos y suministro obligatorio de artículos básicos de higiene por parte de la Administración Pública y ampliación de la lista de artículos permitidos, suministro ininterrumpido de agua, nombramiento de equipos médicos en todos los establecimientos, y provisión de equipamiento de protección individual. También recomienda el procedimiento a adoptar en los casos de sospecha o confirmación de infección por Covid-19, que prevé: separación de la persona que presenta síntomas, encaminamiento inmediato para tratamiento en una unidad de salud de referencia y comunicación inmediata al juzgado competente, para evaluar la sustitución de la medida penitenciaria o socioeducativa por medida no privativa de la libertad.

En cuanto a la aplicación de testes en la población privada de libertad, hasta agosto de 2021 se habían aplicado 354.019 exámenes en el sistema penitenciario, con la confirmación de 66.040 casos positivos. En el sistema socioeducativo se aplicaron 20.879 pruebas y se confirmaron 2.673 casos.

Cuadro 2. Pruebas realizadas x casos confirmados en personas privados de libertad

	Pruebas realizadas	Casos confirmados
Sistema Penitenciario	354.019	66.040
Sistema Socioeducativo	20.879	2.637

Fuente: Datos organizados a partir de informaciones del Conselho Nacional de Justiça (2021).

Considerando que Brasil tenía, según datos del último Infopen (BRASIL, 2019), 748.009 personas privadas de libertad en el sistema penitenciario de adultos, se puede concluir que aproximadamente 8,8% de los presos brasileños estaban infectados por Covid-19, desconociendo posibles bajas notificaciones. La fragilidad de las medidas preventivas también expuso el grave riesgo para los servidores que trabajan dentro del sistema carcelario, ya que se confirmaron 32.927 casos de Covid-19 entre este público.

Cuadro 3. Pruebas realizadas x casos confirmados en trabajadores del sistema penitenciario

	Pruebas realizadas	Casos confirmados
Sistema Penitenciario	79.958	24.952
Sistema Socioeducativo	29.655	7.975

Fuente: Datos organizados a partir de informaciones del Conselho Nacional de Justiça (2021).

En total, se encontraron 90.992 casos de Covid-19 en el sistema penitenciario, incluidos presos y funcionarios públicos y se registraron 563 muertes. En cuanto al sistema socioeducativo, se confirmaron 10.612 casos y 101 de funciones.

Gamba señala que se constató la omisión total del Ejecutivo Federal y no se encontró ningún acto normativo que contuviera determinaciones dirigidos a reducir el hacinamiento penitenciario en los espacios de privación de libertad. Así, la tarea de impulsar las medidas necesarias en este ámbito quedó en manos de los demás poderes, especialmente el Poder Judicial y los Ejecutivos de los Estados. Es decir, el Ejecutivo Federal, una vez más, **violó el principio de no discriminación**.

La mayoría de las medidas utilizadas por el Poder Judicial como forma de prevenir la propagación generaron aún más restricciones a los derechos de los internos, ya que hubo una reasignación de audiencias, extendiendo el tiempo de permanencia en prisión; la suspensión de la celebración de audiencias de custodia, instrumento fundamental para la investigación de casos de malos tratos y torturas; la suspensión o restricción de visitas y la ingesta de alimentos, entre otros efectos. Tanto es así que, de los 27 Estados brasileños, 24 determinaron la suspensión de visitas durante la pandemia, 24 tuvieron procesos suspendidos, plazos judiciales y emisión de mandatos, 23 suspendieron la actuación de audiencias y 16 suspendieron la ejecución de juicios (CNJ, 2020).

4.2.6.9. Discriminación de la población en situación de calle

La pandemia ha traído un agravamiento más a la población sin hogar, haciendo que las personas sean aún más vulnerables, ya que están más expuestas al virus que otros grupos, porque, a pesar de que la calle es un lugar aireado, están expuestas a todos los virus y todo tipo de enfermedades e infecciones, no pueden limpiar, usar mascarillas, aislarse. La falta de protección aumenta enormemente la vulnerabilidad de estas personas.

Veridiana Machado, representante del Comité Intersectorial de Seguimiento y Seguimiento de la Política Nacional para la Población en Situación de Calle (Ciamp-Rua), dice en un artículo publicado por la Fiocruz⁵⁴, que no se sabe al cierto cuántas personas pasaron a situación de calle, pero con la pandemia, es algo que nos llama la atención. El número es expresivo, incluidos los niños en calles que piden dinero. “Basta salir a las calles y ver [...]”, dice.

Hay un cambio en el perfil de las nuevas personas en situación de calle: son personas pertenecientes a la clase trabajadora, que ya no pueden pagar sus cuentas y van a la calle buscando comida y ahí se quedan, porque ya no tienen los medios para mantenerse a sí mismos. Según Marcelo Pedra, investigador del Núcleo de Población en Situación de Calle de la Fiocruz Brasília, en el mismo artículo de la Fiocruz, hay un empeoramiento de la situación económica y social en el país.

En marzo de 2020, la población en la calle en Brasil llegó a casi 222.000 personas, lo que representa un aumento del 140% desde septiembre de 2012. Dado que la crisis económica se acentuó como consecuencia de la Covid-19, según IPEA, se evalúa que la población en situación de calle ha aumentado aún más en los últimos meses.

Vanilson Torres, quien pasó 27 años en las calles de Natal y ahora es representante del Movimento Nacional de População em Situação de Rua, dice en el artículo antes mencionado: “Ya vivíamos la falta de políticas públicas para la población en la calle, la pandemia sólo lo abrió todo”. Y si preguntas: “¿Cómo quedarme en casa si no tenemos casa? ¿Cómo usar una mascarilla si no tenemos un lugar para lavarnos? Ya vivimos socialmente aislados. Teníamos hambre, frío y todavía nos enfrentamos a la Covid-19”. La pandemia expuso los males sociales existentes, dice Vanilson⁵⁵, quien también muestra preocupación por la asistencia a los niños y adolescentes que viven en la calle y su futuro.

Otro aspecto que muestra discriminación contra la población en situación de calle es la falta de albergues de acogida en los estados y municipios brasileños. Según Veridiana Machado, representante del Ciamp-Rua, no hubo ampliaciones de espacios en albergues o proyectos habitacionales, pero continuaron realizándose mudanzas. Muchos fueron retirados junto con sus pertenencias como si fueran basura. Asimismo, el acceso a Ayuda de Emergencia no incluyó a las personas en situación de calle, ya que no pudieron registrarse para recibir ingresos a través del trámite burocrático, como la inclusión obligatoria de un teléfono celular en el registro, por ejemplo, además de pro-

54 Disponible en <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/populacao-en-situacao-de-rua-aumentou-durante-a-pandemia/>. Consultado el: 10 out. 2021.

55 Disponible en: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/populacao-en-situacao-de-rua-aumentou-durante-a-pandemia/>. Consultado el: 10 out. 2021.

blemas en el acceso a algunos servicios que comenzaron a funcionar de forma remota durante la pandemia.

Es notoria la falta de respuesta de las autoridades con respecto a las desigualdades raciales durante la pandemia, así como el tema de género, indígenas, niños y adolescentes, personas mayores, personas en situación de calle, LGBTQIA+ y población carcelaria. No existían políticas específicas capaces de mitigar los impactos de la crisis en estas poblaciones vulnerables, **acción que demuestra el incumplimiento del principio de no discriminación por parte de un gobierno** que adoptó una política de exterminio de quienes no tienen una “historia de atleta” como el presidente Jair Bolsonaro.

4.2.7. Violación de los principios de accesibilidad y calidad

Asegurar la accesibilidad y la calidad en salud es fundamental para que la Atención Primaria en Salud (APS) se fortalezca y estructure como una de las principales respuestas del sector a la pandemia, considerando su capilaridad y llegando a porciones de la población expuestas a riesgos excesivos por su vida. La Covid-19 mostró que los discursos y prácticas de reducción del tamaño del Estado, flexibilización de las leyes laborales, desmantelamiento del sistema de protección social, desvalorización y no inversión en ciencia, tecnología y educación, precariedad de los servicios de salud pública, además de ser equivocados, son violadores de los derechos humanos, incluidos los derechos a la salud y la vida.

Según Fiocruz y Abrasco,⁵⁶ “Sin menoscabar la importancia a una adecuada estructuración de la atención especializada dirigida a los casos más graves de Covid-19, es necesario advertir que, en el contexto de la Atención Primaria en Salud (APS), hay mucho que se puede y se necesita hacer”. Porque, como señalan Fiocruz y Abrasco, cuando faltan vacunas y medicamentos específicos, así como la alta transmisibilidad de la infección, se entiende que las únicas intervenciones efectivas que pueden controlar la pandemia “son medidas de salud pública como aislamiento, distanciamiento social y vigilancia de los casos, con el fin de reducir el contagio, evitar el sufrimiento y la muerte, al disminuir la velocidad de la pandemia.” Al mismo tiempo, es necesario dotar el sistema de recursos para brindar una atención adecuada y oportuna. Sin embargo, lo que se identificó con relación a la APS fue la restricción en el número de usuarios en el servicio. Si antes existía una preocupación por la atención centrada en el individuo, involucrando a su familia y contexto, durante la pandemia, esto se convirtió en un desafío, considerando la necesidad de distanciamiento y reducción de aglomeraciones.

Se alentó e invitó constantemente a los usuarios a asistir al servicio desde una perspectiva de promoción de salud y prevención de enfermedades, como las personas hipertensas y diabéticas, que requieren seguimiento continuado para la adherencia al tratamiento, incluido el cambio en el estilo de vida y el tratamiento farmacológico para la prevención de complicaciones, ingresos hospitalarios y mortalidad. Incluso estando

⁵⁶ Disponible en: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/articulo/1140/atencao-primaria-a-saude-en-tenpos-de-covid-19-o-que-fazer#C4>. Consultado el: 10 out. 2021.

al tanto que estos son los pacientes que tienen riesgo más alto de empeoramiento, con la pandemia de la Covid-19 se les recomienda buscar atención solo cuando aparezcan síntomas que sugieran la infección.

Además, se suspendieron algunas citas y consultas con el fin de reducir el flujo de personas en las Unidades Básicas de Salud (UBS): crecimiento y desarrollo infantil (C y D), HiperDia (solo renovación de prescripciones), Papanicolaou, fisioterapia y psiquiatría (solo renovación de psicofármacos).

Si, por un lado, se ha apostado alto por la apertura de nuevas camas y equipos para cuidados intensivos en los hospitales, por otro lado, existe una drástica disminución de la APS, haciendo que los pacientes busquen servicios secundarios en detrimento de los servicios primarios. Por tanto, **se vulneran los principios de accesibilidad y calidad.**

5. Conclusiones de las violaciones verificadas

El conjunto de entidades que presentan esta denuncia exige que se haga justicia a los cientos de miles de familias que perdieron a sus familiares de manera prematura, evitable e innecesaria por una serie de violaciones de derechos humanos producto de una innumerable serie de actos de omisión y encargados por representantes del Gobierno Federal de Brasil, bajo el liderazgo político del presidente de la República, Jair Messias Bolsonaro. El representante, que en ningún momento mostró empatía con los afectados por la Covid-19 – al contrario, los escarneció llamándolos “débiles” – dejó claro que la vida, el bien máspreciado de sus conciudadanos, no tenía ningún valor para él. Tenemos fe que el conjunto de pruebas, testimonios y evidencias que hemos recopilado en esta denuncia sean una demostración de que el presidente Bolsonaro y sus asociados deben asumir la responsabilidad por los crímenes cometidos.

La violación que articula todas las demás se refiere al incumplimiento de las disposiciones del artículo 6° del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, que “reconoce y protege el derecho a la vida de todos los seres humanos”. El Comité de Derechos Humanos, en la *Observación General* 36, actualizada en 2018, define que este

El derecho a la vida es el derecho supremo respecto del cual no se permite suspensión alguna, ni siquiera en situaciones de conflicto armado u otras situaciones de emergencia pública que amenacen la vida de la nación. El derecho a la vida tiene importancia decisiva tanto para las personas como para el conjunto de la sociedad. Constituye en sí misma el valor máspreciado, en cuanto derecho inherente a todo ser humano, pero también es un derecho fundamental, cuya protección efectiva es un requisito indispensable para el disfrute de todos los demás derechos humanos y cuyo contenido se puede inspirar en otros derechos humanos (§ 2).

Y continúa:

El derecho a la vida no se debería interpretar en sentido restrictivo. Es el derecho a no ser objeto de acciones u omisiones que causen o puedan causar una muerte no natural o prematura y a disfrutar de una vida digna. El artículo 6 del Pacto garantiza este derecho a todos los seres humanos, sin distinción alguna, incluidas las personas sospechosas de haber cometido los delitos más graves o condenadas por ello (§ 3).

Al mismo tiempo, de manera articulada, el gobierno brasileño, bajo el liderazgo del presidente Bolsonaro, violó el derecho a la salud (artículo 12 del PIDESC) de muchos millones de brasileños que contrajeron el coronavirus. Esta situación podría haberse

evitado si el Estado brasileño hubiese adoptado plenamente las medidas propuestas por la OMS y la comunidad científica internacional y nacional; si el máximo dignatario del país hubiese apoyado la coordinación nacional de medidas de fortalecimiento de equipos de cuidados intensivos, distanciamiento social, aprovechamiento de la capacidad instalada nacional para la producción de vacunas, uso de mascarillas y limpieza con alcohol gel, en lugar de contrarrestar ostensiblemente estas acciones en sus entrevistas, *lives* y actividades públicas, como está ampliamente registrado en este documento. Es imposible estimar, en este momento, la magnitud de las secuelas dejadas en quienes contrajeron el virus, qué carga traerá a su calidad de vida y la implicación de lo que cuesta para el SUS.

Las pruebas son fuertes de que el Estado brasileño estaba en posesión de toda la información necesaria para adoptar, a tiempo, las estrategias necesarias para contener la expansión acelerada de la pandemia y la alta mortalidad resultante. Al no adoptar el principio de gobernanza anticipatoria, el Estado brasileño violó una serie de disposiciones internacionales de salud y derechos humanos, así como disposiciones nacionales.

La pandemia se apoderó del país en medio de una política económica recesiva asociada a las medidas de austeridad fiscal, que tiene como centralidad la Propuesta de Enmienda Constitucional n. 95/2016, que limita el gasto primario, en particular para garantizar los derechos sociales constitucionales y la seguridad social, para ser corregido únicamente por la inflación anual hasta 2036. Análisis prospectivos con relación al impacto de una reducción significativa en los recursos asignados a las acciones y servicios de salud pública, indican que existe una clara violación del principio de prohibición del retroceso social, lo que genera un enorme impacto negativo en la realización de los derechos garantizados constitucionalmente por la universalidad e integralidad, como el derecho a la salud y la educación (MENDES SANTOS, 2019).

Existe fuerte evidencia de que el proceso se desarrolla en un contexto de retroceso planeado en el área de salud, con una postura de negación de derechos. Hay una búsqueda intencionada y sistemática para deconstruir la garantía constitucional del derecho humano a la salud, que establece la universalidad del Sistema Único de Salud (SUS), debidamente regulado e institucionalizado. El proyecto del actual Gobierno es reducir al máximo la atención básica de salud pública, dirigida exclusivamente a quienes no pueden pagarla, para que todos los demás se vean inducidos a buscar atención en el mercado. Sin embargo, debido al envejecimiento de la población, habrá una demanda creciente de políticas de “seguimiento longitudinal” en salud. Asimismo, las enfermedades crónico-degenerativas y otros problemas de salud que afectan a las personas mayores – cáncer, diabetes, trastornos mentales – no se resuelven con la “compra” de una única consulta: es necesario un seguimiento frecuente que, de realizarse en el sector privado, supondría un gran peso para el presupuesto de las familias. Hoy tenemos más de 70 millones de personas viviendo en la miseria y la pobreza; más de 30 millones de desempleados y desalentados; 45 millones de trabajadores informales. Las perspectivas de crecimiento, según institutos especializados, son las peores posibles.

La situación crónica del bajo financiamiento del SUS, agravada desde la aprobación de la Enmienda Constitucional n. 95/2016, evoluciona ahora hacia un escenario de “desfinanciamiento”. Además, las medidas tomadas en otras áreas del Gobierno, como

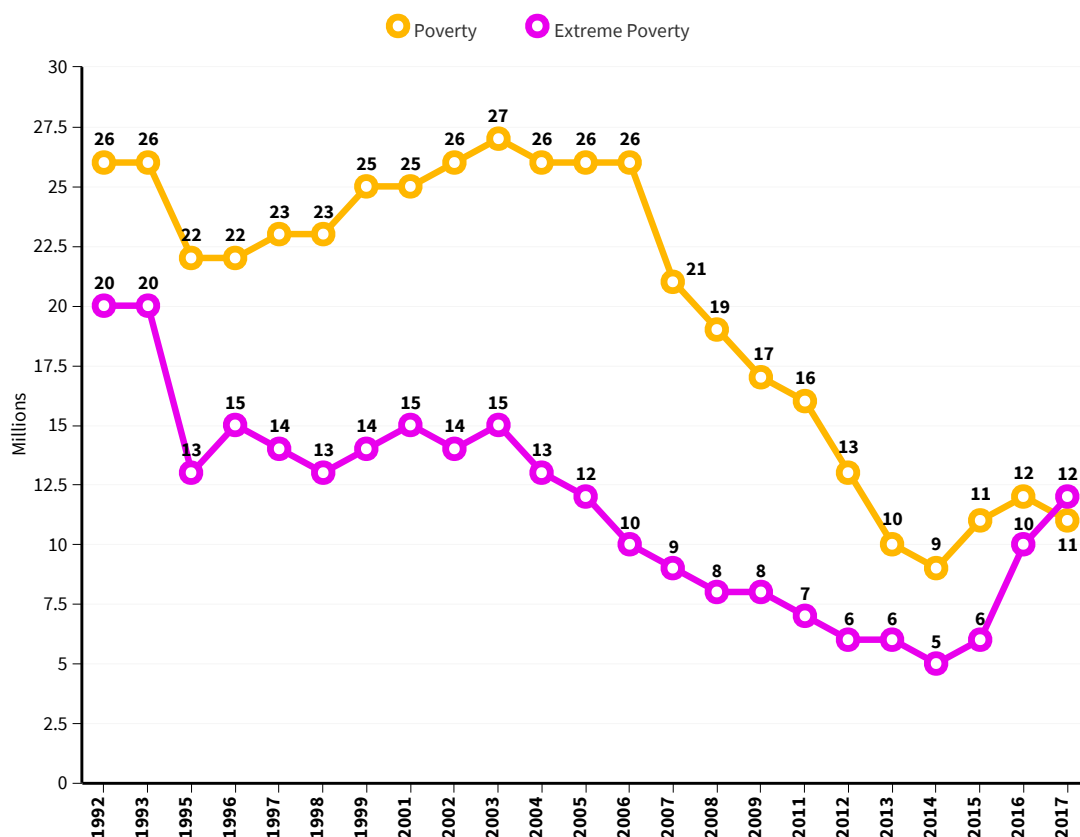
la juega de liberación de nuevos pesticidas, la flexibilización para acceso a armas y el cierre de políticas como Mais Médicos, agravan aún más la situación.

Y, además, como se destaca en el párrafo 4 de la *Observación General* 14 al artículo 12 del PIDESC:

[...] la referencia que en el párrafo 1 del artículo 12 del Pacto se hace al “más alto nivel posible de salud física y mental” no se limita al derecho a la atención de la salud. Por el contrario, el historial de la elaboración y la redacción expresa del párrafo 2 del artículo 12 reconoce que el derecho a la salud incluye una amplia variedad de factores socioeconómicos que promueven las condiciones para que las personas puedan llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.

En 2017, fue posible identificar el impacto de la política recesiva y la austeridad fiscal en el perfil de la pobreza en Brasil. como podemos ver en el siguiente Figura, después de una caída significativa de la pobreza extrema y la pobreza en Brasil, de 1992 a 2014, los números vuelven a subir, alcanzando los valores observados en 2004, en términos de pobreza extrema.

Figura 4. Número de brasileños en la pobreza y en la pobreza extrema (en millones): 1992-2017



Fuente: IBGE-PNAD Contínua (a partir de 2012); IBGE/PNAD.

Incluso antes de la instalación del gobierno de Bolsonaro y la pandemia, en 2018 las condiciones alimentarias y nutricionales de la población brasileña habían sufrido un deterioro considerable. Esto viene sucediendo desde 2014, cuando Brasil había salido del mapa del hambre de la ONU, pero de manera acelerada a partir de 2016, devolviendo la inseguridad alimentaria a los niveles de 2004. Las decisiones del gobierno de Bolsonaro relacionadas con la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, agravaron aún más el cuadro. La extinción del Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Consea), la desactivación de la Comisión Interministerial de Seguridad Alimentaria y Nutricional, responsable de la coordinación ejecutiva de la Política Nacional, asociada a recortes aún más profundos en programas clave de la política SAN, como Pronaf, el Programa de Adquisición de Alimentos y los programas destinados a apoyar a los pueblos indígenas y a las poblaciones y comunidades tradicionales, agravan la situación de inseguridad alimentaria y el hambre. Los derechos a la vida y la salud están estrechamente relacionados con el acceso a una alimentación y nutrición adecuadas.

Con base en el *Mapeo y Análisis de las Reglas Legales de Respuesta al Covid-19 en Brasil*⁵⁷, de Conectas Direitos Humanos, se identificaron 3.049 reglas relativas al Covid-19 en el año 2020 dentro de la Unión, detectó más que la ausencia de un enfoque de derechos: también la existencia de una estrategia institucional para la propagación del virus, impulsada por el gobierno brasileño bajo el liderazgo de la Presidencia de la República. Los resultados disipan la idea de que habría incompetencia y negligencia por parte del Gobierno Federal en el manejo de la pandemia. Por el contrario, la sistematización de datos, aunque incompleta, revela el compromiso y la eficiencia de las acciones del Gobierno Federal a favor de la diseminación generalizada del virus en el territorio nacional, con el objetivo de retomar la actividad económica lo antes posible y a cualquier precio.

Conectas Direitos Humanos también encontró que el Gobierno Federal percibió en la regulación del carácter esencial de las actividades la posibilidad de restringir, al menos parcialmente, el alcance de las medidas de protección de la salud pública adoptadas por los Estados federados. Así, se estableció un acalorado enfrentamiento político entre la estrategia federal de propagación del virus y las numerosas estrategias estatales y municipales para contener la propagación de la enfermedad, generando inflación de las normas federales, estatales y municipales, además de dar lugar a una intensa judicialización.

Por lo tanto, exigimos que el Estado brasileño, bajo el liderazgo del presidente Jair Bolsonaro, asuma responsabilidad.

- **por la muerte prematura de 480.340 brasileños y brasileñas debido a violaciones de obligaciones por actos intencionales o por omisión enumerados anteriormente;**
- **por los daños y secuelas causadas a los millones de brasileños y brasileñas que contrajeron el virus por un manejo inadecuado de la pandemia;**
- **por el daño causado a cientos de miles de huérfanos y otros miembros de la familias por muertes prematuras.**

57 Ver *Derechos ante una pandemia*. Disponible en: www.conectas.org/publication. Consultado en: 10 oct. 2021).

Pues el Estado ha venido violando casi la totalidad de las obligaciones básicas relacionadas con el **derecho humano a la salud** (§ 43) y las obligaciones prioritarias (§ 44 de la *Observación General 14*) y, en consecuencia, **el derecho a la vida**, incluyendo, en definitiva, las que le siguen:

OBLIGACIÓN	SITUACIÓN
a) Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados.	VIOLADA
b) Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre.	VIOLADA
c) Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y condiciones sanitarias básicas, así como al suministro adecuado de agua limpia potable.	VIOLADA
d) Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS.	VIOLADA
e) Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud.	VIOLADA
f) Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; la estrategia y el plan de acción deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; esa estrategia y ese plan deberán prever métodos, como el derecho a indicadores y bases de referencia de la salud que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; el proceso mediante el cual se concibe la estrategia y el plan de acción, así como el contenido de ambos, deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.	VIOLADA
g) Velar por la atención de la salud reproductiva, materna (prenatal y postnatal) e infantil.	VIOLADA
h) Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad.	VIOLADA
i) Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas.	VIOLADA
j) Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades.	VIOLADA
k) Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.	VIOLADA

Es importante subrayar que, de acuerdo con el derecho internacional de los derechos humanos, un Estado Parte nunca, en ninguna circunstancia, puede justificar su incumplimiento de las obligaciones básicas, las cuales son inderogables. Así, de acuerdo con los hechos expuestos en el contexto de este documento, el Estado brasileño, especialmente a través del titular del Poder Ejecutivo, intentó intencionalmente minimizar públicamente los riesgos de la pandemia, en innumerables ocasiones, induciendo una parte considerable de la población, tanto en palabras como en su comportamiento personal, a despreciar medidas sanitarias como el uso de mascarillas y el distanciamiento social.

Además, propagó el uso de fármacos que demostraron ser ineficaces contra la Covid-19, asociando inexorablemente su imagen personal con el uso del fármaco hidroxicloroquina, que ya había demostrado su ineficacia por la comunidad científica y por la Organización Mundial de la Salud. Aun más, también deliberadamente no proporcionó a los hospitales públicos las condiciones mínimas para enfrentar la pandemia, lo que es ejemplificado por la falta de disponibilidad de oxígeno para los pacientes hospitalizados. Los hechos aquí presentados ilustran la gravedad de la violación de los derechos humanos ahora atribuida al Estado brasileño.

Se podría haber evitado la muerte prematura de miles de brasileños y brasileñas, así como el disfrute de la vida con las limitaciones derivadas de las secuelas producidas en las víctimas sobrevivientes de la Covid-19. Cabe señalar también que la conducta escandalosa del presidente durante el período de la pandemia fue informada de manera rutinaria en publicaciones periódicas internacionales. Claramente, en aras de la credibilidad del *Sistema Internacional de Derechos Humanos*, la toma de responsabilidad del Estado brasileño es una tarea que se impone.

La violación del ordenamiento jurídico internacional y nacional, explicada en detalle en el marco legal, cuyos preceptos fundamentales se reproducen en el derecho interno, está ampliamente demostrada. La violación del derecho a la salud de la población brasileña, proclamada con orgullo y como demostración de poder por el señor Jair Messias Bolsonaro, se materializó también en la violación del derecho a la vida de miles de ciudadanos y ciudadanas: por la falta de atención de salud, en la expresión de lealtad al titular del Ejecutivo; por falta de tratamiento e infraestructura adecuados; por la ausencia de otras medidas político-sanitarias para contener la propagación del virus.

Así, el Estado brasileño **no respetó** los derechos a la salud y la vida de su población, ya que produjo deliberadamente las violaciones que interfirieron en el goce de los derechos mencionados.

En la misma línea, el Estado brasileño **no protegió** el derecho a la salud de la población y, como sugiere el contenido de la Comisión Parlamentaria de Investigación (CPI)⁵⁸ sobre la pandemia Covid-19 en el país, hay indicios de su asociación con terceros, cuyos intereses estaban lejos de mantener la salud y la vida del pueblo brasileño, olvidando su deber de proteger estos derechos.

58 El *Informe Final* fué aprobado e 26 de octubre del 2021. Dispñible en: https://senadofederal-my.sharepoint.com/personal/cpipandemia_arquivos_senado_leg_br/Documents/Relat%C3%B3rio%20Final/Relatorio_Final_aprovado.pdf. Consultado en: 27 oct. 2021.

Además, al no tomar las medidas sanitarias adecuadas y elaborar las políticas públicas urgentes y necesarias, el Estado **no facilitó, otorgó ni promovió** los derechos a la salud y la vida de la población, según lo dispuesto en el párrafo 33 de la *Observación General* 14 al artículo 12 del PIDESC.

Es sumamente importante enfatizar que todas las violaciones aquí registradas, además de lesionar los artículos 6º del PIDCP y 12 del PIDESC, a la luz de sus *Observaciones Generales*, violan todos los tratados internacionales que afirman y garantizan estos derechos, especialmente los que son referidos al derecho a la salud, a saber: *Convención Americana sobre Derechos Humanos*; Artículo 10 del *Protocolo de San Salvador*; el artículo 5 de la *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial* (1965); artículos 11.1 y 12 de la *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer* (1979); en el artículo 24 de la *Convención sobre los Derechos del Niño* (1989); La *Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familias* (1990), específicamente los artículos 28, 43e y 45c.; la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (2006), que en su artículo 25 prevé la protección del derecho a la salud, además de la *Declaración Final de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud* (DECLARAÇÃO ..., 1975).

Finalmente, las campañas de negación y el compromiso personal del Presidente de la Nación, incluyendo su propio ejemplo de conducta, ampliamente difundido en los medios oficiales y redes sociales, representan una **violación al deber de promover los derechos a la vida y la salud** en el contexto de la pandemia de la Covid-19, siendo el Estado brasileño susceptible de ser imputado. Mirando todo este escenario, es posible coincidir fácilmente con el filósofo Vladimir Safatle (2020) cuando afirma que las acciones y omisiones del Estado brasileño, especialmente durante la pandemia, van más allá de la “necro política del Estado que gestiona la muerte y la desaparición”. como “el actor continuo de su propia catástrofe es un cultivador de su propia explosión, estableciendo un coqueteo continuo con su propia destrucción”.⁵⁹

El Estado brasileño, en sus tres poderes, Ejecutivo, Legislativo y Judicial, es ejecutor de la “necro política”. Los tres Poderes que constituyen el Estado brasileño son responsables de la muerte de más de seiscientos mil personas (600.000) por Covid-19. El presidente Jair Messias Bolsonaro, quien no cumplió con los preceptos de derechos humanos en su gobierno, colaboró con las muertes pues debía priorizar los intereses de toda la población, para lograr el objetivo fundamental de la República: promover el bien de todos (artículo 3, IV de la Constitución Federal), así como el desarrollo nacional y la erradicación de la pobreza. El incumplimiento de los preceptos de derechos humanos se agravó durante el período pandémico y fue corroborado por los Poderes Legislativo y Judicial, que no adoptaron medidas efectivas para destituirlo del poder aún ante pruebas contundentes de su opción por una política de exterminio.

El Poder Judicial no cumplió con la obligación de materializar los derechos fundamentales, ya que tampoco controló los demás poderes, especialmente el Ejecutivo. El

59 “Para além da necropolítica” (n-1 edições). Disponible en <https://www.n-1edicoes.org/textos/191>. Consultado en: 21 oct. 2021.

Poder Legislativo, a su vez, también es responsable por las muertes que podrían haber sido evitadas, ya que no dio seguimiento a las numerosas solicitudes de juicio político que llegaron a la Cámara, y el Senado debió instalar la Comisión Parlamentaria de Investigación (CPI) de la Covid-19, que recopiló amplias evidencias de numerosos delitos potenciales cometidos por Bolsonaro, como responsabilidad, charlatanería, malversación y corrupción pasiva. Esta es la mayor tragedia humanitaria en la historia de Brasil desde la esclavitud de los negros y negras.

El incumplimiento de las obligaciones de respetar, proteger y garantizar los derechos humanos a la vida y la salud resultó en la imagen más impactante de la pandemia: las zanjas excavadas mecánicamente en los cementerios. Esta imagen es la materialización del discurso del gobierno de Jair Bolsonaro. Debido a la falta de adopción de una política adecuada para combatir la pandemia Covid-19, que resultó, hasta el 8 de octubre de 2021, en seiscientos mil (600.000) muertes, el mundo presenció la brutalidad de un entierro masivo, mediado por una excavadora, a la que fueron sometidos estos cuerpos. Se necesita una excavadora para dar cuenta de los resultados de una política de exterminio. Los cuerpos enterrados eran cuerpos de personas con familias, historias y sueños, que literalmente fueron depositados en vertederos por el Estado como si fueran material reciclable. Ésta es la imagen de la tragedia brasileña, resultado de la morbosidad de la necro política, resultado de la política que elige sus cuerpos matables, como analiza en varias ocasiones el filósofo camerunés Achille Mbembe.

6. Requerimientos y recomendaciones

La responsabilización y la rendición de cuentas por las violaciones de derechos humanos es una necesidad que surge de los análisis y conclusiones de este documento. Las siguientes recomendaciones sugieren medidas y acciones para que las instituciones y autoridades brasileñas realicen esfuerzos e inicien acciones para enfrentar la devaluación y naturalización de la muerte y exterminio de grupos estructuralmente discriminados.

Requerimiento 1

Ser reconocida la responsabilidad del Estado brasileño por no haber ejercido la gobernanza anticipatoria exigida por la gravedad de la pandemia y, en consecuencia, por las más de 480.000 muertes prematuras y evitables ocurridas en el contexto de la pandemia Covid-19.

Recomendaciones

Se recomienda que el Estado brasileño investigue a fondo la responsabilidad administrativa y penal por los cientos de miles de muertes prematuras, de conformidad con el derecho internacional, asegurando que los responsables sean llevados ante la justicia, evitando la impunidad.

Requerimiento 2

Ser reconocida la responsabilidad del Estado brasileño, en particular del primer representante, por la falta de respeto a la dignidad de las víctimas del Covid-19 y sus familiares:

- por el desarrollo de un proceso de retroceso planificado en salud, entre otras áreas, con una postura de negación de derechos y deconstrucción de la garantía constitucional del derecho a la salud;
- por una mayor mortalidad en las camas de UCI públicas;
- por recomendar y adquirir, a expensas del fisco, medicinas ineficaces para el tratamiento de la Covid-19, contrariando a las directrices de la comunidad científica internacional y de la OMS;
- por el retardo en la compra de vacunas para Covid-19, retrasando significativamente el inicio de la campaña de vacunación en el país.

Recomendaciones

Se recomienda que los órganos que sean responsables (Senado Federal y Cámara de los Diputados) tramiten la sentencia de múltiples solicitudes de juicio político contra el Presidente de la República, Jair Messias Bolsonaro, de manera ágil, con el objetivo de

interrumpir las violaciones cotidianas de diferentes derechos, en particular los derechos a la vida y salud, garantizando una reparación adecuada y justa a todas las víctimas y descendientes.

Se recomienda que el Estado brasileño promueva la derogación inmediata de la Enmienda Constitucional n. 95, con la reanudación de la inversión en el Sistema Único de Salud y en la investigación científica relacionada a la infección, instrumento que debe ser uno de los lineamientos en la lucha contra la Covid-19;

Se recomienda que, en lo que respecta a los órganos responsables, se garantice el derecho a la memoria y a la verdad, para que no exista una tergiversación de la historia de esta pandemia que justifique las violaciones ocurridas, incluso mediante el establecimiento de una Comisión de la Memoria y la Verdad Covid-19, que documente y apoye la búsqueda de reparación para las víctimas de violaciones, registrando las voces de las víctimas, así como identificando a quienes se beneficiaron de las violaciones durante la pandemia.

Requerimiento 3

Sea reconocida la responsabilidad del Estado brasileño de ampliar la brecha del racismo estructural y del patriarcado, modos de estructura social que colocan, respectivamente, a negros/as y mujeres en posiciones sociales de subordinación, ya que hemos visto que las mujeres, especialmente las negras y las pobres, tienen el peso más grande en lo que respecta a sustentar y mantener la vida en la pandemia, más específicamente el cuidado y el trabajo – productivo y reproductivo, remunerado y no remunerado – realizado por ellas; y hemos visto un aumento de la violencia racista, misógina y LGBTQIA+fóbica durante la pandemia, que se traduce en la radicalización del exterminio de la juventud negra en las periferias y favelas, en el aumento del número de feminicidios y asesinatos de LGBTQIA+, particularmente de transexuales durante el período de crisis sanitaria.

Recomendaciones

Se recomienda que las acciones afirmativas sean realizadas por el Estado y volcadas a la promoción de la igualdad, reconociendo la existencia del racismo, destruyendo el mito de la democracia racial (la creencia de que, siendo un país diverso y mestizo, no es un país racista y que logra trascender conflictos raciales).

Se recomienda que los delitos de racismo sean clasificados por el sistema judicial como racismo y no como insultos raciales; siendo que el crimen de racismo es irrenunciable e imprescriptible.

Se recomienda que el Estado brasileño implemente la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra (PNSIPN), que “reconoce el racismo, las desigualdades étnico-raciales y el racismo institucional como determinantes sociales de las condiciones de salud”.

Se recomienda que se recomponga el sistema de transparencia del Gobierno Federal, con la actualización de los datos relacionados con los impactos de la pandemia,

con una perspectiva racial y de género, de acuerdo con los parámetros étnico-raciales adoptados por el IBGE.

Requerimiento 4

Sea reconocida la responsabilidad del Estado brasileño por la violación del deber de proteger a los grupos en situación de vulnerabilidad frente a la discriminación y el apoyo a las acciones y omisiones que promueven y naturalizan la muerte y exterminio de estos grupos.

Recomendaciones

Se recomienda que todas las autoridades y instituciones tomen medidas para frenar las prácticas y manifestaciones discriminatorias de cualquier tipo por parte de los agentes públicos, incluido el Presidente, instituyéndose sanciones en caso de reincidencia, incluida la pérdida de mandato en los casos más graves.

Requerimiento 5

Sea reconocida la responsabilidad del Estado brasileño por las secuelas dejadas en las personas afectadas por Covid-19, que pudieron haberse evitado, pero no fueron, resultando de acciones u omisiones del Estado brasileño.

Recomendaciones

Se recomienda que el Estado brasileño establezca un fondo soberano, basado en impuestos a las operaciones financieras, para garantizar una renta básica vitalicia por el monto de un salario mínimo a todas y cada una de las personas con secuelas como consecuencia de la pandemia Covid-19.

Se recomienda que el Estado brasileño cumpla con su deber de ofrecer, a través del SUS, tratamientos auxiliares para las secuelas dejadas en parte de la población recuperada de la infección por Covid-19.

Requerimiento 6

Sea reconocida la responsabilidad del Estado brasileño de apoyar a los huérfanos y otros dependientes de víctimas de muerte prematura es reconocida por Covid-19.

Recomendaciones

Se recomienda que las políticas sociales asignen una pensión individual y mensual por el monto de un salario mínimo a los niños y adolescentes que han quedado huérfanos como consecuencia de la pandemia Covid-19.

Requerimiento 7

Sea reconocida la responsabilidad del Estado brasileño por muertes prematuras excesivas en miembros de grupos particularmente vulnerables como resultado de la práctica de discriminación estructural, como pueblos indígenas, población negra, mujeres, ancianos, niños y adolescentes, comunidades “quilombolas”, agricultores familiares, LGBTQIA+, población encarcelada, personas sin hogar, y otras.

Recomendaciones

Se recomienda que el Estado brasileño cumpla con la obligación de investigar y, cuando sea necesario, juzgar, siguiendo los estándares internacionales, incluido el Protocolo de Minnesota para la investigación de muertes potencialmente ilegales, y tenga como objetivo asegurar que los responsables sean confrontados, evitando que se establezca la impunidad, y para que la reparación se lleve a cabo, evitando la repetición de lo sucedido.

Requerimiento 8

Sea reconocida la responsabilidad del Ejecutivo Federal por la suspensión de la atención de salud a diversas comunidades indígenas por varios meses, dejándolas sin asistencia.

Recomendaciones

Se recomienda que el Estado brasileño reanude de inmediato la atención de salud regular y permanente a todas las comunidades indígenas.

Requerimiento 9

Sea reconocida la responsabilidad del Ejecutivo Federal por imponer el fundamentalismo religioso y el extremismo político en diversos órganos públicos, particularmente aquellos que están encargados de la salud de los pueblos indígenas.

Recomendaciones

Se recomienda que el Estado brasileño actúe con más fuerza para garantizar la necesidad de diferenciación en la organización del SUS para atender las especificidades de la atención a la diversidad intercultural, recuperando el principio de equidad en las acciones de salud.

Se recomienda que el Estado brasileño respete las culturas y valores de los pueblos indígenas, asegurando que la SESAI pueda funcionar de manera independiente frente al fundamentalismo religioso y el extremismo político.

Requerimiento 10

Sea reconocida la responsabilidad del Ejecutivo Federal por la omisión en cuanto a las obligaciones de respeto, protección y garantía a la vida de las mujeres y la población LGBTQIA+, ya que quedarse en casa se ha convertido en un desafío para las mujeres y LGBTQIA+, especialmente travestis, transexuales y otras identidades que sufren violencia intrafamiliar.

Recomendaciones

Se recomienda que el Estado brasileño garantice el fortalecimiento de las redes de apoyo para la realización del distanciamiento social en espacios libres de hostilidad y violencia; que se establezcan canales de apoyo para ofrecer apoyo, ya sea socioeconómico o de salud mental, basado en la escucha calificada y la orientación profesional.

Se recomienda que el Estado brasileño garantice la acogida y el compromiso social en circunstancias que tienden a favorecer la angustia psicológica, así como el acceso de estas personas a las acciones de emergencia previstas por el Gobierno.

Se recomienda que el Estado brasileño garantice como población prioritaria a las personas en proceso de transexualidad para que puedan mantener su seguimiento médico y el acceso a medicamentos y cuidados.

Requerimiento 11

Sea reconocida la responsabilidad del Ejecutivo Federal por la falta de adopción de acciones adicionales de protección y asistencia a las mujeres, ya que el pueblo brasileño acusa al presidente Jair Messias Bolsonaro de institucionalizar la misoginia, promover la repugnancia y el odio hacia las mujeres e instituir el feminicidio.

Recomendaciones

Se recomienda que se inste al Estado brasileño, a través del Ministerio Público, a determinar la apertura de un proceso de instrucción contra el Presidente de la República, Jair Messias Bolsonaro, de conformidad con el artículo 121, párrafo 2-A, inciso II del Código Penal, de tantas como las noticias efectivamente promovidas, ya sea por familiares o por medio de representaciones de la sociedad civil de mujeres travestis, transexuales, indígenas, afrodescendientes, embarazadas y parturientas durante el período pandémico.

Se recomienda que los “Lineamientos Nacionales para Investigar, Procesar y Juzgar las Muertes Violentas de Mujeres desde una Perspectiva de Género” (BRASIL, 2016), sean utilizados en lo que fuera posible, especialmente en que se refieren

1. el derecho a la justicia, que se traduce en la obligación del Estado de iniciar una investigación rápida e imparcial sobre los hechos alegados;
2. el derecho a la verdad para conocer las circunstancias de los delitos, los motivos y los responsables de los hechos de los que fueron víctimas;

3. el derecho a la memoria, que se traduce en no distorsionar su memoria para justificar la violencia sufrida;
4. el derecho a un juicio y juicio libre de estereotipos y prejuicios;
5. el derecho a la identificación y sanción de los responsables, con la consiguiente reparación civil de los daños causados;
6. el respeto a la dignidad humana, consistente en:
 - no minimizar el sufrimiento de la víctima sobreviviente y las víctimas indirectas;
 - respetar el dolor de la víctima sobreviviente y de las víctimas indirectas al recordar los hechos;
 - evitar que la víctima superviviente y las víctimas indirectas se expongan al acusado, especialmente cuando muestran miedo o malestar en su presencia;
 - evitar preguntas discriminatorias sobre la vida íntima de la víctima fatal o sobreviviente, especulando con información innecesaria al proceso y que pueda causar vergüenza a la víctima sobreviviente y víctimas indirectas;
 - evitar cualquier comentario que reproduzca estereotipos de género y juicios de valor sobre el comportamiento de la víctima directa, sea o no sobreviviente;
 - evitar que documentos que no son relevantes para la investigación de los hechos, pero que sirven para exponer y violar la privacidad e intimidad de las víctimas directas e indirectas, sean incluidos en los registros;
7. la privacidad y confidencialidad de la información, observando las siguientes pautas:
 - la asistencia a las víctimas sobrevivientes y víctimas indirectas durante declaraciones o en cualquier otra circunstancia, debe realizarse en espacios adecuados que contribuyan a la privacidad, confidencialidad y seguridad de las personas;
 - la información recopilada, especialmente la que trata de aspectos íntimos de la vida de la víctima, debe ser protegida para que no se haga pública, especialmente a través de la explotación mediática de los casos;
 - asegurar que las víctimas directas e indirectas tengan acceso a información sobre sus derechos, el proceso y todos los procedimientos legales;
 - asegurarse de que puedan ir acompañados de una persona de su confianza al tomar declaraciones, testimonios y exámenes;
 - realizar las derivaciones necesarias y adecuadas a la red de servicios especializados o a otros servicios;
 - adoptar protocolos de atención que contribuyan al flujo de información y personas, evitando que víctimas sobrevivientes y víctimas indirectas se vean obligadas a relatar los hechos en varias ocasiones, o tengan que pasar de un servicio a otro sin obtener la información y derivaciones necesarias compatibles con sus necesidades;
 - evitar el uso de un lenguaje discriminatorio y de cuestionamientos permeados por juicios de valor que cuestionen los hábitos, actitudes, comportamientos de la víctima o responsabilicen a la víctima por la violencia sufrida.

Requerimiento 12

Sea reconocida la responsabilidad del Gobierno Federal, en conjunto con los demás poderes constituidos, respecto de la ausencia de medidas efectivas y concretas encaminadas a reducir el hacinamiento penitenciario y el retraso injustificado en la vacunación de la población privada de su libertad, lo cual, a pesar de lo previsto en el Plan Nacional de Inmunizaciones como público prioritario, se vacunó después de toda la población adulta no prioritaria.

Recomendaciones

Se recomienda que los magistrados adopten las disposiciones de la Recomendación n. 62 del Consejo Nacional de Justicia (CNJ), especialmente los siguientes puntos enumerados:

- la aplicación preferencial de medidas socioeducativas en un ambiente abierto y la revisión de las decisiones de detención provisional, especialmente para los siguientes grupos: adolescentes en el grupo de riesgo; adolescentes que se encuentran en unidades con ocupación mayor a la capacidad o que se encuentran en unidades que no cuentan con equipo de salud; adolescentes hospitalizados por la práctica de infracciones sin violencia ni amenaza grave;
- en el caso de los presos provisionales (sistema penitenciario), recomienda la revisión de los presos provisionales decretados, dando prioridad a las mujeres embarazadas, los presos en centros penitenciarios con ocupación superior a su capacidad y las personas detenidas provisionalmente por un período superior a 90 días o por delitos cometidos no violencia o amenaza grave;
- para la población penitenciaria condenada, recomienda conceder la liberación anticipada de los presos del régimen cerrado y semiabierto; concesión de arresto domiciliario en relación con los presos del régimen abierto y semiabierto; concesión de arresto domiciliario a personas arrestadas que tengan un diagnóstico presunto o confirmado de Covid-19;
- para casos sospechosos o confirmados de Covid-19 en el sistema penitenciario, recomienda separar a la persona que presenta síntomas; derivación inmediata para tratamiento en una unidad de salud; comunicación al tribunal competente para valorar la sustitución de la pena privativa de libertad por una medida no privativa de la libertad.

Requerimiento 13

Se debe responsabilizar rápidamente al Gobierno Federal de sus decisiones presupuestarias, tanto en la ejecución como en la asignación de recursos, para los años 2020 al 2022, que violaron sistemáticamente el derecho humano a la salud en el contexto de la pandemia, como se evitó la adopción de las medidas necesarias para combatir la pandemia en cuanto a estructuración médico-hospitalaria, no cumpliendo con la logística necesaria para atender a la población.

Recomendaciones

Se recomienda que el Estado brasileño revise de inmediato el marco fiscal del país, especialmente el EC 95, que retira recursos de la salud; ya que, para 2018, 2019 y 2022 (años en los que no se relajaron las reglas fiscales), más de R\$ 40 mil millones fueron retirados del SUS debido al congelamiento del piso de solicitudes de salud a niveles de 2017 por parte de EC 95, siendo que el retiro de recursos del SUS y otras áreas debilitan la capacidad del Estado para garantizar los derechos humanos.

Se recomienda que, para 2022, sea modificado el presupuesto enviado, proporcionando recursos suficientes para el SUS, incluso en relación con la vacunación, el mantenimiento de camas abiertas y la atención de demandas reprimidas (no se realizaron más de 1 millón de cirugías en la pandemia).

Requerimiento 14

Sea reconocida la necesidad de el Gobierno Federal revisar la atención básica en salud de modo a garantizar los principios de accesibilidad e calidad en contextos de distanciamiento social.

Recomendaciones

Se recomienda que el Estado brasileño garantice los servicios de APS para enfrentar simultáneamente la pandemia en el contexto del distanciamiento social y mantenga la oferta regular de sus acciones dirigidas a prevenir enfermedades y promover la salud, resolviendo posibles problemas.

Requerimiento 15

Sea reconocida la falta de respeto y la no internalización de las normas internacionales para la vigilancia en salud por parte del Gobierno Federal por los siguientes actos:

- no cumplir con las normas y legislaciones – nacionales e internacionales – que pretenden contribuir con el combate a la Covid-19;
- no respeto a las formulaciones hechas por el Ministerio de la Salud para monitorear la pandemia y el diagnóstico para revertir la situación pandémica, no implementando acciones educativas de orientación sobre mecanismos de prevención y protección individual y colectiva;
- recomendación de una medida farmacológica sin conprobación científica de que sea eficaz para inmunizar contra la Covid-19;
- actuar constantemente produciendo contrainformación sobre las medidas no farmacológicas necesarias para reducir el contagio del coronavirus (utilizando medios oficiales para producir información de negación);
- no priorizar el fortalecimiento de la Política Nacional de Vigilancia Sanitaria como una medida eficaz para combatir la pandemia.

Recomendaciones

Se recomienda que el Estado Brasileño promueva medidas que deben ser adoptadas para el enfrentamiento de emergencias de salud pública de importancia internacional como la Covid-19.

Requerimiento 16

Sea reconocido que el Estado brasileño agravó enormemente la situación de inseguridad alimentaria y hambre de la población vulnerable durante el período pandémico: y el pueblo brasileño acusa al presidente Jair Messias Bolsonaro de promover el desmantelamiento de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), que agravó aún más la ya grave situación de hambre e inseguridad alimentaria en la población brasileña, con fuertes consecuencias para las familias afectadas y para sociedad en su conjunto.

Recomendaciones

Se recomienda que el Estado brasileño realice de inmediato la congelación de precios en el sector público y privado de alimentos, gas de cocina, combustibles y productos de higiene, con la debida supervisión del Gobierno, para evitar aumentos abusivos, ya comprobados desde el inicio de la pandemia

Se recomienda que el Estado brasileño haga la inmediata restauración del Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Consea).

Requerimiento 17

Sea reconocido que el Estado brasileño no protegió el derecho a la vivienda y el derecho de los ocupantes ilegales al uso legítimo de las tierras públicas para producir su sustento.

Recomendaciones

Se recomienda que el Poder Judicial mantenga la suspensión de desalojos prevista en la Ley Federal n. 14.216, de 2021, por tiempo indefinido, sin que se posible darse cumplimiento a un acto o decisión judicial, extrajudicial o administrativa que resulte en desalojo colectivo o remoción forzosa en privado o de propiedad pública, urbana o rural, ya sea para vivienda o producción.

7. Requerimientos a las insituciones y organismos internacionales

Considerando que las violaciones hirieron derechos constitucionales, en especial el derecho a la salud y a la vida, garantizados por Tratados Internacionales recepcionados por la Constitución Federal; conpreendendo que el no cumplimiento de las obligaciones del Estado brasileño con estas normativas internacionales de derechos humanos ya sea por acción u omisión del Estado, que falla en su deber de garantizar los derechos humanos; y considerando que en el Estado Democrático de Derecho es establecido el deber de cooperación internacional entre los Estados, se presentan los siguientes requerimientos:

Requerimiento al CDESCR/ONU

Se solicita que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR/ONU) considere la violación del derecho humano a la salud en la manera como el Estado Brasileño y el Gobierno Federal realizaron el enfrentamiento de la pandemia de la Covid-19 en los términos del artículo 12 del PIDESC y lo que de él se explicita en la *Obsevação General* 14 del CESCR/ONU, incluso por el no cumplimiento del principio de la no discriminación y de la progresividad en la realización del derecho humano a la salud; y más, si se hace adecuada su evaluación, que incluya esta análisis cuando de la apreciación del III Informe Oficial del Estado Brasileño a respeto del cumplimiento del PIDESC en la agenda del Comité.

Requerimiento al CCPR/ONU

Se solicita al Comité de Derechos Humanos (CCPR/ONU) que considere la violación del derecho humano a la vida en la manera como el Estado Brasileño y el Gobierno Federal realizaron el enfrentamiento de la pandemia de la Covid-19 en los términos del artículo 6º del PIDCP y lo que de él se explicita en la *Observación General* n. 36 del CCPR/ONU, incluso por el no cumplimiento del principio de la no discriminación; y más, si se hace adecuada su evaluación, que incluya esta análisis cuando de la apreciación del Informe Oficial del Estado Brasileño a respeto del cumplimiento del PIDCP en la agenda del Comité.

Requerimiento al CDH/ONU

Se solicita al Consejo de Derechos Humanos (CDH/ONU) que considere la violación de los derechos humanos, en particular a la salud y a la vida, en la manera como el Es-

tado Brasileño y el Gobierno Federal realizaron el enfrentamiento a la pandemia de la Covid-19, llevando en consideración lo previsto en el artículo 6° del PIDCP y el artículo 12 del PIDESC en el proceso de la Cuarta Revisión Periódica Universal (RPU), al cual el Estado brasileño va a ser sometido en el próximo período.

Requerimiento al ACNUDH/ONU

Se solicita que el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH/ONU), considerando las “Directrices Relativas a la Covid-19” de las Naciones Unidas, tome en cuenta la manera como el Estado Brasileño y el Gobierno Federal realizaron el enfrentamiento de la pandemia de la Covid-19 en los términos del artículo 6° del PIDCP y el artículo 12 del PIDESC para la composición de su informe a la CDH/ONU, bien como para promover acciones que sean oportunas a respeto del tena.

Requerimiento a los Procedimientos Especiales/ONU

Se solicita que los Procedimientos Especiales/ONU, en particular las Relatorias que sean directamente conectadas a la temática, que consideren la violación de derechos humanos, en especial a la salud y a la vida, en la manera como el Estado Brasileño y el Gobierno Federal realizaron el enfrentamiento a la pandemia de la Covid-19, tomando en cuenta lo previsto en el artículo 6° del PIDCP y el artículo 12 del PIDESC, para la composición de su informe al CDH/ONU, bien como para promoción de acciones que sean adecuadas a respeto de la temática.

Requerimientos a la CIDH/OEA

Se solicita a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH/OEA), a través de sus relatorias (para Brasil e ReDESCA, en particular), considerando lo previsto en su Resolución n. 01/2020 que determina, además de otros aspectos, “que el contexto de la pandemia y sus consecuencias ratifican la importancia del cumplimiento y observancia de las obligaciones internacionales con relación a derechos humanos, en especial a los que se refieren a los DESCAs”, y recomienda: “1. Adoptar, inmediata y urgentemente, con la debida diligencia, todas las acciones que sean adecuadas para protección de los derechos a la vida, a la salud y a la integridad personal de quienes se encuentran bajo su jurisdicción, frente al riesgo que representa la pandemia. [...] 2. Adoptar, de manera inmediata e interseccional, un foco hacia los derechos humanos en todas las estrategias, políticas y acciones de Estado direccionadas al enfrentamiento de la pandemia de la Covid-19 y sus consecuencias [...] (2020, p. 7), además de siete principios y obligaciones generales para orientar la actuación (§ 3), además de recomendaciones para grupos en situación de especial vulnerabilidad, considere la violación de derechos humanos, en particular a la salud y a la vida, en la manera como el Estado Brasileño y el Gobierno Federal realizaron el enfrentamiento de la pandemia de la Covid-19 para la composición de nuevos informes y reportes a respeto de Brasil y la situación de los DESCAs en el país.

Referencias

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Avisa); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Regulamento Sanitário Internacional - RSI 2005*. [Versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 395/2009 publicado no DOU de 10/07/09, p. 11]. 2009. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/regulamento-sanitario-internacional/arquivos/7181json-file-1>. Acesso em: 30 out. 2021.

ALENCAR, Joana; STUKER, Paola; TOKARSKI, Carolina; ALVES, Iara; ANDRADE Krislane de. Políticas públicas e violência baseada no gênero durante a pandemia da covid-19: ações presentes, ausentes e recomendadas. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc), Nota Técnica n. 78, jun. 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200624_nt_disoc_78.pdf. Acesso em: 30 out. 2021.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL. *Comitê nacional de vida e memória indígena*. 2021 Disponível em: <https://emergenciaindigena.apiboficial.org/dados/covid19/>. Acesso em: 13 set. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO); INTERNATIONAL POLLUTANTS ELIMINATION NETWORK. *Agronegócio e pandemia no Brasil – uma sindemia está agravando a pandemia da Covid-19?* [s. l.]: [s. n.], 2021. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/05/Agronegocio_-_ABrasco-IPEN.pdf. Acesso em: 6 out. 2021.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). *Dados atualizados sobre leitos de UTI no Brasil*. São Paulo, março de 2020. Disponível em: www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/28/dados_uti_amib.pdf. Acesso em: 25 set. 2021.

BALTHAZAR, Ricardo. Negros têm mais risco de morrer de Covid mesmo no topo da pirâmide social, diz estudo. *Folha de S.Paulo*, São Paulo, seq. Equilíbrio e Saúde, 27 set. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/09/negros-tem-mais-risco-de-morrer-de-covid-mesmo-no-topo-da-piramide-social-diz-estudo.shtml>. Acesso em: 30 out. 2021.

BARCELLOS MALIN, A. M.; DOS SANTOS ALVES, T.; MELO QUINTSLR, M. M.; NETO MACHADO, L.; DA COSTA MAIA LOPES, B.; DE JESUS MOREIRA, D. L.; CARDOSO GOMES, J. Covid-19: acesso à informação pública no Brasil – Relatório de Pesquisa.

Liinc em Revista, Brasília, v. 16, n. 2, p. e5370, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18617/liinc.v16i2.5370>. Acesso em: 30 out. 2021.

BENEVIDES, Bruna G.; NOGUEIRA, Sayonara Naider Bonfim. *Dossiê Assassinatos e Violência Contra Travestis e Transexuais Brasileiras em 2020*. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2021. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2021/01/dossie-trans-2021-29jan2021.pdf>. Acesso em: 30 out. 2021.

BERNARDES, Vitória. *Em meio à pandemia, quem protege as pessoas com deficiência? Segmento populacional segue sem orientações*. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1247-artigo-em-meio-a-pandemia-quem-protege-as-pessoas-com-deficiencia-segmento-populacional-segue-sem-orientacoes-por-vitoria-bernardes>. Acesso em: 8 out. 2021.

BEZERRA, Lucila. ONU investiga uso de agrotóxicos como arma em conflitos territoriais da Mata Sul. *Brasil de Fato - Pernambuco*, Cidades, 10 set. 2021. Disponível em: <https://www.brasildefatope.com.br/2021/09/10/onu-investiga-uso-de-agrotoxicos-como-arma-em-conflitos-territoriais-da-mata-sul>. Acesso em: 29 out. 2021.

BOLSONARO, Jair. Discurso do Presidente da República, Jair Bolsonaro, durante o Encontro Brasil Vencendo a Covid-19 - Palácio do Planalto. In: ENCONTRO BRASIL VENCENDO A COVID-19, 2020, Brasília, 24 ago. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/discursos/2020/discurso-do-presidente-da-republica-jair-bolsonaro-durante-o-encontro-brasil-vencendo-a-covid-19-palacio-do-planalto>. Acesso em: 30 out. 2021.

BOLSONARO, Jair. Pronunciamento de abertura na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU). In: ASSEMBLEIA GERAL DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), 76., 2021, Nova York, 21 set. 2021. Disponível em: <https://youtu.be/EmiKQDVtDds>. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28 out. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Adolescentes internados*. Brasília, 2018. Disponível em: www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/11/1020c8c889d5fd7c0ec2b7bc29850d50.pdf. Acesso em: 18 set. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Boletim CNJ de Monitoramento Covid-19*. Registros e óbitos de 24 de agosto de 2021. Brasília, 2021a.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Covid-19 no Sistema Prisional*. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/09/monitoramento-casos-e-obitos-covid19-100921-info.pdf>. 2021b. Acesso em: 18 set. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Monitoramento CNJ – Covid-19: Efeitos da Recomendação nº 62/2020 de 20 de abril de 2020*. Brasília, 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Recomendação n. 62, de 17 de março de 2020*. Brasília, 2020a.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. CGU monitora aplicação dos recursos federais repassados a estados e municípios. Controladoria-Geral da União, [2021?]h. Disponível em: <https://www.gov.br/cgu/pt-br/coronavirus/cgu-monitora-aplicacao-dos-recursos-federais-repassados-a-estados-e-municipios>. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Decreto n. 591, de 06 de julho de 1992. Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução n. 14, de 4 de fevereiro de 2021. Priorização da Vacinação dos Servidores do Sistema Prisional e Pessoas Privadas de Liberdade no Plano Nacional de Operacionalização da Vacina Contra a Covid-19. Brasília, 2021d. Disponível em: www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-14-de-4-de-fevereiro-de-2021-302791438. Acesso em: 18 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. *Medidas de combate à Covid-19*. Brasília, 2021c. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYTThhMjk5YjgtZWQwYS00ODlkLTg4NDgtZTFhMTgzYmQ2MGVliiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 15 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. *Deteccões/suspeitas do coronavírus – painel regional*. Brasília, 2021e. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYTThhMjk5YjgtZWQwYS00ODlkLTg4NDgtZTFhMTgzYmQ2MGVliiwidCI6ImViMDkwNDIwLTQ0NGMtNDNmNy05MWYyLTRiOGRhNmJmZThlMSJ9>. Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. *Levantamento nacional de informações penitenciárias*. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. *Levantamento nacional de informações penitenciárias*. Brasília, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Covid-19 no Brasil*. Brasília, 2021f. Disponível em: https://qsprod.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 18 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota* [Governo Federal/Ministério da Saúde informa que recebeu, sim, a carta do CEO da Pfizer...]. 23 jan. 2021j. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/nota-1>. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (Covid-19) em Povos Indígenas*. Brasília, 2020d. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1095139/plano_de_contingencia_da_saude_indigea_preliminar.pdf. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19*. Brasília, 2020e. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/04/1a-Edic%C3%A7%C3%A3o-Plano-Nacional-de-Vacinac%C3%A7%C3%A3o-contr-Covid_V1_16dez20.pdf. Acesso em: 18 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caminhos do direito à saúde no Brasil*. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018*. Brasília, 2019a.

BRASIL. Ministério das Comunicações. Secretaria Especial de Comunicação Social. [A cloroquina, medicamento que tem apresentado bons resultados contra a Covid-19...] [Brasil], 20 mai. 2020d. Twitter: @secomvc. Disponível em: <https://twitter.com/secomvc/status/1263208935236001800>. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Ministério das Comunicações. Secretaria Especial de Comunicação Social. [O ministro-chefe da Secretaria-Geral da Presidência, Jorge de Oliveira, defendeu, nesta quarta (20), o novo protocolo do Ministério da Saúde, que permite o uso da cloroquina...] [Brasil], 20 mai. 2020e. Facebook: @ SecomVc. Disponível em: https://www.facebook.com/SecomVc/posts/260666828621933?comment_id=260869668601649. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. *Diretrizes Nacionais para Investigar, processar e Julgar com Perspectiva de Gênero as Mortes Violentas de Mulheres*. Brasília, 2016.

BRASIL. Nota Ministério da Saúde. 23 jan. 2021g. Disponível em: www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/nota-1. Acesso em: 5 out. 2021.

BRASIL. Senado Federal. Agência Senado. Bolsonaro veta projeto que suspendia despejo na pandemia. *Agência Senado*, 5 ago. 2021i. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/08/05/bolsonaro-veta-projeto-que-suspendia-despejo-na-pandemia>. Acesso em: 30 out. 2021.

BRIZZI, A. et al. *Factors driving extensive spatial and temporal fluctuations in COVID-19 fatality rates in Brazilian hospitals*. Imperial College COVID-19 Response Team – Report 46 06 de outubro 2021. Disponível em: <https://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/91875/2/2021-10-06-COVID19-Report-46.pdf>. Acesso em: 07 out. 2021.

CABRAL, Sandro; PONGELUPPE, Leandro; ITO, Nobuiuki. The Disastrous Effects of Leaders in Denial: Evidence from the COVID-19 Crisis in Brazil. *SSRN Electronic Journal Elsevier BV*, 2021. DOI: <https://doi.org/10.2139/ssrn.3836147>. Acesso em: 29 out. 2021.

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, v. 36, n. 8, ago. 2020.

CAMPANHA NACIONAL DESPEJO ZERO. [Dados atualizados da Campanha - 30 de agosto de 2021]. 2021. *Campanha Despejo Zero*, Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1CIZjXacbUDgMqSaidkIps0ba9BF9q8Ju/view>. Acesso em: 30 out. 2021.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *People Who Are at Increased Risk for Severe Illness CDC*. 2020. Disponível em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-at-increased-risk.html?deliveryName=USCDC_2067-DM31413. Acesso em: 30 jun. 2020.

COLLUCCI, Cláudia. Denúncia sobre proxalutamida é uma das mais graves da história da América Latina, diz Unesco. *Folha de S.Paulo*, 11 out. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/10/denuncia-sobre-proxalutamida-e-das-mais-graves-da-historia-da-america-latina-diz-unesco.shtml>. Acesso em: 30 out. 2021.

COMENTÁRIOS Gerais dos Comitês de Tratados de Direitos Humanos da ONU. Comitê de Direitos Humanos. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Brasília: DPU, MPF, DPE-SP, 2018. Disponível em: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/0/Coment%C3%A1rios%20Gerais%20da%20ONU.pdf>. Acesso em: 30 out. 2021. [Inclui os seguintes documentos: Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966); Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (1966), entre outros].

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CIDH). *Convenção Americana sobre Direitos Humanos*. San José da Costa Rica, 1969.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CIDH). *Pandemia e Direitos Humanos nas Américas. Resolução nº 1/2020*. 2020. Disponível em <https://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/Resolucao-1-20-pt.pdf>. Acesso 03 out. 2021.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CIDH). Situação dos direitos humanos no Brasil: Aprovado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos em 12 de fevereiro de 2021. [S. l.]: CIDH, 2021. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/relatorios/pdfs/Brasil2021-pt.pdf>. Acesso em: 30 out. 2021.

CONECTAS DIREITOS HUMANOS. *Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta a Covid-19 no Brasil*. Boletim n. 10, São Paulo: Conectas, 2021. Disponível em: https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2021/03/Boletim_Direitos-na-Pandemia_ed_10.pdf. Acesso em: 30 out. 2021.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. *Relatório de Violência contra os Povos Indígenas 2020*. 2021. Disponível em: <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2020/10/relatorio-violencia-contr-os-povos-indigenas-brasil-2019-cimi.pdf>. Acesso em: 13 set. 2021.

COSTA, J. S. *et al.* Covid-19 no sistema prisional brasileiro: da indiferença como política à política de morte. *Psicologia e Sociedade*, n. 32, p. e020013, 2020.

COSTA, Jaqueline Sérgio da; SILVA, Johnny Clayton Fonseca da; BRANDÃO, Eric Scapim Cunha; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho. Covid-19 no sistema prisional brasileiro: da indiferença como política à política de morte. *Psicologia & Sociedade*, v. 32, 4 set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240218>. Acesso em: 30 out. 2021.

CRETELLA JÚNIOR, José. *Comentários à Constituição de 1988*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. 12 setembro 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 29 out. 2021.

DIÁRIO DA CÂMARA DOS DEPUTADOS. Brasília: Câmara dos Deputados, ano 65, n. 118, 6 ago. 2010. Ata da 171ª Sessão da Câmara dos Deputados, ordinária, da 4ª Sessão Legislativa Ordinária, da 53ª Legislatura, em 05 de agosto de 2010. Discurso do Sr. Jair Bolsonaro (PP-RJ. Sem revisão do orador.). p. 36348-36349. Disponível em: <http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD06AGO2010.pdf#page=86>. Acesso em: 29 out. 2021.

DIAS, Bruno C. Revista Ciência & Saúde Coletiva e ENSP debatem sobre vulnerabilidade. ABRASCO, 31 ago. 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/revista-ciencia-saude-coletiva-e-enspfiocruz-debatem-sobre-vulnerabilidade/30383/>. Acesso em: 30 out. 2021.

ELIAS, N. *A solidão dos moribundos: seguido de envelhecer e morrer*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ESTUDO reforça indícios de que pobres e indígenas são mais vulneráveis à covid-19. *BBC News Brasil*, 23 set. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-54274684>. Acesso em: 30 out. 2021.

FERREIRA, Lola; SANTOS, Sanara. Isolamento social limita acesso de população a tratamento transexualizador no SUS. *Gênero e Número*, 16 abr. 2020. Disponível em: <https://www.generonumero.media/isolamento-acesso-trans-saude/>. Acesso em: 8 out. 2021.

FRICKER, M. *Epistemic Injustice: Power and Ethics of Knowing*. New York: Oxford University Press, 2007.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Contaminação por mercúrio se alastra na população Yanomami*. 2019. Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/46979>. Acesso em: 2 ago. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Risco de espalhamento da Covid-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica*. 4º relatório sobre risco de espalhamento da Covid-19 em populações indígenas. 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40980>. Acesso em: 2 jun. 2020.

GÊNERO E NÚMERO; SEMPREVIVA ORGANIZAÇÃO FEMINISTA. Sem parar: o trabalho e a vida das mulheres na pandemia. [S. l.]: [s. n.], [2020?]. Disponível em: https://mulheresnapandemia.sof.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_Pesquisa_SemParar.pdf. Acesso em: 30 out. 2021.

GOVERNO faz propaganda de homem rural armado no Dia do Agricultor. *O Tempo, Política*, 28 jul. 2021. Disponível em: <https://www.otempo.com.br/politica/governo-faz-propaganda-de-homem-rural-armado-no-dia-do-agricultor-1.2519181>. Acesso em: 29 out. 2021.

GRAGNOLATI, M. et al. *Growing old in an older Brazil: implications of population aging on growth, poverty, public finance and service delivery*. Washington: World Bank, 2011.

HALLAL, P. C. et al. SARS-CoV-2 antibody prevalence in Brazil: results from two successive nationwide serological household surveys. *Lancet Glob Health*, v. 8, n. 11, p. e1390-e1398, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30387-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30387-9).

HORTA, Bernardo L. et al. Prevalence of antibodies against SARS-CoV-2 according to socioeconomic and ethnic status in a nationwide Brazilian survey. *Revista panamericana de salud publica - Pan American journal of public health*, v. 44, p. e135, oct. 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30387-910.26633/RPSP.2020.135](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30387-910.26633/RPSP.2020.135). Acesso em: 3 out. 2021.

INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (INESC). *Um país sufocado: Balanço do Orçamento Geral da União 2020*. Brasília: INESC, 2021. Disponível em: https://www.inesc.org.br/wp-content/uploads/2021/04/BGU_Completo-V06-1.pdf. Acesso em: 28 out. 2021.

LIMA, R. S. F. Direito à saúde e critérios de aplicação. *Direito Público*, n. 2, p. 112-132, 2006.

MANCUSO, Brunna. Órfãos da Covid-19: uma geração invisível. *CNN Brasil*, 19 jun. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/orfaos-da-covid-19-uma-geracao-invisivel/>. Acesso em: 30 out. 2021.

MARKS, S. Human rights and root causes. *The Modern Law Review*, p. 57-78, 2011.

MBEMBE, A. *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte*. Trad. Renata Santini. São Paulo: N-1, 2018.

MEDINA, M. G. et al. Atenção primária à saúde em tempos de Covid-19: o que fazer? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, ago. 2020.

MENDES SANTOS. Os Aspectos Ideológicos da Emenda Constitucional N. 95 (Novo Regime Fiscal) e o Efeito Cliquet. *Revista Âmbito Jurídico*, ano XXII, n. 191, dez. 2019. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/revista-ambito-juridico/revista-ambito-juridico-no-191-ano-xxii-dezembro-2019/>. Acesso em: 25 set. 2021.

MENDONÇA, M. H. M. et al. (orgs.). *Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

MINISTRO do Meio Ambiente defende passar “a boiada” e “mudar” regras enquanto atenção da mídia está voltada para a Covid-19. *G1*, 22 maio 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/05/22/ministro-do-meio-ambiente-defende-passar-a-boiada-e-mudar-regramento-e-simplificar-normas.gh.html>. Acesso em: 30 out. 2021.

MORAES, A. *Direito constitucional*. 17. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MUNDIM, Marília. *Covid-19: casos entre privados de liberdade aumentam 287% em 90 dias*. Agência CNJ de Notícias, Brasília, 14 out. 2020. Disponível em: www.cnj.jus.br/covid-19-casos-entre-privados-de-liberdade-aumentam-287-em-90-dias/. Acesso em: 15 set. 2021.

NETO, Antônio; DUARTE, Daniele; TRENTIN, Melisanda; CARVALHO, Sandra. *O Impacto da Covid-19 na Defesa dos Direitos Humanos no Brasil*. [s. l.]: Observatório para a Proteção dos Defensores dos Direitos Humanos e Justiça Global, 2021. Disponível em: www.global.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Rapport-Br%C3%A9sil2021port.pdf. Acesso em: 10 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Plano de Ação Internacional Contra o Envelhecimento 2002*. Trad. Arlene Santos. Brasília, 2003. (Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1).

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Los Derechos Humanos en el Centro de La Respuesta*. DIRECTRICES RELATIVAS A LA COVID-19 . Alto Comisionado 8 de maio de 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). OHCHR. *Directrices relativas a la COVID-19*. 08/05/2020. Available at: <www.ohchr.org/Documents/Events/COVID-19_Guidance_SP.pdf>. Visited: July 22, 2020.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH). Resolução n. 01/2020: Pandemia e Direitos Humanos as Américas. Adoptado pela CIDH/OEA em 10 de abril de 2020. Available at: <https://www.oas.org/pt/cidh/decisiones/pdf/Resolucao-1-20-pt.pdf>. Visited: July 22, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Documentos básicos*. 48. ed. Genebra, 2014.

PASSARINHO, Nathalia. 3 erros que levaram à falta de vacinas contra covid-19 no Brasil. *BBC Brasil*. 23 fev. 2021. Available at: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56160026>. Visited Oct 21, 2021

PIOVESAN, F. A Constituição Brasileira de 1988 e os tratados internacionais de direitos humanos. *EOS Revista Jurídica da Faculdade de Direito*, ano 2, v. 2, n. 1, p. 20-33, 2008.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR (Rede PENSSAN). *Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil*. 2021. Disponível em http://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf. Acesso em: 3 out. 2021.

REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR. *Vigisan: Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil*. Rio de Janeiro, 2021.

ROMERO, D. H. *et al.* Idosos no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 3, 2021.

SAFATLE, Vladimir. *Para além da necropolítica*. São Paulo: n-1 edições, 2020. Available at: www.n-1edicoes.org/textos/191. Visited: Oct 21, 2021.

SANCHES, Mariana; MAGENTA, Matheus. Brasil tem 1 órfão por covid a cada 5 minutos: “Pensamos que crianças não são afetadas, mas é o oposto”. *BBC News Brasil*, 22 jul. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57923377>. Acesso em: 30 out. 2021.

SÁNCHEZ, A. *et al.* Covid-19 nas prisões: um desafio impossível para a saúde pública? *Cadernos de Saúde Pública*, n. 36, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ThQ4BfJJYngFJxv8xHwKckg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2021.

SÁNCHEZ, Alexandra; SIMAS, Luciana; DIUANA, Vilma; LAROUZE, Bernard. COVID-19 nas prisões: um desafio impossível para a saúde pública? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, 8 maio 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00083520>. Acesso em: 30 out. 2021.

SANTARELLI, M. *Missão sobre violações ao direito à alimentação escolar na pandemia de Covid-19: casos do Estado do Rio de Janeiro e do município de Remanso Bahia (BAHIA)*. São Paulo: Plataforma DHESCA, 2020.

SERRANO, Pedro. Todas as vidas são iguais. *Revista Carta Capital*, 8 abr. 2020.

SILVA, Tatiana Dias; NATALINO, Marco Antônio Carvalho; PINHEIRO, Marina Brito. População em situação de rua em tempos de pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); Diest; Disoc, Nota Técnica n. 74, jun. 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10078>. Acesso em: 30 out. 2021.

SINDISAÚDE CAXIAS DO SUL. Brasil fez a pior gestão do mundo na pandemia. *SINDISAÚDE Caxias do Sul*, 10 fev. 2021. Disponível em: <http://www.sindisaude.com.br/home/noticias-destaque/brasil-fez-a-pior-gestao-do-mundo-na-pandemia.html>. Acesso em: 30 out. 2021.

SOBREIRA, Vinícius. “A gente tem vivido o terror”: veneno, tiros e prisões contra camponeses na Mata Sul. *Brasil de Fato - Pernambuco, Recife - PE*, Política, 13 maio 2021. Disponível em: <https://www.brasildefatope.com.br/2021/05/13/a-gente-tem-vivido-o-terror-veneno-tiros-e-prisoas-contra-camponeses-na-mata-sul>. Acesso em: 29 out. 2021.

SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS. *Violações dos direitos humanos no Brasil: denúncias e análises no contexto da Covid-19*. Passo Fundo: Saluz, 2021.

STRECK, L. L. *Coronavírus, o consequencialismo e o dilema do trem: matar o gordinho?* 2 abr. 2020. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-abr-02/senso-incomum-covid-19-consequencialismo-dilema-trem-matar-gordinho>. Acesso em: 13 set. 2021.

TAVARES, A. R. *Curso de direito constitucional*. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

VIEIRA, F. S.; SERVO, L. M. S. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. *Saúde Debate*, v. 44, ed. esp. 4, dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E406>. Acesso em: 24 out. 2021.

YENILMEZ, M. I. Economic and social consequences of population aging the dilemmas and opportunities in the twenty-first century. *Appl Res Qual Life*, n. 10, p. 735-752, 2015.

ZHANG, W. *Manual de Prevenção e Controle da Covid-19 segundo o Doutor Wenhong Zhang*. São Paulo: Polo Books, 2020.

Sites

BRASIL. Ministério da Saúde. Covid-19. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 28 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 28 out. 2021.

BRASIL. Senado Federal. Disponível em: www.senado.leg.br. Acesso em: 28 out. 2021.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL (APIB). Disponível em: <https://emergenciaindigena.apiboficial.org>. Acesso em: 28 out. 2021.

CAMPANHA DESPEJO ZERO. Disponível em: <https://www.campanhadespejozero.org>. Acesso em: 28 out. 2021.

MULHERES NAPANDEMIA. Disponível em: <https://mulheresnapandemia.sof.org.br>. Acesso em: 28 out. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br>. Acesso em: 28 out. 2021.



Direito Humano à Saúde na Pandemia



monitoramentos dos
direitos
humanos **Brasil**



**Conselho Nacional
de Saúde**

Fórum Nacional de Defesa do Direito Humano à Saúde