

# DESIGUALDAD EN EL ACCESO A VACUNAS CONTRA EL COVID-19 EN BRASIL

NOVIEMBRE DE 2022



# OXFAM BRASIL

## Consejo Deliberativo

André Degenszajn, Bianca Santana, Hélio Santos (presidente), Maria Abramo Caldeira Brant (vicepresidente) y Mário Theodoro.

## Consejo Fiscal

Ana Cristina Ferreira Medeiros, Marisa Ohashi y Wander Telles

## Dirección Ejecutiva

Kátia Maia

## Equipo Administrativo

Débora Borges (Gerente Movilización, Comunicación y Captación de Recursos), Maitê Gauto (Gerente de Programas, Incidencia y Campañas) y Mirella Vieira (Gerente de Operaciones).

## Equipo

Alisson Gomes, Anderson Lourenço, Anna Carolina Souza, Bárbara Barboza, Bárbara Barros, Cleizia Sales, Gustavo Ferroni, Jefferson Nascimento, Jorge Cordeiro, Juliana Vasco, Julianne Nestlehner, Luiz Franco, Marcus Carvalho, Mariana Franco, Micolle Cerqueira, Marcus Carvalho, Néia Limeira, Poka Nascimento, Saulo Mendonça, Selma Gomes, Sheila Horta, Tauá Pires, Thaís Almeida, Uly Zizo, y Vanessa Correia

# FICHA TÉCNICA

## Coordinación

Maitê Gauto

## Redacción final

Jefferson Nascimento

## Investigación

Centro de Estudios e Investigaciones de Derecho Sanitario (CEPEDISA) de la Facultad de Salud Pública (FSP) de la Universidad de São Paulo (USP)



CENTRO DE  
ESTUDOS  
E PESQUISAS  
DE DIREITO  
SANITÁRIO  
CEPEDISA

## Equipo de investigación

Deisy de Freitas Lima Ventura (coordinadora), Fernando Mussa Abujamra Aith, Cristiane Ribeiro Pereira y Roudom Ferreira Moura

## Colaboración

Maitê Gauto, Jorge Cordeiro, Thaís Almeida y Uly Zizo

## Proyecto Gráfico y Diagramación

Brief Comunicação

# LISTA DE SIGLAS

<b>ABRASCO</b>	Asociación Brasileña de Salud Colectiva
<b>ACO</b>	Acción Civil Originaria
<b>ACP</b>	Acción Civil Pública
<b>ADI</b>	Acción Directa de Inconstitucionalidad
<b>ADPF</b>	Sesión de Incumplimiento de Precepto Fundamental
<b>AGU</b>	Abogacía General de la Unión
<b>ANVISA</b>	Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria
<b>APIB</b>	Articulación de los Pueblos Indígenas de Brasil
<b>BRICS</b>	Brasil, Rusia, India, China y África del Sur
<b>CEAGESP</b>	Compañía de Depósitos y Almacenes Generales de São Paulo
<b>CEASA</b>	Centrales Estatales de Abastecimiento
<b>CEBES</b>	Centro Brasileño de Estudios de la Salud
<b>CEIS</b>	Complejo Económico Industrial de la Salud
<b>CEPEDISA</b>	Centro de Estudios e Investigaciones de Derecho Sanitario
<b>CFM</b>	Consejo Federal de Medicina
<b>CGU</b>	Contraloría General de la Unión
<b>CIDH</b>	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
<b>CNES</b>	Registro Nacional de los Establecimientos de Salud
<b>CNS</b>	Consejo Nacional de Salud
<b>CONAM</b>	Confederación Nacional de las Asociaciones de Vecinos
<b>CONAQ</b>	Coordinación Nacional de Articulación de las Comunidades Negras Rurales Quilombolas
<b>CONASEMS</b>	Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud
<b>CONASS</b>	Consejo Nacional de Secretarios de Salud
<b>CPI</b>	Comisión Parlamentaria de Investigación
<b>CRM</b>	Consejo Regional de Medicina
<b>DGP</b>	Departamento General de Personal
<b>DOU</b>	Diario Oficial de la Unión
<b>DPU</b>	Defensoría Pública de la Unión
<b>DSEI</b>	Distrito Sanitario Especial Indígena
<b>ENEM</b>	Examen Nacional de la Enseñanza Media
<b>EPI</b>	Equipo de Protección Individual
<b>ESPIN</b>	Emergencia de Salud Pública de Importancia Nacional
<b>EUA</b>	Estados Unidos de América
<b>FAB</b>	Fuerza Aérea Brasileña
<b>FAPESP</b>	Fundación de Amparo a la Investigación del Estado de São Paulo
<b>FDA</b>	Food and Drug Administration [Administración de Alimentos y Medicamentos]
<b>FIESP</b>	Federación de las Industrias del Estado de São Paulo

<b>FUNAI</b>	Fundación Nacional de los Pueblos Indígenas
<b>FNDCT</b>	Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileño de Geografía y Estadística
<b>IDH</b>	Índice de Desarrollo Humano
<b>INEP</b>	Instituto Nacional de Estudios e Investigaciones Educativas Anísio Teixeira
<b>LAI</b>	Ley de Acceso a la Información
<b>MCTI</b>	Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovaciones
<b>MEI</b>	Microempresario Individual
<b>MP</b>	Medida Provisional
<b>MPF</b>	Ministerio Público Federal
<b>OAB</b>	Orden de los Abogados de Brasil
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPAS</b>	Organización Panamericana de Salud
<b>RNDS</b>	Red Nacional de Datos de Salud
<b>RT-PCR</b>	Test para la detección de COVID-19
<b>PCDOB</b>	Partido Comunista de Brasil
<b>PNI</b>	Programa Nacional de Inmunizaciones
<b>PDT</b>	Partido Democrático Laborista
<b>PNO</b>	Plan Nacional de Operacionalización de la Vacunación contra COVID-19
<b>PNSIPN</b>	Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra
<b>PSD</b>	Partido Social Democrático
<b>PSB</b>	Partido Socialista Brasileño
<b>PSOL</b>	Partido Socialismo y Libertad
<b>PT</b>	Partido de los Trabajadores
<b>PTB</b>	Partido Laborista Brasileño
<b>PL</b>	Proyecto de Ley
<b>PRF</b>	Policía Federal de Carreteras
<b>RDC</b>	Resolución de Dirección Colegiada
<b>RSI</b>	Reglamento Sanitario Internacional
<b>SASISUS</b>	Subsistema de Atención a la Salud Indígena del SUS
<b>SBIM</b>	Sociedad Brasileña de Inmunizaciones
<b>SBPC</b>	Sociedad Brasileña para el Progreso de la Ciencia
<b>SECOM</b>	Secretaría de Comunicación
<b>SIAFI</b>	Sistema Integrado de Administración Financiera del Gobierno Federal
<b>STF</b>	Supremo Tribunal Federal
<b>SUS</b>	Sistema Único de Salud
<b>TCU</b>	Tribunal de Cuentas de la Unión
<b>TRF-2</b>	Tribunal Regional Federal de la 2a Región
<b>TRF-5</b>	Tribunal Regional Federal de la 5a Región
<b>UBS</b>	Unidad Básica de Salud
<b>UTI</b>	Unidad de Terapia Intensiva



# LISTA DE CUADROS, FIGURAS Y GRÁFICOS

<b>FIGURA 1</b>	Covid-19: posición de Brasil en las Américas el 24 de octubre de 2022	11
<b>GRÁFICO 1</b>	Brasil: Distribución de la Cobertura de Vacunación (CV) contra el COVID-19* (para cada 100 habitantes) – 2021 y 2022	14
<b>GRÁFICO 2</b>	Brasil: Distribución de la Cobertura de Vacunación contra el COVID-19* e IDH** – 2021 y 2022	15
<b>GRÁFICO 3</b>	Brasil: Distribución de la Cobertura de Vacunación contra el COVID-19*, por género – 2021 y 2022	17
<b>GRÁFICO 4</b>	Brasil: Distribución de la Cobertura de Vacunación contra el COVID-19*, por raza/color de la piel – 2021 y 2022	19
<b>CUADRO 1</b>	Entrevistas realizadas	22
<b>FIGURA 2</b>	Obstáculos a la equidad en el acceso a las vacunas contra el COVID-19 en Brasil, según los entrevistados	23
<b>CUADRO 2</b>	Sobre el apartheid vacunal	24
<b>CUADRO 3</b>	Nueva Ley de Licenciamiento Obligatorio en Emergencias de Salud	25





# ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>8</b>
<b>METODOLOGÍA</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>11</b>
<b>DESIGUALDAD EN EL ACCESO A VACUNAS CONTRA EL COVID-19 EN BRASIL</b>	<b>14</b>
DESIGUALDAD REGIONAL	14
DESIGUALDAD DE GÉNERO	17
DESIGUALDAD DE RAZA	19
<b>PERCEPCIÓN DE LOS ACTORES GUBERNAMENTALES Y NO GUBERNAMENTALES SOBRE LA DESIGUALDAD EN EL ACCESO A VACUNAS EN BRASIL</b>	<b>21</b>
CONTEXTO DE DESIGUALDAD GLOBAL EN EL ACCESO A LAS VACUNAS	23
NEGOCIACIÓN DE LA COMPRA DE VACUNAS POR BRASIL	24
REPUDIO A LAS EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y A LA BUENA GESTIÓN	26
ALTERNATIVAS A LA AUSENCIA DE COORDINACIÓN NACIONAL	29
ADQUISICIÓN DE INSUMOS	30
DEFINICIÓN DE GRUPOS PRIORITARIOS EN EL PNI	32
PROFESIONALES DE SALUD	35
ACCESO A LOS PUESTOS FIJOS Y MÓVILES DE VACUNACIÓN	36
DIFICULTADES EN LA RECOPIACIÓN DE DATOS	37
<b>CONCLUSIÓN: JUSTICIA SANITARIA Y ACCESO A VACUNAS COMO DERECHO A LA SALUD</b>	<b>39</b>
<b>PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES</b>	<b>41</b>
CORTO PLAZO	41
MEDIANO PLAZO	42
LARGO PLAZO	42
<b>REFERENCIAS</b>	<b>43</b>

# PRESENTACIÓN

En América Latina y el Caribe, la tasa media de vacunación contra el COVID-19 alcanza cerca de un 63% de la población, con amplias disparidades entre los países. Por un lado, tenemos a Chile, con más del 90% de la población vacunada. En el otro extremo, Haití tiene solo un 1% de cobertura de vacunación. En Brasil, el 80,1% de la población estaba totalmente vacunada a fines de julio de 2022, y era el cuarto país del mundo con mayor número de dosis administradas —465 millones—, atrás solo de China, India y Estados Unidos.

El alto porcentual de vacunación en Brasil se ve ofuscado, sin embargo, por el impacto de ciertas acciones y omisiones gubernamentales en respuesta a la pandemia, que llevaron al país a tener el segundo mayor número de muertos por COVID-19 en el mundo, con 677 mil vidas perdidas para el coronavirus, pese a tener solo la 5ª mayor población del planeta. Entre los factores que contribuyeron a este escenario están el atraso en la implementación del Plan Nacional de Inmunización, la demora en la adquisición de vacunas contra el COVID-19 y la adopción de una política negacionista de combate al virus, que rechazó medidas de control social y estimuló el uso de medicamentos sin eficacia comprobada contra el coronavirus. Como resultado, la mayoría de las muertes derivadas de la pandemia ocurrieron cuando ya existían vacunas disponibles en el mundo: mientras el país tuvo, en 2020, 194.976 fallecimientos, en 2021, ya con inmunizantes disponibles contra el COVID-19, se duplicó el número de muertes, que llegó a 424.133.

Este informe analiza los desafíos del acceso a vacunas contra el COVID-19 en Brasil, con especial énfasis en los impactos de la distribución desigual de los inmunizantes debido a la desigualdad estructural en

el acceso al derecho a la salud en nuestro país. Datos del IBGE muestran que ocho en cada diez personas declararon tener acceso a algún servicio de salud de uso regular, especialmente los puestos de atención. Aunque es un dato positivo, ese número implica que cerca de 35 millones de brasileños aún no tienen acceso a ningún servicio de salud de uso regular.

En la primera sección de este informe se analizará la desigualdad de vacunación contra el COVID-19 en los Estados brasileños y en el Distrito Federal durante el periodo transcurrido entre el 17 de enero de 2021 y el 11 de octubre de 2022. Tiene como variables el Índice de Desarrollo Humano (IDH), el género y la raza/color de la piel (cuando disponible) y toma como base los datos extraídos del “Vacunómetro” COVID-19 de la RNDS/SASISUS y del IBGE.

En la segunda sección, se destaca la percepción de los actores gubernamentales (CONASS y CONASEMS) y no gubernamentales (ABRASCO, CNS, Unidos por la Vacuna y especialistas) entrevistados sobre la equidad en el acceso a vacunas, utilizando amplia investigación documental.

Finalmente, se presentan propuestas y recomendaciones desde la perspectiva de la justicia y la democracia sanitaria.

Esperamos que los resultados de esta investigación de percepción contribuyan con el debate público sobre el acceso a la salud en Brasil y las acciones y medidas necesarias para que los errores cometidos durante la pandemia no se repitan.

**Katia Maia**

Directora Ejecutiva



# METODOLOGÍA

Este informe sistematiza los principales datos y el análisis de investigación exploratoria realizada por el Centro de Estudios e Investigación de Derecho Sanitario (CEPEDISA) de la Facultad de Salud Pública (FSP) de la Universidad de São Paulo (USP), en colaboración con Oxfam Brasil, bajo el liderazgo de la Dra. Deisy de Freitas Lima Ventura, profesora titular

de Ética en la FSP/USP. El trabajo se basa esencialmente en investigación documental (lo que incluye documentos oficiales y publicaciones en medios de prensa), revisión de literatura y ocho entrevistas con informantes clave, realizadas entre el 17 y el 31 de octubre de 2022. A continuación, se detallan los métodos de investigación utilizados en cada sección:

Estudio ecológico descriptivo<sup>1</sup> sobre la cobertura vacunal contra el COVID-19 en Brasil en la población a partir de tres años de edad, en el periodo de 17 de enero de 2021 a 11 de octubre de 2022, donde se considera como unidad de análisis a las 27 Unidades de la Federación de Brasil. Los datos del esquema primario completo de la vacunación contra el COVID-19 por Estado fueron extraídos del “Vacunómetro” COVID-19 de la Red Nacional de Datos de Salud (RNDS)/Subsistema de Atención a la Salud Indígena del Sistema Único de Salud (SASISUS).

Los datos del esquema primario completo de la vacunación contra el COVID-19 por Estado fueron extraídos del “Vacunómetro” COVID-19 de la Red Nacional de Datos de Salud (RNDS)/Subsistema de Atención a la Salud Indígena del Sistema Único de Salud (SASISUS).<sup>2</sup>

El cálculo de la cobertura vacunal fue realizado mediante la fórmula:

$$\text{COBERTURA VACUNAL} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ de individuos de la población objetivo vacunados con el esquema vacunal primario completo}}{\text{Población objetivo de la vacuna}} \times 100$$

Como esquema primario completo de vacunación contra el COVID-19 para los cálculos de coberturas de vacunación por Estados y Distrito Federal fue considerado el preconizado por el ya citado PNO, corroborado por las bulas de las siguientes vacunas:

- \* Astrazeneca/Fiocruz o Astrazeneca/Covax Facility: 2 dosis;
- \* Pfizer/Wyeth-Cominarty o Pfizer/Wyeth-Cominarty (Pediátrica): 2 dosis;
- \* Sinovac/Butantan: 2 dosis;
- \* Janssen o Janssen/Covax Facility: dosis única.

Para los cálculos de las coberturas de vacunación a la población general y por sexo, estimada para el año 2021, los datos se obtuvieron en la web del IBGE [proyección de la población por sexo y edades simples, el 1º de julio - 2010/2060].

Para evaluar el indicador de desigualdad social en el acceso a la vacuna contra el COVID-19 se utilizó el Índice de Desarrollo Humano (IDH) 2010 de cada Estado y del Distrito Federal, también extraído de la web del IBGE, de acuerdo con el más reciente Censo Demográfico. El indicador de desigualdad de género en el acceso a la vacuna contra el COVID-19 fue evaluado a través de la variable sexo. Además, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson (r) para los análisis de asociaciones. Para el análisis de los datos, se utilizó la estadística descriptiva, empleando el software Microsoft Excel 2019.

## SEGUNDA SECCIÓN

Ocho entrevistas con informantes clave, realizadas entre los días 17 y 31 de octubre de 2022 (más detalles en el **Cuadro 1**). Al definir la muestra para las entrevistas se buscó cotejar diferentes perspectivas sobre el mismo fenómeno, escuchando a gestores gubernamentales, entidades no gubernamentales y especialistas.

Entre las entidades no gubernamentales entrevistadas, también hay importante diferencia entre entidades tradicionales que son protagonistas del área, como la ABRASCO y el CNS, y un movimiento ajeno al sector de la salud, que surgió específicamente para promover el acceso a las vacunas contra el COVID-19, el Unidos por la Vacuna, cuyas características corporativas son marcadamente distintas de las que ordinariamente caracterizan a la dimensión social del área.

Como límites de la definición e implementación de la muestra, destacan dos aspectos. El primero, que fue preponderante, se refiere a la coincidencia entre el periodo en que se realizó la investigación y la campaña para la segunda vuelta de las elecciones presidenciales, lo que hizo imposible considerar la ampliación de la muestra frente a las dificultades de agenda de las personas entrevistadas. El segundo se refiere al impacto del ambiente político reinante en Brasil, que llevó a que al menos uno de los potenciales entrevistados se negara a conceder una entrevista, incluso confidencial, ya que temía por su seguridad personal.



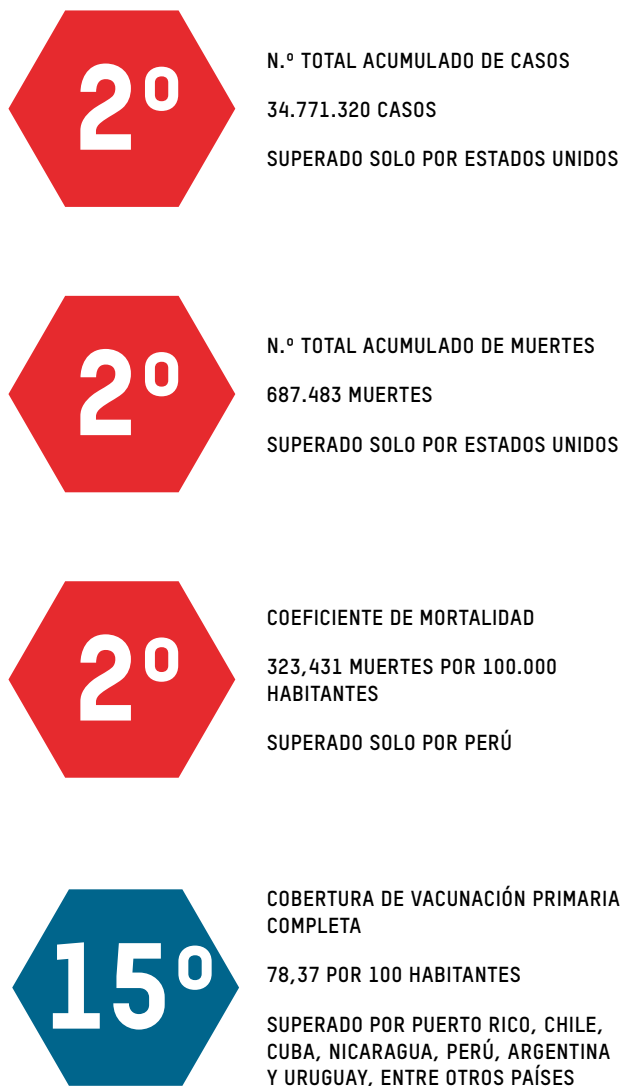
# INTRODUCCIÓN

El 8 de diciembre de 2020, la vacunación en masa contra el COVID-19 en el mundo comenzó en el Reino Unido. En Brasil, apenas 40 días después, el 17 de enero de 2021, la ANVISA autorizó el uso de emergencia de las vacunas de los laboratorios Sinovac/Butantan y AstraZeneca/Fiocruz.<sup>3</sup> Ese mismo día, una mujer negra, la enfermera Mônica Calazans, fue la primera persona vacunada contra el COVID-19 en el país.<sup>4</sup>

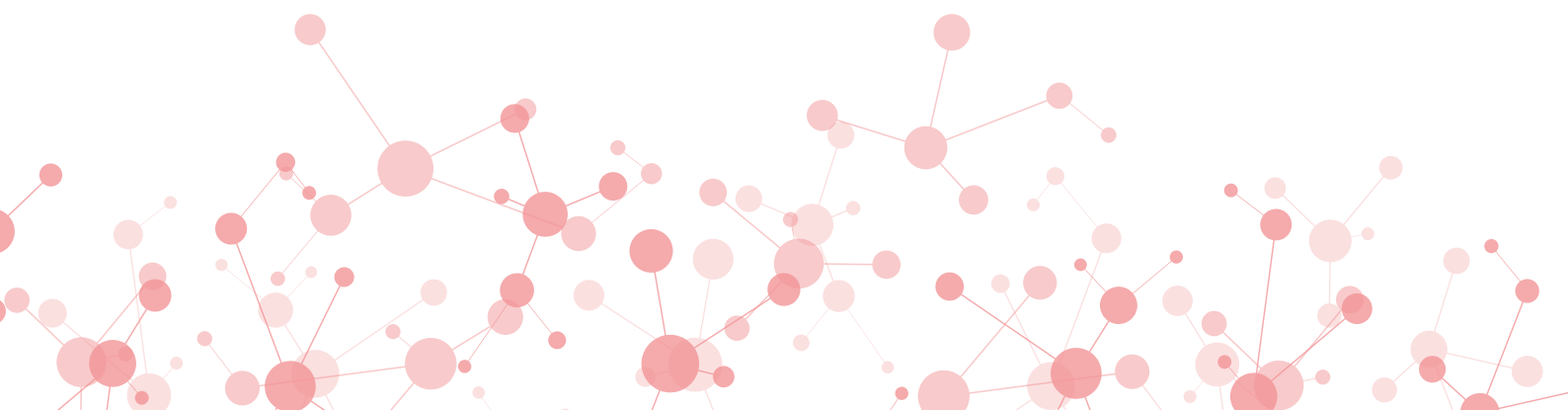
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 24 de octubre de 2022 había un poco más de 624 millones de casos acumulados en el mundo y 6,5 millones de vidas se habían perdido para el COVID-19.<sup>5</sup> Además, se habían administrado 12,8 mil millones de dosis totales de vacunas contra el COVID-19, con 4,95 mil millones de personas totalmente vacunadas con la última dosis de la serie primaria, conforme a las especificaciones de la bula de las vacunas (dos dosis o dosis única). Así, el 24 de octubre de 2022, la media mundial de cobertura de vacunación primaria completa contra el COVID-19 era de 63,52 por 100 habitantes.

Brasil era el país con el segundo mayor número total acumulado de casos de COVID-19 en las Américas (34,8 millones), decesos (687 mil) y coeficiente de mortalidad (323,31 decesos por 100 mil habitantes), superado solo por los Estados Unidos de América en lo que se refiere a casos y decesos, y por Perú en lo referente al coeficiente de mortalidad<sup>6</sup>, según la OPAS. El país, sin embargo, era el 15º de las Américas en cobertura de vacunación primaria completa contra el COVID-19 (78,37 por 100 habitantes).<sup>7</sup> Vea la **Figura 1**.

**Figura 1 – COVID-19: posición de Brasil en las Américas el 24 de octubre de 2022**



*Elaboración propia con base en datos de OPAS/OMS*



El 11 de octubre de 2022, Brasil<sup>8</sup> ya alcanzaba cerca de 485,4 millones de dosis aplicadas de la vacuna contra el COVID-19<sup>9</sup>, administradas en establecimientos de salud municipales y estatales del SUS a niños a partir de los tres años de edad, adolescentes, adultos y ancianos. Las dosis administradas por Estado y en el Distrito Federal variaron entre 960.522 y 124.490.330. Los Estados con mayor número de dosis aplicadas fueron São Paulo (25,65%), Minas Gerais (10,40%) y Rio de Janeiro (8,12%). En el territorio brasileño, la vacuna del laboratorio Pfizer/Wyeth-Cominarty o Pfizer/Wyeth-Cominarty (Pediátrica) fue la más administrada (40,86%) entre todas las disponibles, seguida por la Astrazeneca/Fiocruz o Astrazeneca/Fiocruz/Serum Institut of India o Astrazeneca/Covax Facility (30,72%), la Sinovac/Butantan (22,58%) y la Janssen (5,84%).<sup>10</sup> En lo sucesivo, tales inmunizantes serán mencionados apenas como Pfizer, Astrazeneca, CoronaVac y Janssen, respectivamente.

Actualmente, la vacunación contra el COVID-19 está indicada a toda la población brasileña a partir de los tres años de edad, y la meta de cobertura de vacunación en Brasil es del 90% para el esquema primario completo (Pfizer, Astrazeneca, CoronaVac y Janssen).

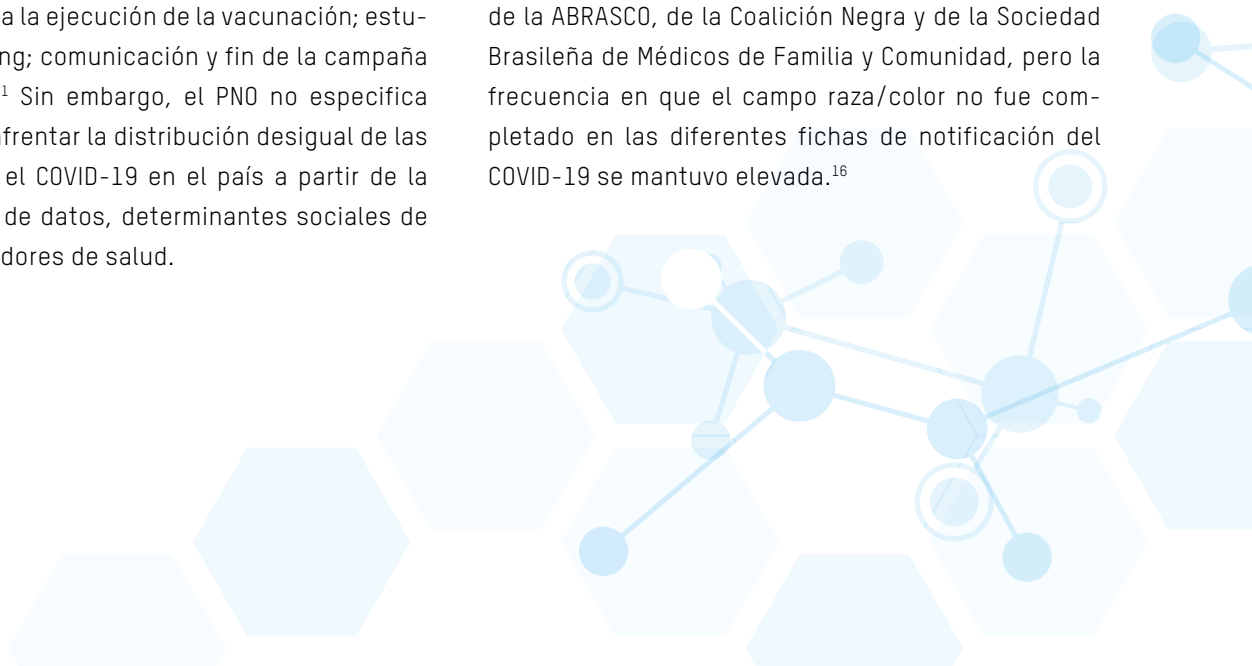
El Plan Nacional de Operacionalización de la Vacunación contra el COVID-19 (PNO) del Ministerio de la Salud brasileño destaca diez ejes, a saber: situación epidemiológica y definición de la población objetivo para la vacunación; vacunas contra el COVID-19; farmacovigilancia; sistemas de informaciones; operacionalización para vacunación; monitoreo, supervisión y evaluación; presupuesto para la ejecución de la vacunación; estudios posmarketing; comunicación y fin de la campaña de vacunación.<sup>11</sup> Sin embargo, el PNO no especifica medidas para enfrentar la distribución desigual de las vacunas contra el COVID-19 en el país a partir de la sistematización de datos, determinantes sociales de la salud e indicadores de salud.

La desigualdad en salud es un tema fundamental al analizar el acceso a vacunas. Se caracteriza por un conjunto de desigualdades que se entrecruzan: socioeconómica, de género, territorial, étnicas, raciales y generacionales.<sup>12</sup> Aspectos metodológicos y diferencias en los indicadores de salud observados entre regiones de Brasil<sup>13</sup> también imponen desafíos adicionales al análisis del tema.<sup>14</sup>

Las asimetrías locales marcan varios ejes del patrón de la desigualdad en salud en Brasil, abarcando, entre otros, las tasas de morbimortalidad, la organización de los servicios de salud y los sistemas de información en salud, no solo entre las regiones, sino también en cada región del país, considerando los datos relativos a los Municipios.

Las desigualdades de raza, género y clase, de modo general, no han merecido la atención debida en las métricas de evaluación relacionadas a la equidad en salud en Brasil.<sup>15</sup> En el caso del COVID-19, el campo raza/color no fue seleccionado para análisis de situación epidemiológica en los primeros boletines epidemiológicos, pese a constar en las fichas de notificación para Síndrome Gripal y para Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SRAG).

El campo raza/color también fue tardíamente incluido en el formulario de notificación de casos leves de Síndrome Gripal del COVID-19, denominado e-SUS VE, que tiene por objetivo la notificación en tiempo real. La inclusión de este campo ocurrió después de manifestación del Grupo de Trabajo Racismo y Salud de la ABRASCO, de la Coalición Negra y de la Sociedad Brasileña de Médicos de Familia y Comunidad, pero la frecuencia en que el campo raza/color no fue completado en las diferentes fichas de notificación del COVID-19 se mantuvo elevada.<sup>16</sup>



**“Desde su concepción, no incorporamos la perspectiva racial en los análisis epidemiológicos como una condición importante para el proceso de enfermedad y muerte”**

**Marcia Pereira Alves,  
entrevista al CEE/Fiocruz**

En marzo de 2021, un examen con datos de 8,5 millones de personas que recibieron la primera dosis de las vacunas contra el COVID-19 en el país concluyó que más personas blancas que negras habían recibido la vacuna contra el coronavirus en Brasil.<sup>17</sup> Hasta octubre de 2021, el análisis mostró que negros y pardos habían recibido solo un 23% de las dosis de vacuna, aunque representan más de la mitad de la población brasileña; sin embargo, un cuarto de los inmunizantes administrados no tenían el registro de raza/color, probablemente debido a las fallas de los Estados al recolectar los datos.<sup>18</sup>

A la luz de ese escenario, este estudio analizará la desigualdad en el acceso a vacunas contra el COVID-19 a partir de los siguientes principales objetivos:

- \* Ampliar el conocimiento sobre el estado actual de los procesos de vacunación contra el COVID-19, con el fin de sugerir estrategias de incidencia en tres niveles: regional, nacional y local.
- \* Evidenciar la distribución desigual de vacunas contra el COVID-19 en Brasil a partir de la sistematización de datos e indicadores, en particular sobre inequidades en materia de raza, género y renta.
- \* Analizar los desafíos del acceso a vacunas contra el COVID-19 en Brasil, con especial énfasis en los impactos de la distribución desigual de los inmunizantes frente a la desigualdad estructural en el acceso al derecho a la salud en el país, considerando el escenario más amplio de disminución de la cobertura de vacunación en Brasil en los últimos diez años como factor de ampliación de las vulnerabilidades sociales.
- \* Verificar acciones y omisiones gubernamentales en lo que se refiere a la planificación, negociación, compra y distribución de vacunas contra el coronavirus.



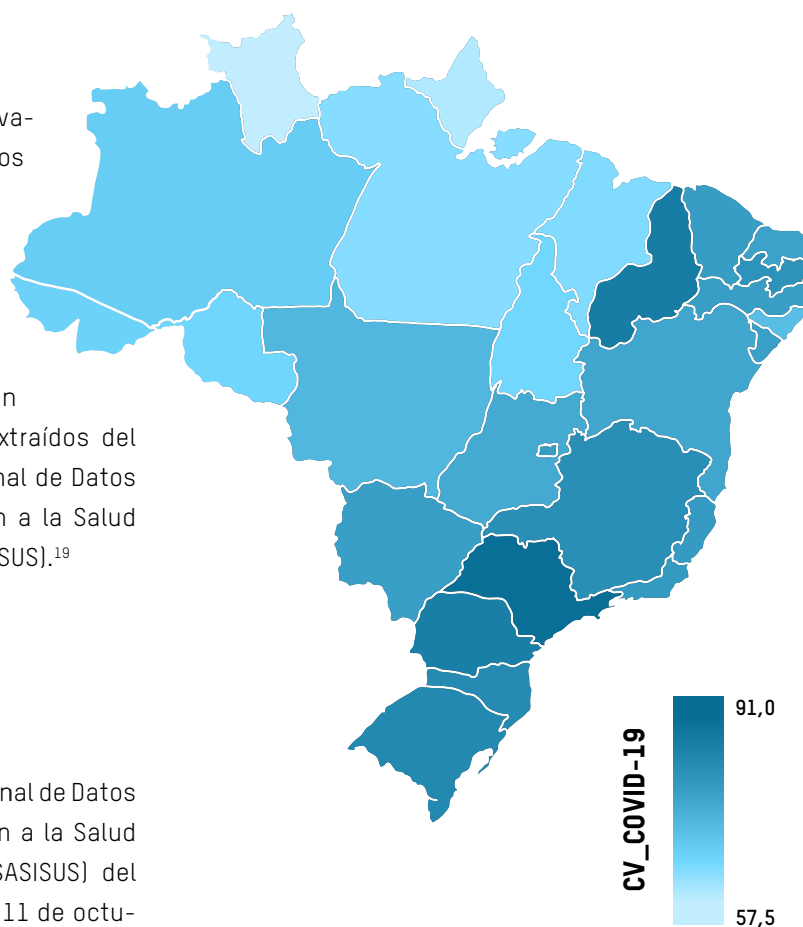
# DESIGUALDAD EN EL ACCESO A VACUNAS CONTRA EL COVID-19 EN BRASIL

Gráfico 1 – Brasil: Distribución de la Cobertura Vacunal (CV) contra el COVID-19\* (para cada 100 habitantes) – 2021 y 2022

Esta sección analizará las coberturas de vacunación contra el COVID-19 en los Estados y el Distrito Federal de Brasil teniendo en cuenta las desigualdades sociales, de género y de raza/color de la piel, en el periodo de 17 de enero de 2021 a 11 de octubre de 2022. Los datos del esquema primario completo de vacunación contra el COVID-19 por Estado fueron extraídos del “Vacunómetro” COVID-19 de la Red Nacional de Datos de Salud (RNDS)/Subsistema de Atención a la Salud Indígena del Sistema Único de Salud (SASISUS).<sup>19</sup>

## DESIGUALDAD REGIONAL

El “Vacunómetro” COVID-19 de la Red Nacional de Datos de Salud (RNDS)/ Subsistema de Atención a la Salud Indígena del Sistema Único de Salud (SASISUS) del Ministerio de la Salud de Brasil señaló, el 11 de octubre de 2022, un promedio de cobertura de vacunación primaria contra el COVID-19 de 81,5% en la población de tres años o más. Sin embargo, la variación entre los Estados y el Distrito Federal de Brasil fue de 57,5% en Roraima y 91,0% en São Paulo (**Gráfico 1**).

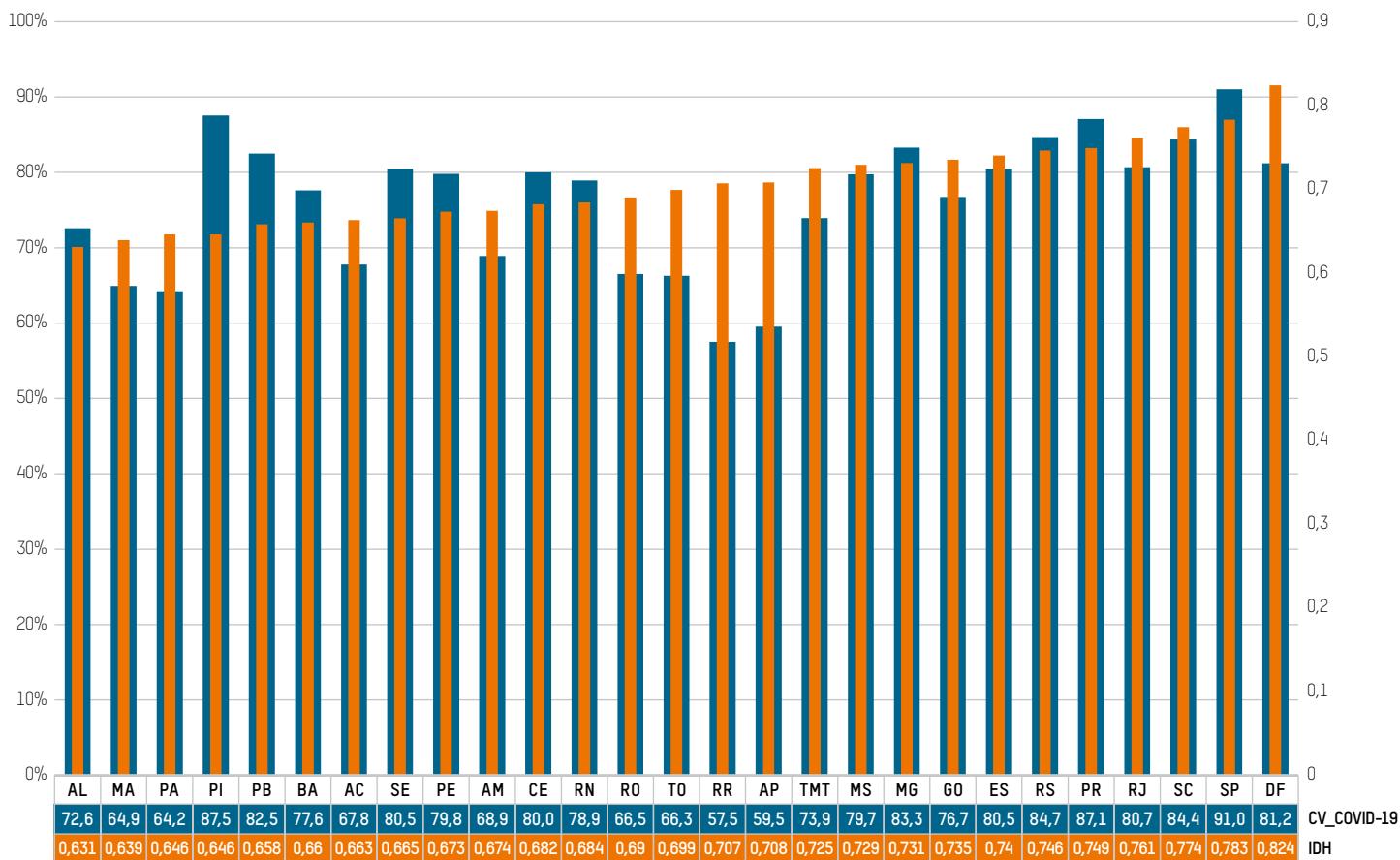


\*Esquema primario de vacunación: Astrazeneca, Pfizer, CoronaVac o Janssen  
Fuente: “Vacunómetro” COVID-19 (17/01/2021 a 11/10/2022)/IBGE

El **Gráfico 2** muestra la distribución de la cobertura de vacunación primaria contra el COVID-19 y el IDH, para los Estados y el Distrito Federal en el país. Se observa correlación entre la cobertura de vacunación primaria contra el COVID-19 y el IDH ( $r = 0,416$ ). La cobertura vacunal primaria contra el COVID-19 es mejor donde el IDH es mayor. El Estado de São Paulo tuvo una cobertura vacunal de 91,0% y según el último Censo Demográfico (2010) su IDH fue igual a 0,783. El Estado de Maranhão tuvo una cobertura de vacunación primaria contra el COVID-19 de 64,9% y su IDH fue igual a 0,639.



**Gráfico 2 - Brasil: Distribución de la cobertura vacunal contra el COVID-19\* e IDH\*\* - 2021 y 2022**



\*Esquema primario de vacunación completo: Astrazeneca, Pfizer, CoronaVac o Janssen

\*\*Índice de Desarrollo Humano 2010 (expectativa de vida al nacer, escolaridad y renta)

Fuente: "Vacunómetro" COVID-19 (17/01/2021 a 11/10/2022)/IBGE

Las estimativas de la cobertura vacunal contra el COVID-19, por Estados y Distrito Federal, fueron consideradas según el alcance de la meta preconizada por el Ministerio de la Salud, que es de 90%. En ese sentido, solo el Estado de São Paulo había alcanzado la meta de cobertura vacunal primaria contra el COVID-19 (91,0%), es decir, 25 Estados y el Distrito Federal estaban abajo de lo recomendado por el Ministerio de la Salud, variando entre un 57,5% y un 87,5%, lo que deja en evidencia las disparidades regionales en el acceso a la vacuna.

En lo que se refiere a las desigualdades regionales de acceso a vacunas contra el COVID-19, en diciembre de 2021 apenas un 16% de los Municipios de Brasil presentaban más del 80% de su población con el esquema vacunal contra el COVID-19 completo. En la región Sur de Brasil, un 30% de los Municipios presentaban más del 80% de la población con esquema de vacunación completo, en la región Sudeste 27,2%, en el Centro Oeste 11,8%, en el Nordeste un 2,7% de los Municipios y en la región Norte apenas un 1,1%.<sup>20</sup>

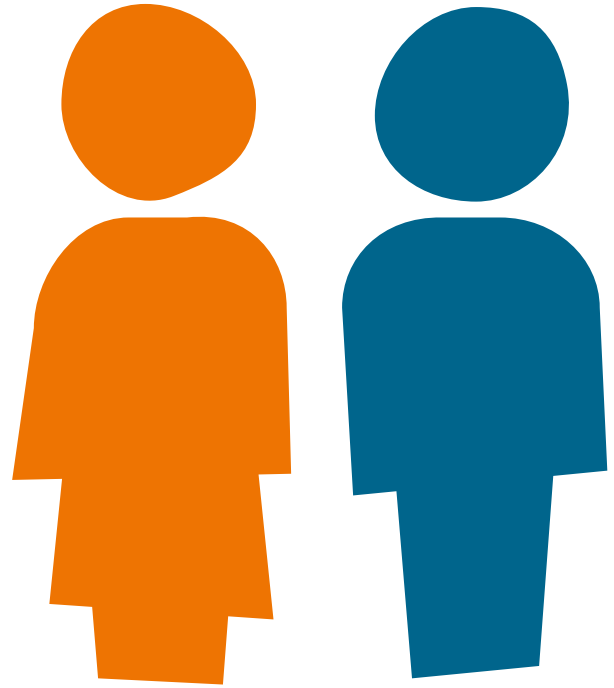
También se constatan desigualdades asociadas a factores sociales en el acceso a la vacunación contra el COVID-19 en los Estados y el Distrito Federal, lo que es corroborado por otro estudio que también utilizó el IDH para aferir la desigualdad en el acceso a la vacuna contra el COVID-19 y encontró que Municipios con bajo índice de desarrollo humano tienen tasas de cobertura vacunal más bajas.<sup>21</sup>



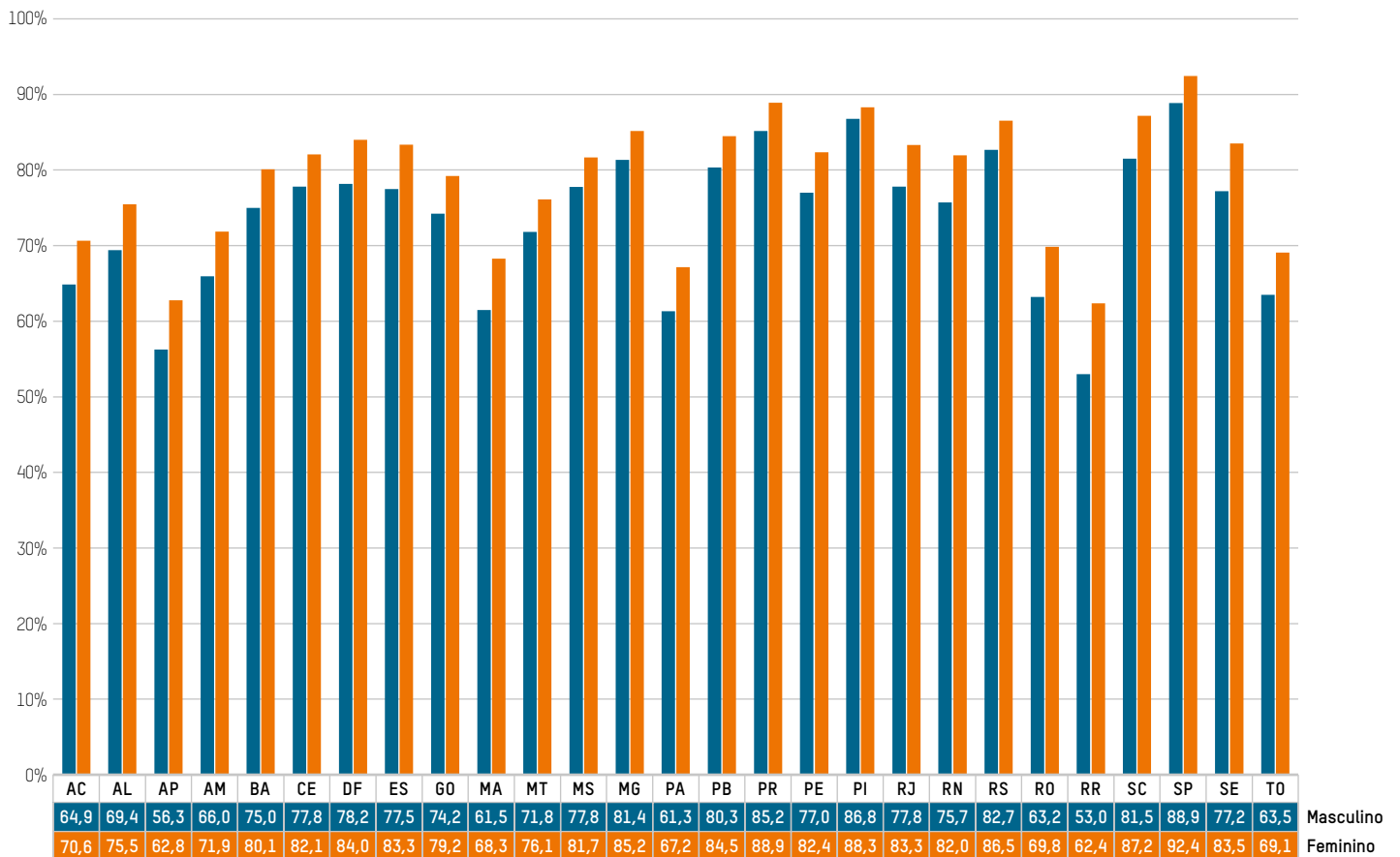


## DESIGUALDAD DE GÉNERO

La distribución de la cobertura vacunal primaria contra el COVID-19 para cada 100 habitantes, según el género, en los Estados y el Distrito Federal en Brasil se describe en el **Gráfico 3**. En todos los Estados brasileños las mujeres fueron más vacunadas que los hombres. Se observa correlación entre la cobertura vacunal primaria contra el COVID-19 para cada 100 hombres y mujeres ( $r = 0,994$ ).



**Gráfico 3 – Brasil: distribución de la cobertura vacunal contra el COVID-19\*, por género – 2021 y 2022**



\*Esquema de vacunación primario completo: Astrazeneca, Pfizer, CoronaVac o Janssen.

Fuente: "Vacunómetro" COVID-19 (17/01/2021 a 11/10/2022)/IBGE

La correlación entre cobertura vacunal primaria contra el COVID-19 y género también es una importante disparidad observada en este estudio. Los hombres presentaron las peores coberturas de vacunación en todos los Estados y en el Distrito Federal del país. Diversos estudios nacionales e internacionales presentaron resultados análogos.<sup>22</sup>

Los hombres presentan mayor probabilidad de rechazar la vacunación contra el COVID-19 que las mujeres<sup>23</sup>, y eso está relacionado con la propensión de las mujeres a tomar decisiones de salud para sus hijos y, también, a que estas tienen mayor predisposición a buscar informaciones sobre vacunas.<sup>24</sup>

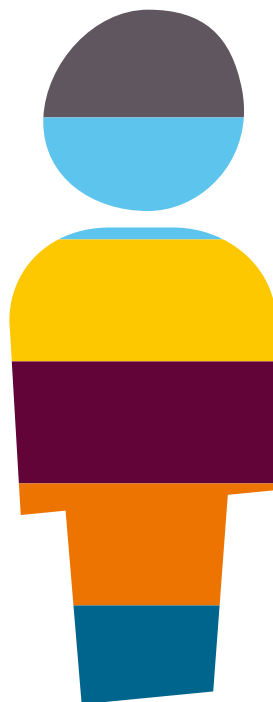
No se encontraron datos sobre la vacunación contra el COVID-19 de la población LGBTQIA+ en Brasil, siguiendo la tendencia encontrada en otros países de no desglosar los datos rutinarios sobre vacunas relativos a esta población.<sup>25</sup>

Una extensa revisión sistemática de literatura sobre los impactos de la pandemia en el acceso de la población LGBTQIA+ a los servicios de salud<sup>26</sup> identificó apenas una referencia sobre la vacuna. Se trata de un estudio que señala que malas experiencias con profesionales de salud, sumadas a preocupaciones con la seguridad y la eficacia de las vacunas, interfirieron en la decisión de inmunizarse o no.<sup>27</sup> Otra investigación cualitativa, realizada en la ciudad de Nueva York, Estados Unidos, concluyó que los índices de vacunación de esta población son similares a los de la población en general, pese a que una de cada cuatro personas relata haber sufrido discriminación cuando tuvo acceso a servicios relacionados al COVID-19, revelando, además, que elementos socioeconómicos, como no tener seguro de salud y la duda sobre la gratuidad de la vacuna, fueron determinantes en las dudas sobre vacunación.<sup>28</sup>

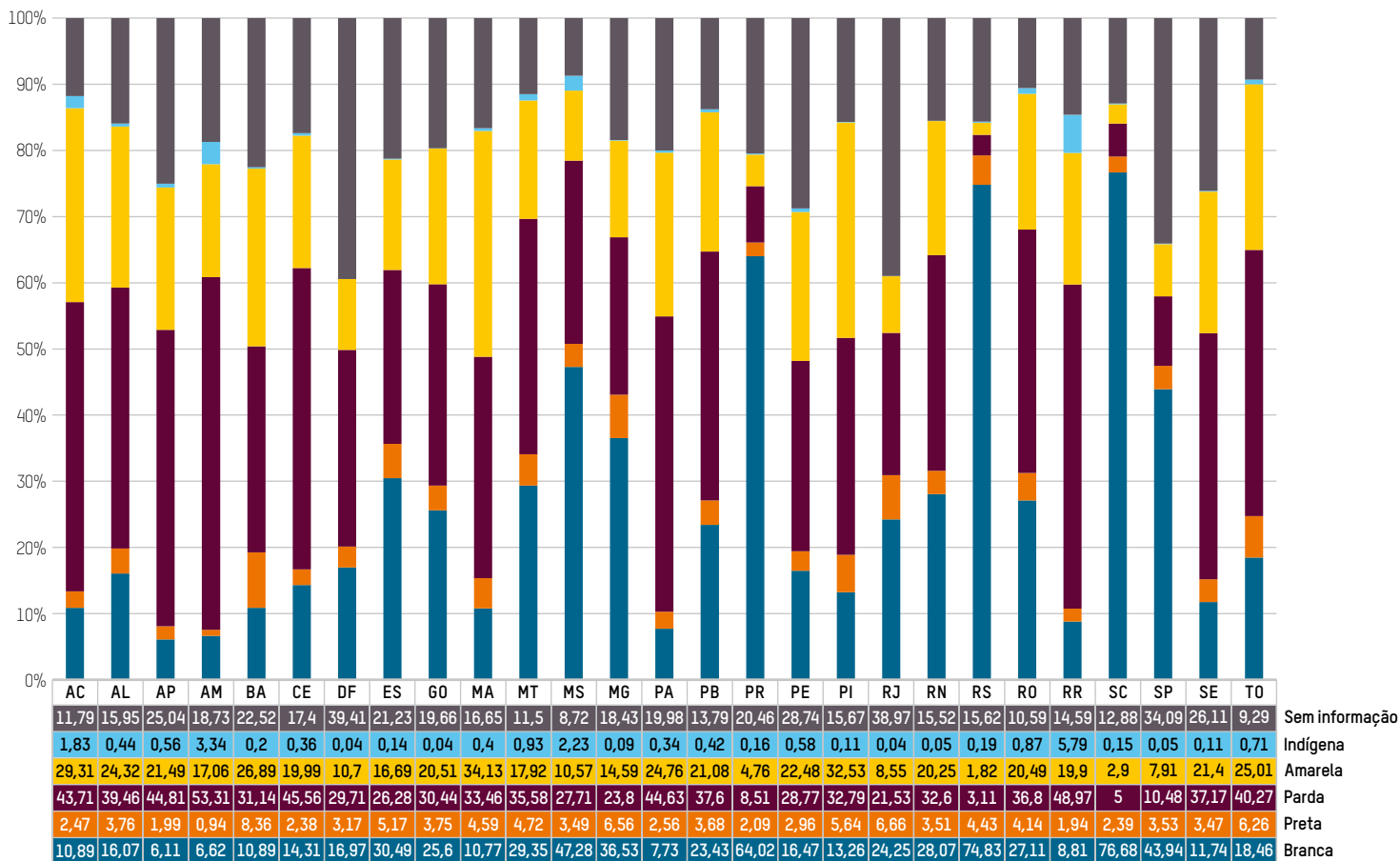


## DESIGUALDAD DE RAZA

El **Gráfico 4** presenta la distribución del esquema primario de la vacuna contra el COVID-19 según la raza/color de la piel en los Estados y el Distrito Federal en el país. La incompletud de esta variable, que varió entre 8,72% en Mato Grosso do Sul y 39,41% en el Distrito Federal, imposibilitó el análisis de la cobertura de vacunación primaria contra el COVID-19 por raza/color de la piel para verificar las desigualdades de vacunación en Brasil según el parámetro racial.



**Gráfico 4 - Brasil: distribución de la cobertura vacunal contra el COVID-19\*, por raza/color de la piel - 2021 y 2022**



\*Esquema de vacunación primario completo: AstraZeneca, Pfizer, CoronaVac o Janssen.

Fuente: "Vacunómetro" COVID-19 (17/01/2021 a 11/10/2022)

En cuanto a la desigualdad de raza/color de la piel, el racismo puede asumir muchas formas, desde interacciones personales hasta condiciones y prácticas institucionales y estructurales.<sup>29</sup> Teniendo esto en cuenta, se observó, en este estudio, que en todos los Estados y el Distrito Federal de Brasil hubo una proporción considerable de formularios en los que el campo raza/color de la piel no fue completado, lo que imposibilitó el análisis de la desigualdad racial en el acceso a la vacuna contra el COVID-19.

La ausencia de registro sistematizado del campo raza/color de la piel en los datos sobre la vacunación contra el COVID-19, impide profundizar el debate sobre desigualdades en el acceso a la vacuna en el país. Se destaca que desde 2017, debido a la Ordenanza GM/MS n° 344, pasó a ser obligatoria la inserción del campo raza/color en los formularios de los Sistemas de Información en Salud:

Art. 1° La recolección del ítem color y rellenar el campo denominado raza/color serán obligatorios para los profesionales que actúan en los servicios de salud, de forma a respetar el criterio de autodeclaración del usuario de salud, dentro de los patrones utilizados por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE) y que constan en los formularios de los sistemas de informaciones de salud como blanca, negra, amarilla, parda o indígena.<sup>30</sup>

Pese a la obligatoriedad, y aunque hay avances en este sentido, esa es una práctica aún incipiente en el ámbito del SUS y de los servicios privados de salud de Brasil.

En mayo de 2009 se consideró la comprensión del racismo como determinante de las condiciones de salud de la población negra y se instituyó la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra (PNSIPN ). Esa política pública establece estrategias para la promoción de la salud de negros y negras en el SUS, pero tanto el desconocimiento de su existencia como la falta de recursos públicos para su implementación, aliados al racismo estructural que permea el

ámbito de la salud, persisten como obstáculos a su concretización. Por lo tanto, en 2019, diez años después de su adopción, solo 57 de los 5.570 Municipios implementaron estas estrategias.<sup>31</sup>

La ausencia del recorte racial en los instrumentos de recolección de datos, así como en la planificación y ejecución de programas y acciones, dificultan la identificación de los principales agravios y reales demandas de la población negra, manteniendo las barreras en el acceso de esa población a los servicios de salud.<sup>32</sup> Problemas relacionados con la calidad de la información sobre raza/color de la piel impiden la estimación del posible y real impacto en el acceso a la vacuna contra el COVID-19 en los diferentes grupos raciales en Brasil. Según el Ministerio de la Salud, las informaciones sobre un determinado campo son consideradas adecuadas para el análisis cuando el porcentual de "ignorado"/"sin respuesta" es inferior al 10%.<sup>33</sup>

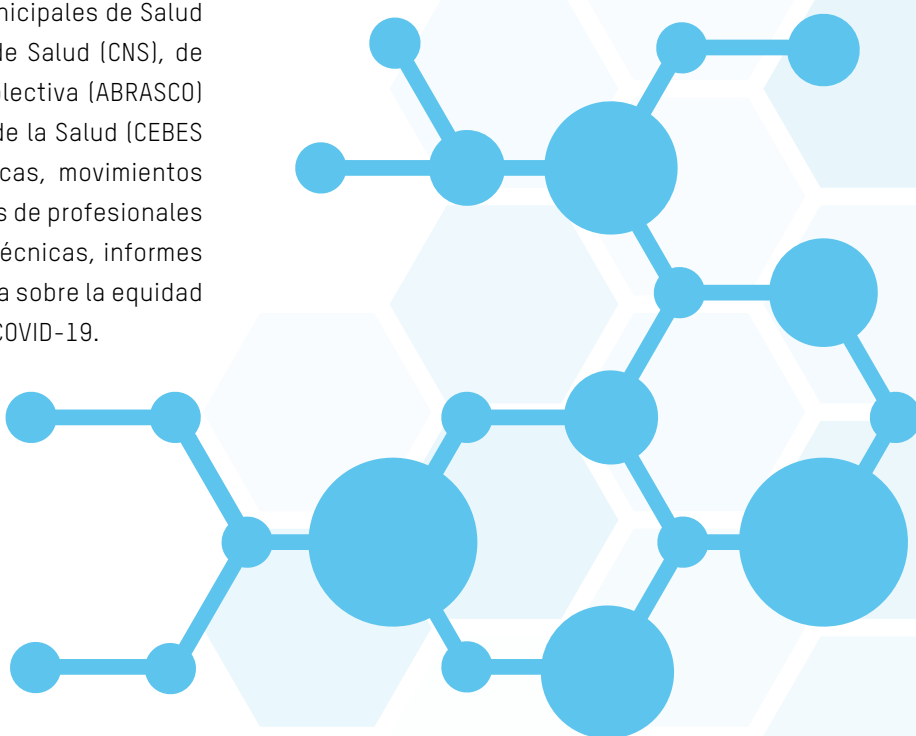
Al invisibilizar grupos raciales e impedir que su condición de vulnerabilidad sea tomada en cuenta en el diseño e implementación de políticas públicas, los efectos del racismo estructural e institucional comprometen el análisis de la desigualdad racial en el acceso a la vacuna contra el COVID-19, lo que se refleja en la investigación del impacto de la vacunación entre las minorías raciales, debido a la baja calidad de la información. La elevada falta de información referente a la variable raza/color de la piel refuerza la necesidad de desarrollar acciones para mejorar el combate al racismo institucional.

RACISMO ESTRUCTURAL	RACISMO INSTITUCIONAL
Organización social que privilegia a un grupo de determinada raza/color a costa de otro, entendido como subalterno. En ese modelo, las clases subordinadas son objeto de explotación, opresión y violencia por las clases dominantes.	Se trata de un reflejo del racismo estructural, en el cual instituciones públicas y privadas promueven la exclusión e impiden el pleno ejercicio de derechos, promoviendo y ampliando desigualdades sobre determinados grupos raciales.

# PERCEPCIÓN DE LOS ACTORES GUBERNAMENTALES Y NO GUBERNAMENTALES SOBRE LA DESIGUALDAD EN EL ACCESO A VACUNAS EN BRASIL

Este capítulo tiene como objetivo identificar políticas o estrategias gubernamentales o no gubernamentales adoptadas en Brasil para garantizar la equidad en el acceso a vacunas, buscando minimizar desigualdades sociales, de género o raciales, así como señalar las mayores dificultades que los gestores y los actores sociales identifican para que el acceso a las vacunas contra el COVID-19 sea más equitativo.

Como fuentes, se recolectaron y analizaron, a través de investigación documental, notas públicas, recomendaciones, informes, entrevistas a la prensa y otros documentos relativos a la vacunación contra el COVID-19 emanados del Ministerio de la Salud, del Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS), del Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS), del Consejo Nacional de Salud (CNS), de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO) y del Centro Brasileño de Estudios de la Salud (CEBES), además de asociaciones científicas, movimientos sociales y entidades representativas de profesionales de la salud que presentaron notas técnicas, informes o se manifestaron de cualquier forma sobre la equidad en el acceso las vacunas contra el COVID-19.



Para complementar la investigación documental y validar los datos, se realizaron ocho entrevistas (**Cuadro 1**), que serán citadas expresamente en el texto.

### Cuadro 1 – Entrevistas realizadas

NATURALEZA	ÓRGANO	REPRESENTANTE
Entidades gubernamentales	CONASS	Nésio Fernandes, presidente desde marzo de 2022, secretario de Salud de Espírito Santo  Carlos Lula, expresidente (2020-2022), ex secretario de Salud de Maranhão
	CONASEMS	Wilames Freire Bezerra, presidente desde 2019, secretario de Salud de Pacatuba, Ceará
Entidades no gubernamentales	CNS	Fernando Zasso Pigatto, presidente desde 2018, representante de la Confederación Nacional de las Asociaciones de Vecinos (CONAM)
	ABRASCO	Ana Brito, investigadora del Instituto Aggeu Magalhães (IAG/Fiocruz-PE) y de la Universidad de Pernambuco (UPE) e integrante de la Red de solidaridad contra el COVID-19-PE
	Movimiento Unidos por la Vacuna	Maria Fernanda Teixeira, cofundadora del Grupo Mujeres de Brasil, miembro del Consejo de Administración de varias empresas y líder del frente de municipalidades en el Unidos por la Vacuna
Especialistas		Ethel Maciel, profesora titular de la Universidad Federal de Espírito Santo, miembro de la formación original de la cámara técnica encargada de auxiliar al Ministerio de la Salud en la elaboración del plan nacional de vacunación contra el COVID-19
		Marcia Pereira Alves dos Santos, miembro del Grupo de Trabajo Racismo y Salud de la ABRASCO
		Reinaldo Guimarães, profesor de la Universidad Federal de Rio de Janeiro y vicepresidente de la ABRASCO

Como veremos a continuación, a pesar de la constante presión de la sociedad civil y de especialistas, no fue posible identificar políticas públicas dirigidas a la disminución de desigualdades de acceso a las vacunas en los recortes investigados (género, raza/color y renta), sino apenas iniciativas puntuales de Gobiernos locales o de la sociedad civil dirigidas a un público específico, una parte de las las cuales pueden ser consideradas como buenas prácticas a favor de la equidad.

Se trata, sin embargo, de iniciativas no sistemáticas y, desde el punto de vista nacional, fragmentadas. Entre los gestores, predomina la idea de que “vacuna en el brazo” de todos, sin distinción, constituye la mejor política.

Las respuestas de los entrevistados sobre las mayores dificultades encontradas en cuanto a equidad en el acceso a las vacunas contra el COVID-19 fueron agrupadas en temas presentados en la **Figura 2**, que también corresponden a la estructura de esta sección.

**Figura 2 - Obstáculos a la equidad en el acceso a vacunas contra el COVID-19 en Brasil, según los entrevistados**

Contexto de desigualdad global en el acceso a vacunas	Ineptitud en la negociación de la compra de vacunas por parte del gobierno	Ambiente de rechazo a las evidencias científicas y a la buena gestión
Ausencia de coordinación nacional de la campaña	Dificultades en la adquisición de insumos	Fallas al definir grupos prioritarios
Capacitación insuficiente, sobrecarga y desvalorización de profesionales de la salud	Límites en el acceso a los puestos fijos y móviles de vacunación	Dificultades en la recolección de datos

## CONTEXTO DE DESIGUALDAD GLOBAL EN EL ACCESO A VACUNAS

La desigualdad en el acceso a vacunas es un fenómeno global, evidenciado por la concentración de dosis en países ricos, en algunos casos superando la demanda local, en comparación a la oferta escasa en los países más pobres.<sup>34</sup> Paradójicamente, la movilización de recursos mundiales para el desarrollo de vacunas contra el COVID-19 alcanzó niveles sin precedentes, especialmente en cuanto a financiación pública.

El especialista Reinaldo Guimarães<sup>35</sup> teme que esa movilización haya sido “a la medida” y que, después de la pandemia de COVID-19, vuelva a prevalecer la baja financiación de la ciencia ya observada en periodos no epidémicos.

Guimarães también demuestra preocupación por la expansión de la industria farmacéutica en ese periodo, puesto que empresas que no participaban del mercado de vacunas expandieron su actuación para abarcar ese sector. Las prácticas comerciales de grandes farmacéuticas son criticadas por especialistas en salud global, porque priorizan patentes de medicamentos y mercados lucrativos, restringiendo el acceso de personas en países de baja renta. El entrevistado entiende que durante la pandemia esas grandes empresas trajeron al sector de vacunas las mismas prácticas éticas y comerciales ya cuestionadas en otros ámbitos.<sup>36</sup>

En 2020, la OMS propuso la creación del programa Covax, en colaboración con la GAVI (Global Alliance for Vaccine and Immunization), con el objetivo de expandir la oferta de vacunas en el mundo y combatir las desigualdades de acceso entre los países.

Sin embargo, Reinaldo Guimarães y Ethel Maciel<sup>37</sup> evalúan que la iniciativa no correspondió a las expectativas. Reinaldo Guimarães concede que la propuesta tiene mérito en su objetivo de hacer que los precios de las vacunas sean más accesibles, pero entiende que el proyecto falló en demostrar transparencia en la negociación con países ricos y en la definición del liderazgo y alcance del programa.<sup>38</sup>

## Cuadro 2 – Sobre el apartheid vacunal

El Director General de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, ha utilizado la expresión apartheid sanitario para definir la situación de la distribución de vacunas contra el COVID-19 en el mundo. Según la OMS, en mayo de 2021, todavía en el auge de la pandemia, los países ricos, que tienen el 15% de la población mundial, concentraban un 45% del total de vacunas, mientras que los países de baja y mediana renta, que tienen casi la mitad de la población mundial, tenían acceso a un 17% de las vacunas. Para definir esta situación, Tedros Adhanom Ghebreyesus también ha usado las expresiones “fracaso moral catastrófico” y “nacionalismo vacunal”. Ninguna de ellas es común en el vocabulario de los altos funcionarios internacionales.

Según Sparke y Levy, el apartheid vacunal corresponde a una representación epidemiológica y bioética precisa de la situación actual del mundo. Describe directamente los resultados de exclusión que el director de la OMS buscó retratar cuando declaró que había un muro entre los países con acceso a vacunas y aquellos que no lo poseen. Así como la ley sudafricana del apartheid, el apartheid de vacunas priva a comunidades enteras del acceso a la biomedicina que salva vidas, reduciendo sus derechos de salud, lo que las teorías sociales del biopoder describen como “subciudadanía biológica”.<sup>39</sup>

Según los autores, esta expresión también es antirracista, en la medida en que enfatiza directamente la continuidad de “dobles raseros” racistas y exclusiones de la era del imperio hasta el presente neocolonial, incluso cuando los líderes en la salud global redoblan sus llamados por la descolonización. En este sentido, decir que la desigualdad de acceso a la vacuna contra el COVID-19 es un apartheid de vacunas subraya críticamente hasta qué punto las formas racistas de colonialidad han persistido en una época de pandemia.<sup>40</sup>

## NEGOCIACIÓN DE LA COMPRA DE VACUNAS POR BRASIL

Ricardo Palacios, que fue director de investigación clínica del Instituto Butantan durante la pandemia, entiende que una de las formas en que Brasil podría resguardarse de las dinámicas del mercado global de vacunas sería invertir en la introducción de nuevos actores en la producción de dosis.<sup>41</sup> Según la misma fuente, negociar con diversos actores, así como invertir en el fortalecimiento de proyectos alternativos, contribuiría a que el país tuviese opciones frente a nuevas variantes y, además, permitiría que la alterancia de dosis fuese considerada en caso de ausencia de alguna opción.

Sin embargo, cuando las primeras vacunas comenzaron a surgir en el mercado, a fines del 2020, el Gobierno brasileño optó por invertir solamente en la vacuna que sería producida por la Fiocruz, en conjunto con la empresa Astrazeneca y la Universidad de Oxford, dejando a un lado la vacuna CoronaVac, que era investigada por el Instituto Butantan en colaboración con la empresa china Sinovac. Los entrevistados entienden que eso atrasó el cronograma de producción y de vacunación, puesto que las farmacéuticas atendieron los pedidos de compra por orden cronológica de solicitud.



Carlos Lula, que fue Presidente del CONASS en el auge de la pandemia<sup>42</sup>; y especialistas como Ricardo Palacios<sup>43</sup>, Ethel Maciel<sup>44</sup> y Gonzalo Vecina Neto<sup>45</sup>, fundador de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, refuerzan que el país debería haber invertido de inmediato en diversos frentes, incluyendo diferentes proyectos de vacuna. Ethel Maciel recuerda que el atraso en el inicio de la vacunación coincidió con el fin del Auxilio de Emergencia, situación que sometía a las poblaciones más pobres a un contexto aún más incierto.<sup>46</sup> Por lo tanto, mantener una serie diversificada de opciones, así como incentivar la celeridad en la acción, parecía ser la estrategia adecuada para garantizar que las entregas se realizarían a tiempo. Ese esfuerzo exigiría que los gobernantes dejaran a un lado eventuales rivalidades políticas en nombre del interés público.



### Cuadro 3 – Nueva Ley de Licencias Obligatorias en Emergencias de Salud

En agosto de 2021, fue aprobada la Ley n.º 14.200/21, que prevé las licencias obligatorias en tiempos de emergencias nacionales en salud (como la pandemia de COVID-19), que acelera el acceso de la población a tecnologías útiles. La norma trajo la obligación de que el titular de la patente (farmacéuticas, en ese caso) comparta informaciones tecnológicas para acelerar el desarrollo tecnológico nacional. Estipula plazos para que el Gobierno Federal emita licencias obligatorias e impide que la producción/comercialización de productos esenciales para reducir hospitalizaciones y muertes sean controlados por unas pocas empresas extranjeras.

En el modelo que trae la nueva Ley, las empresas propietarias de las patentes reciben royalties en el caso de que el Gobierno compre de otro proveedor. Aunque se haga uso de la licencia obligatoria, las compañías propietarias de las patentes no pierden el derecho de explotar su invención, sino la posibilidad de excluir a otras del mercado, por ello la compensación en forma de royalties.

Con las licencias obligatorias, Brasil podrá tener acceso, en un cortísimo plazo, a tratamientos cuyo uso de emergencia ha sido aprobado para el COVID-19, como, por ejemplo, *remdesivir* y *baricitinib*. A mediano plazo, será posible desarrollar e incorporar tecnologías importantes.

Durante su proceso de sanción, la nueva Ley de Licencia Obligatoria sufrió vetos —que el Congreso Nacional mantuvo— que dificultaron el intercambio de informaciones que son fundamentales para la transferencia de tecnología para diseminar la producción de vacunas y medicamentos.

## REPUDIO A LAS EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y A LA BUENA GESTIÓN

Es tradición del PNI brasileño, en medio siglo de existencia, el concurso de especialistas y consultores externos en la construcción de sus acciones, como modo de solidificar sus bases técnicas a partir de la incorporación de puntos de vista alejados de las contingencias políticas y de fortalecer los lazos entre las comunidades científicas y académicas y la máquina gubernamental.<sup>47</sup>

En plena pandemia, sin embargo, los testimonios señalan que especialistas y profesionales de gestión en salud con experiencia en campañas nacionales de vacunación fueron rechazados por el Gobierno Federal y sus simpatizantes. La existencia misma del Plan Nacional de Operacionalización de la Vacunación contra el COVID-19 del Ministerio de la Salud no se debe a una iniciativa del Poder Ejecutivo, sino a la determinación del STF, tomada en diciembre de 2021.<sup>48</sup>

En la elaboración de este plan, según Fernando Pigatto, el CNS no fue consultado. Posteriormente, el CNS se movilizó para lanzar una lista de recomendaciones, entre ellas la inclusión de grupos prioritarios.<sup>49</sup>

En plena crisis sanitaria, no hubo diálogo entre representantes de la sociedad y el Gobierno Federal. Es importante recordar que el control social es una tradición del SUS, consagrada en su base regulatoria, con la participación de la sociedad en la gobernanza del sistema a través de consejos y otras formas participativas, considerados esenciales para la efectividad de las políticas públicas de salud. No obstante, las entidades sociales plantearon, desde el inicio de la crisis, que la respuesta a la pandemia no fue orientada por evidencias científicas, lo que hizo inviable la actuación armónica entre el Gobierno Federal y la sociedad.

**“Si la las recomendaciones del CNS se hubiesen seguido, la pandemia jamás habría alcanzado la dimensión que tuvo en Brasil. No haber considerado las recomendaciones existentes solo agrava la responsabilidad de las autoridades”**

**Fernando Pigatto, entrevista**

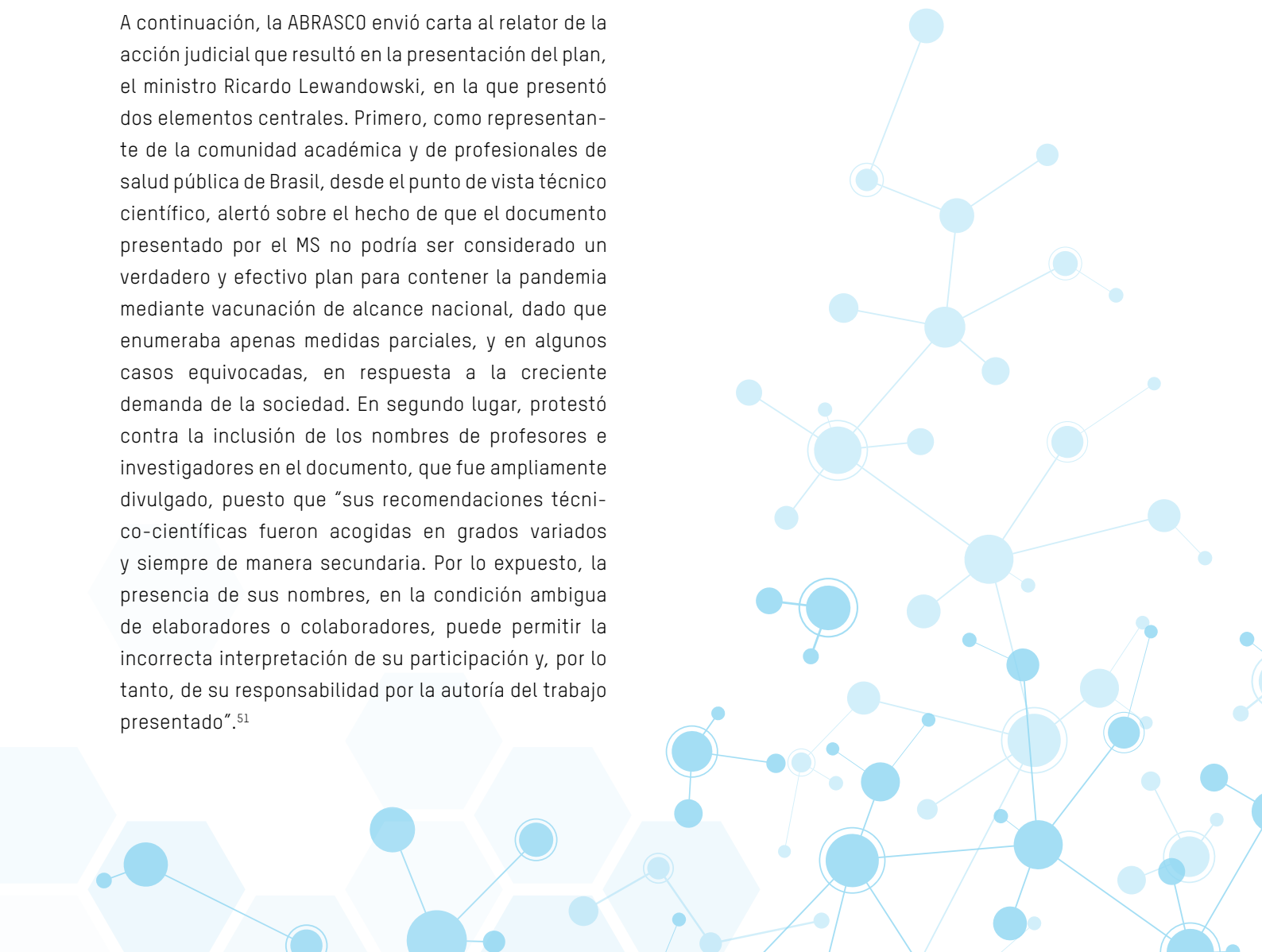
Ethel Maciel relata en detalles, en su entrevista, el episodio del uso indebido del nombre de especialistas en el mencionado plan. El día 12 de diciembre de 2021, los miembros del Grupo Técnico que había formado el Ministerio de la Salud para asesorar la elaboración del plan declaró, en nota, su “sorpresa y extrañeza” por la presencia indebida de sus nombres en un documento que desconocían.

En aquel momento, los especialistas ya cuestionaban la definición de los grupos prioritarios para la vacunación, reiterando su recomendación técnica de que todas las poblaciones vulnerables debían ser incluidas, como indígenas, quilombolas (descendientes de esclavos africanos), poblaciones ribereñas, privados de libertad y personas con discapacidad, así como la ampliación del alcance a todos los trabajadores de la educación y, también, la inclusión, en los grupos de vacunación, de los trabajadores esenciales.<sup>50</sup>

A continuación, la ABRASCO envió carta al relator de la acción judicial que resultó en la presentación del plan, el ministro Ricardo Lewandowski, en la que presentó dos elementos centrales. Primero, como representante de la comunidad académica y de profesionales de salud pública de Brasil, desde el punto de vista técnico científico, alertó sobre el hecho de que el documento presentado por el MS no podría ser considerado un verdadero y efectivo plan para contener la pandemia mediante vacunación de alcance nacional, dado que enumeraba apenas medidas parciales, y en algunos casos equivocadas, en respuesta a la creciente demanda de la sociedad. En segundo lugar, protestó contra la inclusión de los nombres de profesores e investigadores en el documento, que fue ampliamente divulgado, puesto que “sus recomendaciones técnico-científicas fueron acogidas en grados variados y siempre de manera secundaria. Por lo expuesto, la presencia de sus nombres, en la condición ambigua de elaboradores o colaboradores, puede permitir la incorrecta interpretación de su participación y, por lo tanto, de su responsabilidad por la autoría del trabajo presentado”.<sup>51</sup>

Agregó que la participación de los especialistas en la construcción del plan fue “esporádica, poco sistemática y variable según la convocación de cada segmento y la participación de cada colaborador”, esclareciendo que el “formato de la discusión, segmentada en diez grupos con temas específicos, dificultó la participación, al no haber claridad de la totalidad de la discusión”, en un “ambiente proporcionado por el MS en las reuniones que poco favorecía el diálogo y con orientaciones de confidencialidad, algo incompatible con una práctica de efectiva colaboración”.

En entrevista, Fernando Pigatto menciona que el CNS presionó continuamente al Gobierno Federal para que adoptase medidas dirigidas a reducir iniquidades en el acceso a los servicios de salud, tales como medidas antirracistas, compromisos sobre la recolección de datos, valorización de la salud primaria y acceso a vacunas.



“El CNS entiende ser necesario en este momento: (...)

Definición inmediata de estrategias de vacunación que incluyan a la población históricamente invisibilizada, vulnerabilizada socioeconómicamente, combatiendo, así, las iniquidades para alcanzar la vacunación en la población brasileña, tales como medidas nacionales y efectivas para:

- a) Reducir las desigualdades raciales en relación al acceso a la vacunación, puesto que hay estudios que señalan que hay más personas blancas que negras vacunadas contra el coronavirus en Brasil.
- b) Que la vacunación alcance rápidamente a las poblaciones en condiciones precarias de vivienda, con falta de acceso al agua y al saneamiento básico, además de la falta o acceso precario al Sistema de Salud y a camas para tratamiento intensivo del COVID-19.
- c) Que la vacunación alcance rápidamente a las poblaciones quilombolas, indígenas (de aldeas, urbanos y acampados), ribereñas; población de los campos, aguas y florestas, pueblos gitanos y población en situación de calle; a las personas con deficiencia; a las personas privadas de libertad; a los jóvenes en medidas socioeducativas; personas que se encuentran en comunidades terapéuticas; personas atendidas en los espacios de salud mental.
- d) Que sea completada la vacunación en el grupo de trabajadores de la salud”.

**CNS, Nota Técnica, 8 de abril de 2021**

Pigatto destacó, además, que el Gobierno Federal infrautilizó los recursos destinados en las MPs 994<sup>52</sup>, 1004<sup>53</sup> y 1015<sup>54</sup> para la compra de insumos. El retraso en la utilización de los recursos resultó en un movimiento denominado Repassa Já.<sup>55</sup> Especialistas y gestores relatan las dificultades que enfrentaron para acceder a las dependencias del Ministerio de la Salud

y dialogar con gestores en salud. Ana Brito menciona un clima de desconfianza en relación a especialistas a favor de la vacuna, con ataques dirigidos en redes sociales e, inclusive, persecución fuera de las redes a profesionales y especialistas que defienden la vacunación.

## ALTERNATIVAS A LA AUSENCIA DE COORDINACIÓN NACIONAL

Frente a la urgencia de inmunizar a la población y a la negligencia del Gobierno Federal, diversas entidades subnacionales, como Estados y Municipios, se movilaron para negociar vacunas directamente con las farmacéuticas.<sup>56</sup> Sin embargo, los especialistas y profesionales que fueron escuchados en este estudio alertaron que los esfuerzos dispersos de inmunización, aunque sean comprensibles y encomiables, pueden generar iniquidades entre las regiones del territorio y reducir la eficiencia de todo el proceso, especialmente porque la ausencia de vacunación en algunos locales estimula el surgimiento de nuevas variantes.<sup>57</sup>

**“No hubo ninguna planificación, estrategia o coordinación por parte del Gobierno Federal. Simplemente se dijo: aquí están las vacunas”**

**Carlos Lula, entrevista**

Carlos Lula sostiene que “diferentes cronogramas y grupos prioritarios para la vacunación en los diversos Estados son preocupantes, pues generan iniquidad entre los ciudadanos de las unidades de la federación, además de que dificultan las acciones nacionales de comunicación y la organización de la farmacovigilancia”.<sup>58</sup> Esta opinión es compartida por Ethel Maciel: “si los Estados y Municipios quedan a cargo, es posible que los más ricos se vacunen primero.”<sup>59</sup>

En el mismo escenario de escasez, algunos grupos empresariales consideraron realizar compras individuales de lotes de vacunas, una propuesta que los especialistas entrevistados criticaron de manera vehemente por indicar una profundización de las desigualdades vinculadas a la renta en el país.<sup>60</sup> Según la misma fuente, para Carlos Lula

**La vacunación es una estrategia colectiva. No puede ser una estrategia para aumentar la desigualdad. Si yo, simplemente, coloco a las personas con mejor situación económica [para] que se vacunen primero, estoy tirando a la basura toda la estrategia de vacunación, que es vacunar antes a quien es más frágil. Por eso, no tiene sentido que yo hable de vacunación en la red privada. Esa vacunación es complementaria a la de la red pública. No puede competir con la pública.<sup>61</sup>**

Desde el punto de vista administrativo, Ana Brito recuerda que el Plan Nacional de Inmunización debería funcionar como un pacto federativo entre Municipios, Estados y la Unión, con énfasis en la colaboración entre esos niveles. Sin embargo, la investigadora evalúa que la comunicación entre esos entes falló y algunos Estados pasaron, entonces, a promover iniciativas horizontales, en particular el Consorcio Nordeste, que creó el Comité Científico de combate al Coronavirus.

En el marco de la Ley Federal 11.107/2005, que autoriza los consorcios públicos, y del Decreto 6.017/2007 que la reglamenta, el Consorcio Nordeste fue creado en 2019 para ser el instrumento jurídico, político y económico de integración de los nueve Estados de la región Nordeste de Brasil. Se propone la realización de compras conjuntas, la implementación integrada de políticas públicas y la búsqueda de cooperación a nivel nacional e internacional.<sup>62</sup> En marzo de 2021, el Consorcio llegó a firmar acuerdo con el Fondo Soberano Ruso para comprar de 37 millones de dosis de la vacuna Sputnik V para la región, pero meses después suspendió la iniciativa debido a que las exigencias de la ANVISA no fueron atendidas y la vacuna no fue incluida en el PNI.<sup>63</sup>

## ADQUISICIÓN DE INSUMOS

El atraso en el cronograma inicial de la vacunación perjudicó también el curso de la estrategia de vacunación nacional en la compra de insumos, como jeringas y agujas<sup>64</sup>, además de la materia prima importada de China y de la India.<sup>65</sup> Los especialistas entrevistados entienden que el problema fue agravado por la rivalidad del Gobierno Federal con los países proveedores, en un momento en que el Itamaraty debería haberse movilizado para garantizar la negociación.

Hubo iniciativas del sector privado en la distribución de insumos necesarios para la vacunación. Carlos Lula cita la distribución de frigoríficos por parte de la AMBEV.<sup>66</sup>

Luiza Trajano, presidente de Magazine Luiza, lideró el movimiento Unidos por la Vacuna, basado en las siguientes premisas: "1. movimiento apartidario y sin intereses comerciales; 2. generar compromiso con foco en la solución; 3. no reclamar ni buscar culpables; 4. mirar hacia adelante, a lo que se puede realizar en el futuro; 5. dialogar con los Gobiernos en todas las esferas; 6. estar abierto a los cambios a lo largo del camino para hacer mejor y más rápido".<sup>67</sup>

Según entrevista concedida por Maria Fernanda Teixeira, representante del "Unidos por la Vacuna", el movimiento contó con 470 donantes, entre empresas y personas físicas, totalizando dos millones de ítems donados, con inversión de cerca de 56 millones de reales, involucrando a 4.500 voluntarios en todo Brasil. Las donaciones incluían cámaras frías, guantes, basureros especiales para agujas y jeringas, entre otros recursos aprobados por la ANVISA. Teixeira explicó que el movimiento no recibía dinero. Su trabajo fue esencialmente identificar las necesidades y los donantes correspondientes, que entregaban los insumos directamente al beneficiario.





Para este fin, el Unidos por la Vacuna confeccionó una lista de las necesidades de insumos de los Municipios brasileños y movilizó donaciones privadas de personas físicas y jurídicas.<sup>68</sup> Una investigación realizada por el Instituto Locomotiva, con el auspicio del movimiento, en abril de 2020, presentó datos relevantes sobre la vacunación contra el COVID-19. El estudio se desarrolló en 5.569 ciudades a través de entrevistas con gestores municipales de salud y concluyó que:

- \* apenas el 60% de las unidades del servicio público de salud contaban con frigoríficos con medición, alarma y temperatura en buenas condiciones;
- \* 65% disponían de sala de vacunación adecuada;
- \* 68% tenían en inventario termómetros en cantidad suficiente para atender a las cajas térmicas, así como cantidad de reserva de termómetros y pilas;
- \* 75% poseían cajas térmicas en condiciones de uso para las salas de vacunación, acciones extra-muros y transporte de las vacunas en el Municipio;
- \* 85% disponían de fregadero con agua, jabón, toallas de papel, basureros con pedal, contenedores de punzantes y bolsas plásticas.<sup>69</sup>

Según Carlos Lula y Nésio Fernandes, el Movimiento Unidos por la Vacuna tuvo un papel central en la campaña de vacunación contra el COVID-19 en Brasil. Volveremos a hablar de esta iniciativa social más adelante.

A pesar de las dificultades enfrentadas, Ethel Maciel denuncia que el mayor desafío del PNI era político y no de operacionalización, pues el calendario de vacunación se volvió más complejo y algunos profesionales fueron seleccionados por motivaciones políticas, sin considerar su competencia técnica. La capacidad federal de adquirir insumos fue perjudicada. La especialista entiende que los grupos de trabajo definidos por el Ministerio de la Salud no se comunicaban de manera adecuada, y algunos técnicos demostraron temer represalias en caso de manifestar críticas al Gobierno. Fernando Pigatto expresa preocupación semejante en relación a los cambios constantes de liderazgos y a los conflictos de intereses de los militares que actuaban en la vacunación.

## DEFINICIÓN DE GRUPOS PRIORITARIOS EN EL PNI

Reinaldo Guimarães plantea que ciertos equívocos en la conducción de la respuesta a la pandemia, como, por ejemplo, la definición de los grupos prioritarios para la vacunación, pueden ser considerados normales, puesto que el mundo estaba “a oscuras” frente a un nuevo virus. Lo natural fue verlo bajo el prisma de las experiencias pasadas recientes, pero las singularidades y la complejidad de la pandemia solo se fue haciendo evidente con el pasar del tiempo, lo que explica los varios giros y cambios ocurridos en este recorrido. No obstante, según Guimarães, mientras la opinión de los científicos evolucionaba a medida que surgían nuevas evidencias, la única opinión que permanecía estática era la del Gobierno Federal.

Entre los temas que generaron controversias, los especialistas destacan justamente la definición de grupos prioritarios de vacunación. Carlos Lula explica que mientras más objetivo fuese el criterio, más fácil sería definir y organizar el acceso. Sin embargo, los primeros planes de vacunación presentaban grupos prioritarios mal definidos.

En diciembre de 2020, Ethel Maciel criticó el plan de vacunación publicado por el Ministerio de la Salud, que no incluía a la población carcelaria entre los grupos prioritarios.<sup>70</sup> La especialista declaró en entrevista que las reuniones del Ministerio de la Salud eran poco transparentes. Los miembros de los grupos de soporte técnico lucharon por incluir en la estrategia de vacunación a la población carcelaria, indígenas, profesionales de la educación y a la población en situación de calle. La especialista enfatiza también que los grupos prioritarios carecían de definición. Por ejemplo, el grupo de los profesionales de salud, lo que llevó a que, en algunas ciudades, profesionales que no estaban en la línea de frente se vacunaran antes que los ancianos.<sup>71</sup>

Desde el inicio de la pandemia, entidades de defensa de los pueblos indígenas luchaban contra el agravamiento, debido a la pandemia de COVID-19, del genocidio indígena que ya estaba en curso. LA ADPF 709 fue, durante toda la pandemia, el principal medio de presión sobre el Gobierno Federal para que adoptase medidas en relación a la protección de los pueblos indígenas en tres grandes ejes:

- \* pueblos indígenas en general;
- \* pueblos indígenas aislados y de reciente contacto
- \* retirada de invasores de tierras indígenas.<sup>72</sup>

Entre las demandas presentadas al STF, estaba la inclusión en el Plan Nacional de Operacionalización de la Vacunación contra el COVID-19 de los indígenas que viven en contexto urbano y en tierras no homologadas. Según la APIB, todos los indígenas se encontraban en situación de vulnerabilidad epidemiológica: “es necesario entender, de una vez por todas, que la identidad étnica no depende del local donde se encuentre el indígena. Es decir, nadie deja de ser indígena por el hecho de encontrarse en la ciudad trabajando y/o estudiando”. La entidad consideró que al excluir de la primera fase del plan de inmunización nacional a indígenas que vivían fuera de aldeas y a la población indígena cuyas aldeas estaban en tierras no demarcadas se violaban derechos constitucionales de los pueblos originarios, además de que eso constituye racismo institucional.<sup>73</sup>





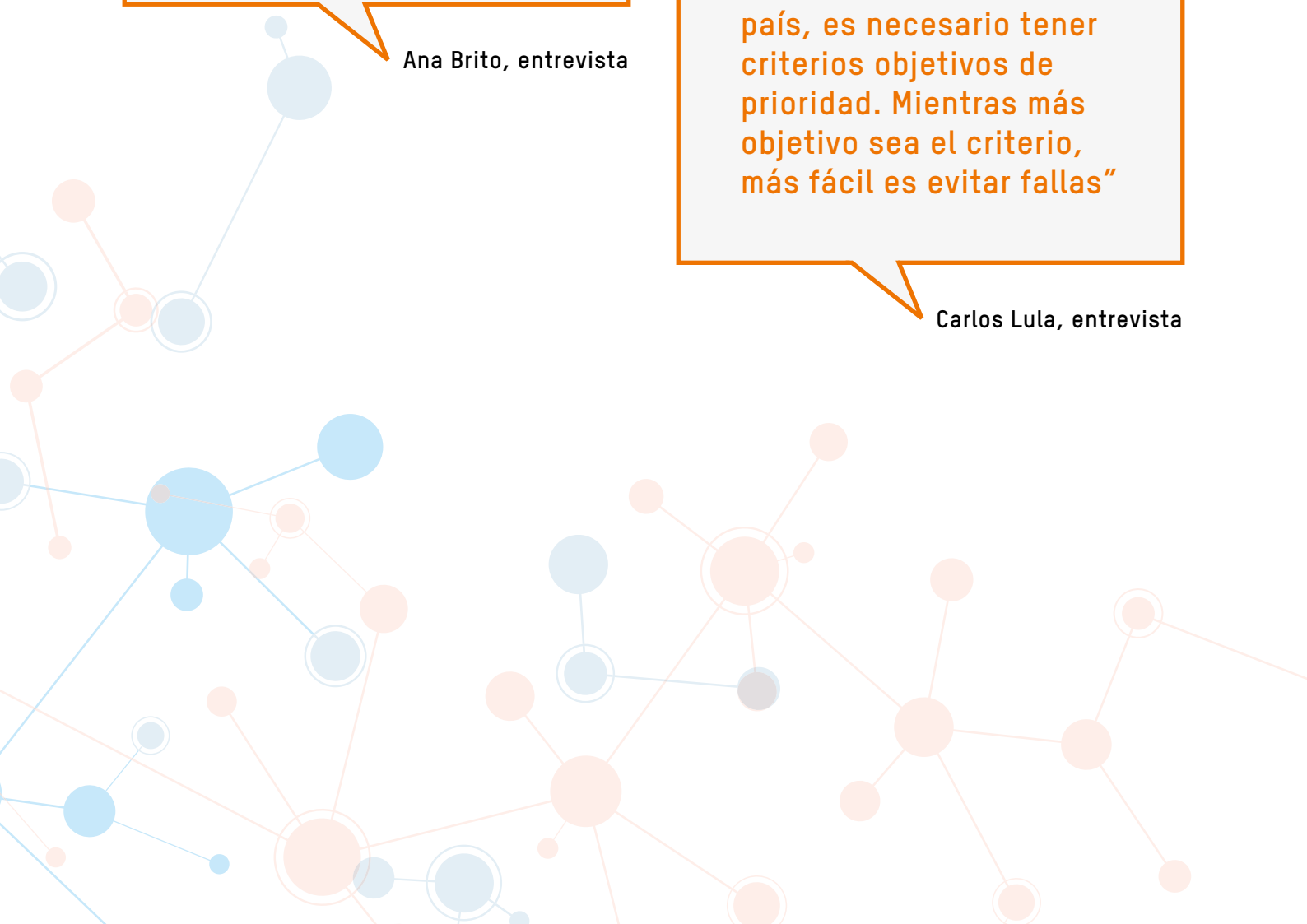
**“Las primeras dosis de la vacuna contra el COVID-19 no deberían haber sido esparcidas por Brasil, sino que se debería haber hecho un bloqueo de vacunación en la Amazonia, lo que habría retardado la diseminación de la enfermedad en Brasil. Perdimos muchas bibliotecas vivas con la muerte de nuestros chamanes”**

Ana Brito, entrevista

Reinaldo Guimarães también criticó la ausencia de quilombolas y población en situación de calle en las primeras versiones del plan de vacunación, además de denunciar que el número de indígenas citados en el informe inicial estaba por debajo de lo estimado para aquel periodo.<sup>74</sup> A su vez, Fernando Pigatto mencionó la resolución n. 73 del CNS, que había propuesto la inclusión de personas en situación de calle, personas con deficiencia, cuidadores de personas mayores e indígenas fuera de aldeas.<sup>75</sup>

**“Es necesario entender la diversidad y el tamaño de Brasil. Llegamos a capacitar personal para la vacunación en balsas, a 900 km de la capital. Con la inmensidad del país, es necesario tener criterios objetivos de prioridad. Mientras más objetivo sea el criterio, más fácil es evitar fallas”**

Carlos Lula, entrevista



En entrevista, Márcia Santos, miembro del GT Racismo y Salud de la ABRASCO, va más allá al invitar a los epidemiólogos a poner la equidad en el centro de sus análisis, incluso en el diseño de sus investigaciones. Las mujeres negras, por ejemplo, sufren con los peores indicadores en diversos temas de salud, tales como la tasa de mortalidad, condiciones precarias de existencia, seguridad alimentaria, etc. Esos determinantes sociales también deberían ser considerados por los epidemiólogos a la hora de definir planes de acción, más allá de las técnicas estadísticas usuales.

La investigadora destaca que, entre la lista de comorbilidades definida por el Ministerio de la Salud, indicadores de raza y color no fueron considerados<sup>76</sup>, aunque la población negra es particularmente afectada por algunas de las condiciones citadas, como diabetes y enfermedades cardiovasculares.<sup>77</sup> Esa sensibilidad con grupos vulnerabilizados incluye, también, el debate del concepto de grupo de riesgo, dado que esa definición puede contribuir a la estigmatización de personas. Lo importante es enfatizar la urgencia de considerar esos sectores de la población tanto en la vacunación como en el conjunto de las políticas de combate a los efectos de la pandemia.



## PROFESIONALES DE SALUD

La ausencia de una articulación nacional en el programa de inmunización también tuvo impacto sobre las condiciones de trabajo de los profesionales de salud que actuaron poniendo vacunas. Estas dificultades incluían una capacitación insuficiente y la desvalorización del trabajo realizado.<sup>78</sup>

Una nota de la Red Brasileña de Mujeres Científicas señaló que la falta de entrenamiento de los equipos y también de una comunicación coordinada y transparente es evidente e impacta negativamente en el proceso de vacunación de la población y en la calidad del trabajo de los profesionales de la salud responsables: “por primera vez también tenemos dos vacunas, con intervalos diferentes, posibles eventos adversos diferentes y no hay orientación para los profesionales de la salud de manera centralizada y coordinada”.<sup>79</sup>

Nésio Fernandes advierte que los equipos de vacunación no tenían programas de incentivo para alcanzar las metas de dosis aplicadas. Al mismo tiempo, había una demanda para que esos profesionales actuaran en otros servicios de salud, fuera de la vacunación, cumpliendo horario extraordinario en los puestos de vacunación, inclusive los fines de semana.

En algunas regiones, esa negligencia resultó en alteración de los procesos de vacunación. Ethel Maciel menciona, por ejemplo, a Rio de Janeiro, donde dosis fueron descartadas porque los ancianos no llegaban a los puestos de salud y los frascos tenían un plazo acelerado de validez después de abiertos. La investigadora entiende que los profesionales de salud no tenían orientaciones claras sobre qué hacer ante la ausencia del grupo prioritario, tal como la posibilidad de vacunar acompañantes y personas próximas.

**Nésio Fernandes considera que uno de los mayores desafíos de la salud pública hoy es la presencia en el SUS de profesionales de salud que son antivacuna, inclusive Agentes Comunitarios de Salud y profesionales que actúan en el PNI. Hay relatos de profesionales que se rehusaron a fomentar la vacunación y a dar orientaciones adecuadas a los usuarios del SUS.**

**“En el PNI, nos perdimos el debate ideológico, el espacio de hegemonía a favor de la vacuna. Hay enfermeros y médicos que son militantes antivacunas. En una localidad que visité, se estima que un 20% de los ACSs eran negacionistas, lo que causa una enorme repercusión en la microárea involucrada”**

**Nésio Fernandes, entrevista**

## ACCESO A LOS PUESTOS FIJOS Y MÓVILES DE VACUNACIÓN

La localización geográfica poco accesible de los puestos de vacunación fue una de las barreras al acceso de personas de baja renta más mencionadas por los especialistas y profesionales entrevistados. Ana Brito comenta que en algunos Municipios ese determinante fue agravado por las políticas de acceso a la vacunación que exigían descargar una aplicación para pedir hora. Muchas personas no poseen un teléfono móvil o, aunque lo posean, no saben descargar la aplicación debido a la exclusión digital. La especialista entiende que el plan de vacunación fue desarrollado tomando como parámetro a la clase media, lo que retardó la vacunación de los más pobres y dificultó el acceso a la salud del sector socialmente más vulnerable del país.

**“Muchas unidades condicionaron la cita para la vacunación al uso de una aplicación o de internet. Muchas mujeres llegaban a la fila de la vacunación con su hijo menor o el nieto y pedían un teléfono móvil prestado para pedir la cita. El nieto lo sabía hacer, pero no tenían un ordenador. Este sistema, organizado para la clase media, retardó mucho la vacunación de las personas más pobres”**

Ana Brito, entrevista

Organizaciones de defensa de los derechos de la población LGBTQIA+ identificaron dificultades en el acceso de esta población a servicios de salud en varias ciudades, buscando incidir políticamente junto a gestores y fomentar el control social, pero constataron que, en muchos lugares, la falta de asistencia venció.<sup>80</sup>

No obstante, hubo iniciativas dirigidas a minimizar barreras. Ana Brito menciona el caso de los equipos de salud de la familia que realizaban visitas a las familias e impulsaban la vacunación domiciliaria. Nésio Fernandes cita el ejemplo de Vila Velha, donde el Municipio tuvo la iniciativa de incentivar la participación de líderes comunitarios y agentes de salud en la campaña de vacunación. Wilames Bezerra y Marcos Franco<sup>81</sup> citan los coches de vacunación que circulaban en algunos Municipios, y los puestos de vacunación en áreas estratégicas de las ciudades<sup>82</sup>, como estaciones de metro y ferias libres. Por fin, Carlos Lula también menciona eventos de incentivo a la vacunación realizados en Maranhão, como el *Arraial de la Vacunación*<sup>83</sup>, realizado en los Municipios del Estado.

Carlos Lula destaca el ejemplo de la ciudad de Alcântara, en Maranhão, donde un grupo de trabajo se organizó para vacunar a la población en las 214 comunidades quilombolas del territorio, lo que hizo que fuera uno de los primeros Municipios que tuvieron a toda la población vacunada en el país.<sup>84</sup> Los profesionales de vacunación solamente podían acceder a las comunidades por caminos rurales o por el mar, con barcos, y a veces debían andar largas distancias cargando los insumos.<sup>85</sup> La ciudad posee nueve equipos de salud de la familia y, en caso de infección, las personas eran orientadas a quedarse en casa con supervisión de los agentes comunitarios de salud, mientras la vacunación ocurría en iglesias, escuelas y en las casas de los pobladores.

## DIFICULTADES EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Entre los temas levantados durante las entrevistas, destaca la falta de datos sobre raza/color en los primeros boletines epidemiológicos de la pandemia. Carlos Lula y Wilames Bezerra, actual presidente del CONASEMS, mencionan que la falta de informaciones sobre indicadores de raza/color se debe, en parte, a la dificultad de transferir los datos recopilados en fichas de papel al sistema del Ministerio de la Salud.

Lo mismo es reportado por Maria Fernanda Teixeira, del movimiento Unidos por la Vacuna. La ya citada investigación realizada por el Instituto Locomotiva señalaba que, en abril de 2020, en 19% de los Municipios la mayoría de las unidades de salud no utilizaban internet para los registros de vacunación y un 12% de ellas necesitaban ordenadores.<sup>86</sup>

Wilames Bezerra argumenta que una de las mayores dificultades en la recopilación de datos está en la informatización del sistema. Diversos profesionales de salud utilizan cuestionarios en papel para solicitar informaciones sobre raza/color y género y tienen dificultades para traspasar esas informaciones al sistema del Ministerio de la Salud. Entre las causas de esas dificultades estarían la conectividad limitada, la utilización de sistemas que traban y se desconectan, además de la falta de acceso a ordenadores.

**“El problema es alimentar un sistema creado con prisas para atender las particularidades de la vacuna contra el COVID-19, que se traba, no ofrece condiciones, con una conectividad limitada y falta de mano de obra disponible. Muchos Municipios acumularon un número exorbitante de fichas, sin tener los medios para consolidar los datos. Yo siempre decía: los datos disponibles no representan la realidad, hay mucho más gente vacunada”**

**Wilames Freire Bezerra, entrevista**



Márcia Santos, en conjunto con un equipo de investigadores en salud y racismo<sup>87</sup>, explica que la negligencia con los datos de raza/color en Brasil demuestra un bajo interés en tener acceso a esos datos. Las decisiones no se están tomando con base en esas informaciones, una evidencia más del racismo institucional.

La investigadora menciona que ya existía una ordenanza, de 2017, que establecía la obligatoriedad de completar el campo raza/color en los formularios de los sistemas de información en salud.<sup>88</sup> Sin embargo, el indicador solo se incluyó realmente en los boletines de la pandemia en abril de 2020, como resultado de la presión de movimientos sociales negros, tales como la Coalición Negra por Derechos, el GT Salud de la Población Negra, la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunidad y el GT Racismo y Salud de la ABRASCO.<sup>89</sup>

Marcos Franco, asesor técnico del CONASEMS, informa que el campo raza/color no era considerado obligatorio durante buena parte de la campaña de vacunación, y que eso solo vino a ocurrir gracias a la ADPF 742<sup>90</sup>, que tenía como foco a los pueblos quilombolas.

La ADPF 742 es resultado de los esfuerzos de líderes quilombolas, que insistieron en la recolección de datos sobre la vacunación en esas comunidades, donde se destacó la Coordinación Nacional de Articulación de las Comunidades Negras Rurales Quilombolas (CONAQ).<sup>91</sup> El movimiento denuncia que no existían datos sobre poblaciones quilombolas, tanto en lo que se refiere a la cantidad de personas que viven en comunidad, como en cuanto al número de muertes por COVID-19.<sup>92</sup>

Frente a ese escenario, los liderazgos de ese movimiento se esforzaron para suplir parte de esos datos, recolectando informaciones a través de articulaciones entre líderes regionales y locales, pobladores, agentes comunitarios y secretarías de salud. En algunos casos, las vacunas no llegaban a las comunidades, llevando a los pobladores a trasladarse a los Municipios más próximos, con lo que se exponían al virus y, a veces, eran discriminados por servicios de salud que se negaban a atender a quilombolas que no pudiesen probar que vivían en comunidad.<sup>93</sup>



# CONCLUSIÓN: JUSTICIA SANITARIA Y ACCESO A VACUNAS COMO DERECHO A LA SALUD



Los resultados del informe, analizados a partir de los conceptos de democracia sanitaria y justicia sanitaria, demuestran claramente cómo las desigualdades en el acceso a la vacunación contra el COVID-19 en Brasil impactaron el derecho a la salud en el país y reforzaron las desigualdades estructurales del sistema de salud.

## JUSTICIA SANITARIA

Justa distribución de bienes, productos y servicios que contribuyen a la promoción, prevención y recuperación de la salud, así como a la justa protección de los seres humanos contra los riesgos a la salud existentes en determinado territorio o incluso globalmente.

## DEMOCRACIA SANITARIA

Defensa de que las políticas públicas de salud sean constituidas con participación ciudadana, que debe tener sus demandas tomadas en consideración, de modo a influenciar decisiones gubernamentales en todas las esferas del poder, a través de procedimientos e instituciones previamente establecidos por el derecho, orientados por la búsqueda de justicia.

La actuación ambigua y recalcitrante del Gobierno Federal en lo referente a la compra y distribución de las vacunas contra el COVID-19 en Brasil impactó a los grupos más vulnerables del país, es decir, niños, pueblos indígenas, personas negras, pobres y ancianos. Según ha relatado la CPI del Senado Federal, la campaña de vacunación de COVID-19 en Brasil fue orientada por un discurso político ambiguo del Gobierno Federal con relación a las vacunas, por la ausencia de campañas públicas de información sobre la vacunación, por la gestión inadecuada del PNI (inclusive con denuncias de corrupción) y por la baja articulación política entre la Unión y los Estados para definir la estrategia nacional de vacunación.

Un informe de la Contraloría General de la Unión señala que el Ministerio de la Salud perdió R\$ 104 millones en medicamentos y vacunas en el primer semestre de 2021, con R\$ 20 mil millones en distorsiones contables, ocasionando la pérdida de 500 mil vacunas contra la hepatitis B, 200 mil contra la varicela, 87 mil vacunas tetra virales, 245 mil frascos de BCG y 800 mil kits de insulina no utilizados que perdieron la validez. La inercia del Ministerio de la Salud en la gestión de los inventarios de medicamentos, insumos y vacunas es el reflejo de una pérdida de capacidad técnica del Ministerio para ejecutar políticas nacionales estratégicas, generando pérdidas injustificables.<sup>94</sup>

Esta situación constituye violación, entre otros, de los principios de la universalidad del Sistema Único de Salud y de la seguridad sanitaria, que implican el deber del Estado de cohibir las enfermedades cuyas causas son evitables, priorizando las actividades preventivas, incluyendo el deber de vacunar a la población, por lo que no es admisible la inercia en su adquisición y aplicación, sobre todo durante pandemias y epidemias.<sup>95</sup>

El análisis de los datos extraídos del “Vacunómetro” COVID-19 de la RND/SASISUS y del IBGE muestra la desigualdad regional de la cobertura de vacunación contra el COVID-19, que varía de 57,5% en el Estado de Roraima a 91,0% en São Paulo. Además, hubo desigualdades asociadas a factores sociales ( $r = 0,416$ ) y de género ( $r = 0,994$ ) en la vacunación contra el COVID-19. No fueron encontrados datos sobre vacunación de la población LGBTQIA+, con literatura internacional relacionada que indica potencial discriminación en servicios de vacunación y factores socioeconómicos de vacilación vacunal. No fue posible identificar la desigualdad de vacunación contra el COVID-19 por raza/color de la piel, debido a que esta variable estaba incompleta y varió entre un 8,72% (Mato Grosso del Sul) y un 39,41% (Distrito Federal). Los efectos del racismo estructural e institucional comprometen el análisis de la desigualdad racial en el acceso a la vacuna contra el COVID-19, lo que se refleja en la investigación del impacto de la vacunación entre las minorías raciales, debido a la baja calidad de la información. Normas que determinan la recopilación de datos al respecto poseen baja efectividad.

El análisis de la percepción de los actores gubernamentales entrevistados (CONASS y CONASEMS) y no gubernamentales (ABRASCO, CNS, Unidos por la Vacuna y especialistas) sobre la desigualdad en el acceso a vacunas, complementado por investigación

documental, mostró que, pese a que había constante presión de la sociedad civil y de especialistas, no fue posible identificar políticas públicas específicamente dirigidas a la reducción de desigualdades de acceso a las vacunas (género, raza/color y renta), y sí iniciativas puntuales de Gobiernos locales o de la sociedad civil dirigidas a un público específico, parte de las cuales pueden considerarse como buenas prácticas a favor de la equidad.

Se trata, sin embargo, de iniciativas no sistemáticas y, desde el punto de vista nacional, fragmentadas. Entre los gestores, predomina la idea de que “vacuna en el brazo” de todos, sin distinción, constituye la mejor política. Entre las entidades sociales destacan las manifestaciones de la ABRASCO, a través del GT Racismo y Salud, y del CNS, que desde sus primeras intervenciones públicas denuncia las desigualdades y encamina propuestas relativas a la renta, género y raza, además de entidades y movimientos sociales que actúan a favor de los derechos de grupos vulnerables, en especial la población negra y las comunidades originarias. Entre los principales obstáculos al acceso a las vacunas contra el COVID-19 durante la pandemia, los entrevistados señalaron la desigualdad global en la distribución de inmunizantes, la deficiente negociación de la compra de vacunas por parte del Gobierno Federal, el repudio a las evidencias científicas y a la buena gestión por parte del Ministerio de la Salud, la ausencia de coordinación nacional del PNI y de estrategias federales de comunicación, el atraso en la adquisición de insumos, la falta de consenso sobre la definición de grupos prioritarios, la escasez numérica y de formación de profesionales de salud, la pérdida de la hegemonía del discurso a favor de la vacuna (inclusive en el seno del SUS), las dificultades de acceso a los locales de vacunación y las dificultades en la recolección de datos.





# PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

Con base en las secciones anteriores, presentamos en el cuadro abajo algunas propuestas y recomendaciones de alcance local, nacional y regional, clasificadas según la perspectiva temporal (corto, mediano y largo plazo).

## CORTO PLAZO

Apertura inmediata de un mecanismo de evaluación y revisión del PNO con la efectiva participación de especialistas, representantes de los entes subnacionales, de la sociedad y de los parlamentos, pautando, entre otros temas, las desigualdades de renta, raza/color y género en la vacunación contra el COVID-19.

Perfeccionamiento de los mecanismos de recolección de datos sobre la vacunación contra el COVID-19, que abarque tanto la inversión inmediata en la mejora del sistema y la contratación de profesionales para alimentarlo, como el incentivo para que las reglas vigentes sobre la inclusión de datos de raza/color sean respetadas.

Organización, bajo el liderazgo del Ministerio de la Salud, de campañas nacionales de comunicación en salud para la vacunación, incluyendo el desarrollo de acciones de comunicación a favor de la vacuna en colaboración con organizaciones, grupos y colectivos negros en los territorios mayoritariamente ocupados por población negra —quilombos, favelas, barrios periféricos, locales de culto de religiones afrobrasileñas, asentamientos, poblaciones rurales, escuelas públicas, ocupaciones de tierras, grutas, encuestas, comunidades, villas, chozas, palafitos y personas en situación de calle, entre otros.

Organización, bajo el liderazgo del Ministerio de la Salud, de campañas nacionales de comunicación que enfrenten los principales elementos de la propaganda contra la salud pública auspiciada por el Gobierno Federal en los últimos 4 años, en particular en lo que se refiere a la vacunación.

Organización de iniciativas de formación de profesionales de salud, especialmente los destinados en el PNI y en los ACS, con foco en el combate a los movimientos antivacuna y al negacionismo científico.

Retomar de manera urgente la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra, adoptando estrategias de estímulo y regulaciones para la ampliación de su efectividad.



## MEDIANO PLAZO

Adopción de una Ley Federal que reorganice el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud y el PNI, eliminando el carácter disperso de la legislación epidemiológica brasileña y adoptando un enfoque de derechos humanos en la seguridad sanitaria.

Ampliación de la financiación de las acciones de prevención de enfermedades infectocontagiosas y de preparación para emergencias de salud, sobre todo de las campañas de vacunación.

Ampliación de las colaboraciones entre centros tecnológicos brasileños y extranjeros para la producción en Brasil de vacunas que sean de interés del SUS, tomando en consideración las perspectivas de cooperación internacional en salud, con énfasis en las estrategias de fortalecimiento de los grandes laboratorios públicos brasileños.

Retomar la política externa brasileña de salud, con el desarrollo de la cooperación internacional en el campo de las vacunas, sobre todo en el ámbito BRICS y de América del Sur.

Aún dentro de la política externa brasileña de salud, ejercicio del liderazgo brasileño en los ámbitos de negociación internacional relacionados directa o indirectamente al acceso a vacunas contra el COVID-19, particularmente los foros relacionados a la propiedad intelectual y el acuerdo sobre pandemias actualmente negociado en el ámbito de la OMS.

Iniciativas de fomento a la investigación que incentiven estrategias metodológicas en salud colectiva de manera a tener en cuenta el racismo estructural y otras dimensiones de la desigualdad, incluyendo convocatorias específicas de agencias de fomento y mecanismos de premiación y reconocimiento de investigadores.

## LARGO PLAZO

En colaboración con organismos internacionales y entidades sociales, creación de programas de fomento y difusión de buenas prácticas en materia de promoción de la equidad en el acceso a la vacuna contra el COVID-19 que contemplen cuestiones de renta, raciales y de género.

Inversiones públicas en el complejo económico e industrial de vacunas brasileño, inclusive en innovación farmacéutica.

Inducción de innovaciones sociales farmacéuticas, sobre todo para vacunas y medicamentos para necesidades de salud no atendidas (enfermedades raras y olvidadas).



# REFERÊNCIAS

- 1 El estudio fue realizado con datos secundarios de dominio público, y no necesita, por lo tanto, ser aprobado por comité de ética en investigación, según la regulación de investigaciones que involucran a seres humanos.
- 2 Disponible en: <https://bit.ly/3XjQ2eD>
- 3 Anvisa aprova por unanimidade uso emergencial das vacinas, 17 ene. 2021. Disponible en: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/anvisa-aprova-por-unanimidade-uso-emergencial-das-vacinas>
- 4 Enfermeira Mônica Calazans é a 1ª vacinada contra covid-19 no Brasil, COFEN, 17 ene. 2021. Disponible en: [http://www.cofen.gov.br/enfermeira-monica-calazans-e-a-1a-vacinada-contra-covid-19-no-brasil\\_84504.html](http://www.cofen.gov.br/enfermeira-monica-calazans-e-a-1a-vacinada-contra-covid-19-no-brasil_84504.html)
- 5 OMS. Pannel da OMS sobre o coronavírus (COVID-19). Disponible en: <https://covid19.who.int/table> Visitado el: 24 oct. 2022.
- 6 OPAS. Covid-19 Vaccination in the Americas. Disponible en: [https://ais.paho.org/imm/IM\\_DosisAdmin-Vacunacion.asp](https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion.asp) Visitado el: 24 oct. 2022.
- 7 El dato de cobertura de vacunación completa corresponde al número total de personas que recibieron la última dosis recomendada de una vacuna o que completaron su pauta de vacunación, lo que incluye la segunda dosis cuando la pauta es de dos dosis o, si es el caso, la dosis única, ibid.
- 8 Todos los datos sobre la vacunación contra el COVID-19 en Brasil son basados en informaciones del "Vacunómetro" COVID-19 de la Red Nacional de Datos de Salud (RNDS)/ Subsistema de Atención a la Salud Indígena del Sistema Único de Salud (SASISUS) del Ministerio de la Salud.
- 9 1ª dosis: 180.052.902 – 37,10%; 2ª dosis: 161.637.140 – 33,30%; Dosis única: 5.000.705 – 1,03%; Dosis de refuerzo: 99.367.949 – 20,47%; 2ª dosis de refuerzo: 34.483.378 – 7,10%; Dosis adicional: 4.834.066 – 1,00%
- 10 BRASIL. Ministério da Saúde. Vacinômetro COVID-19. Rede Nacional de Dados de Saúde. Subsistema de Atención à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde. Disponible en: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS\\_C19\\_Vacina\\_v2/DEMAS\\_C19\\_Vacina\\_v2.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19_Vacina_v2/DEMAS_C19_Vacina_v2.html) Visitado el: 11 oct. 2022.
- 11 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2022. 123 p.
- 12 CEPAL – Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La matriz de la desigualdad social en América Latina (LC/G.2690(MDS.1/2). Santiago, 2016. Disponible en: [https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/matriz\\_de\\_la\\_desigualdad.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/matriz_de_la_desigualdad.pdf) . Visitado el: 24 oct. 2022.
- 13 DUARTE, Elisabeth Carmen et al. Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.
- 14 SILVA, Inácio Crochemore Mohnsam da et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 27, n. 1, e000100017, mar. 2018.
- 15 ALVES, Marcia Pereira. As análises epidemiológicas não incorporam a perspectiva racial como condição para o processo de adoecimento e morte. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho (CEE) - CEE Podcast, [S.l.], 08 sep. 2022. Disponible en: <https://cee.fiocruz.br/?q=Marcia-Alves-no-CEE-Podcast>. Visitado el: 24 oct. 2022.
- 16 SANTOS, Márcia Pereira Alves dos et al. População negra e covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. Estudos Avançados [online], [S.l.], v. 34, n. 99, pp. 225-244. 2020.
- 17 MUNIZ et al. Brasil registra duas vezes mais pessoas brancas vacinadas que negras. Agência Pública. [S.l.], 15 mar. 2021. Disponible en: <https://apublica.org/2021/03/brasil-registra-duas-vezes-mais-pessoas-brancas-vacinadas-que-negras/>. Visitado el: 24 oct. 2022.
- 18 AUGUSTO, Otávio. Maioria da população, negros receberam 23% das vacinas contra covid. Metrôpoles, [S.l.], 27 oct. 2021. Disponible en: <https://www.metropoles.com/brasil/majoria-da-populacao-negros-receberam-23-das-vacinas-contra-covid> Visitado el: 24 oct. 2022.
- 19 Disponible en: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS\\_C19\\_Vacina\\_v2/DEMAS\\_C19\\_Vacina\\_v2.html](https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19_Vacina_v2/DEMAS_C19_Vacina_v2.html)
- 20 FIOCRUZ. ICICT (Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde). Monitoracovid-19. Desigualdades na vacinação contra covid-19. Nota Técnica 23. Rio de Janeiro, 20 dic. 2021. Disponible en: [https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/nota\\_tecnica\\_23.pdf](https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/nota_tecnica_23.pdf). Visitado el: 13 set. 2022.
- 21 FIOCRUZ. ICICT (Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde). Monitoracovid-19. A Vacinação Contra covid-19: Histórico, Desigualdades E Problemas. Nota técnica 25. Rio de Janeiro, 23 jun. 2022. Disponible en: [https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/nota\\_tecnica\\_25.pdf](https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/nota_tecnica_25.pdf). Visitado el: 13 sep. 2022.

- 22 OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves et al. Prevalência e fatores associados à hesitação vacinal contra a covid-19 no Maranhão, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2021;55:12 ; SALALI, Gul Deniz; UYSAL, Mete Sefa. COVID-19 vaccine hesitancy is associated with beliefs on the origin of the novel coronavirus in the UK and Turkey. *Psychol Med*. 2020 Oct 19:1-3. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004067> Epub ahead of print ; MALIK, Aryn A et al. Determinants of COVID-19 vaccine acceptance in the US. *EclinicalMedicine*. 2020;26:100495. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100495> ; FRENCH, Jeff et al. Key guidelines in developing a pre-emptive COVID-19 vaccination uptake promotion strategy. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(16):5893 <https://doi.org/10.3390/ijerph17165893>
- 23 LAZARUS, Jeffrey V. et al. A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nat Med*. 2020 Oct 20:1-4. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-1124-9> Epub ahead of print.
- 24 SALALI, Gul Deniz; UYSAL, Mete Sefa. COVID-19 vaccine hesitancy is associated with beliefs on the origin of the novel coronavirus in the UK and Turkey. *Psychol Med*. 2020 Oct 19:1-3. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004067> Epub ahead of print.
- 25 LOW, Andrea et al. COVID-19 Vaccine Uptake and Factors Associated With Being Unvaccinated Among Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Other Sexual Identities (LGBTQ+) New Yorkers. *Open Forum Infectious Diseases*, v. 9, n. 7, Jul. 2022, ofac260.
- 26 BENDER, M. S., Sott, M. K., GONÇALVES, I. F., Freitas, S. M. de, & SARAIVA, E. S. A saúde da população LGBTQIA+ durante a pandemia da Covid-19: Revisão sistemática e análise de redes. *Cadernos De Gênero E Diversidade*, 2022 8(2), 166–203.
- 27 GARG, Ishan et al. COVID-19 Vaccine Hesitancy in the LGBTQ+ Population: a systematic review. *Infectious Disease Reports*, [S.L.], v. 13, n. 4, p. 872-887, 7 oct. 2021.
- 28 LOW, Andrea et al. COVID-19 Vaccine Uptake and Factors Associated With Being Unvaccinated Among Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Other Sexual Identities (LGBTQ+) New Yorkers. *Open Forum Infectious Diseases*, v. 9, n. 7, Jul. 2022, ofac260.
- 29 LIMA, Alexandre Bonetti. O racismo nosso de cada dia: contradições de uma sociedade que se apresenta racialmente democrática. *Athenea Digital* 2021; 21(1):e2734.
- 30 BRASIL. Ministério da Saude. Portaria n.344, de 1o de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344\\_01\\_02\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html) Visitado el: 24 oct. 2020.
- 31 Após 10 anos, política de saúde da população negra só foi efetivada em 57 municípios. *Radio Poli*. 27 nov. 2019. <https://www.epsjv.fiocruz.br/podcast/apos-10-anos-politica-de-saude-da-populacao-negra-so-foi-efetivada-em-57-municipios>
- 32 PINTO, Fernando. Fala aê, mestre: a população negra no Brasil e o acesso igualitário no SUS. Entrevista com Andrey Lemos. *Fiocruz Brasília*, 01 abril 2021. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/fala-ae-mestre-a-populacao-negra-no-brasil-e-o-acesso-igualitario-no-sus/> Visitado el: 24 oct. 2022.
- 33 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 58 p.; SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. CEInfo. Análise do Quesito Raça/Cor a partir de Sistemas de Informação da Saúde do SUS. Boletim CEInfo Análise. Ano VI, nº 05, Maio/2011. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2011.
- 34 BIERNATH, André. Covid: Falhamos na comunicação e precisamos ajustar expectativa com vacinas, diz ex-diretor do Butantan. *BBC News Brasil*. São Paulo, 22 sep. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-58645747>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 35 Reinaldo Guimarães también es investigador del Núcleo de Bioética y Ética Aplicada de la Universidad Federal de Rio de Janeiro.
- 36 GUIMARÃES, Reinaldo. Nota sobre as vacinas contra o SARS-CoV-2 – por Reinaldo Guimarães. *CEE Fiocruz*. [S.l.], 09 jul. 2020. Disponível em: <https://www.cee.fiocruz.br/?q=Nota-sobre-as-vacinas-contra-o-SARS-CoV-2-por-Reinaldo-Guimaraes>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 37 STEVANIM, Luiz Felipe. “Ainda estamos em alerta”: para a epidemiologista Ethel Maciel, a revogação da emergência sanitária no Brasil pode levar à descontinuidade dos serviços. *Radis Fiocruz*. [S.l.], 09 mayo 2022. Disponível em: [https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/entrevista/ainda-estamos-em-alerta#:~:text=A%20desigualdade%20nas%20a%3%A7%3%B5es%20de,do%20Esp%C3%ADrito%20Santo%20\(Ufes\)](https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/entrevista/ainda-estamos-em-alerta#:~:text=A%20desigualdade%20nas%20a%3%A7%3%B5es%20de,do%20Esp%C3%ADrito%20Santo%20(Ufes)). Visitado el: 27 oct. 2022.
- 38 GUIMARÃES, Reinaldo. Vacinas Anticovid: um Olhar da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], 25(9):3579-3585, set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5SCFJbDTxb9SkmKn8k7dPKP/?lang=pt>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 39 Sparke M., Levy O. Competing Responses to Global Inequalities in Access to COVID Vaccines: Vaccine Diplomacy and Vaccine Charity Versus Vaccine Liberty. *Clin Infect Dis*. 2022 Aug 15;75 [Supplement\_1]: S86-S92. doi: 10.1093/cid/ciac361.

- 40 Richardson E. Pandemicity, COVID-19 and the limits of public health 'science'. *BMJ Global Health* 2020; 5:e002571; e Richardson E. Epidemic illusions: on the coloniality of global public health. Boston: MIT Press, 2020.
- 41 BIERNATH, André. Covid: Falhamos na comunicação e precisamos ajustar expectativa com vacinas, diz ex-diretor do Butantan. *BBC News Brasil*. São Paulo, 22 sep. 2021. Disponible en: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-58645747>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 42 BENITES, Afonso; JUCÁ. Carlos Lula, presidente do CONASS: "Nosso trabalho na vacinação é desconstruir o imaginário social de que o que vem da China é ruim". *El país Brasil*. Brasília e São Paulo, 10 ene. 2021. Disponible en: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-01-10/nosso-trabalho-na-vacinacao-e-desconstruir-o-imaginario-de-que-o-que-vem-da-china-e-ruim.html>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 43 BIERNATH, André. covid: Falhamos na comunicação e precisamos ajustar expectativa com vacinas, diz ex-diretor do Butantan. *BBC News Brasil*. São Paulo, 22 sep. 2021. Disponible en: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-58645747>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 44 STEVANIM, Luiz Felipe. "Ainda estamos em alerta": para a epidemiologista Ethel Maciel, a revogação da emergência sanitária no Brasil pode levar à descontinuidade dos serviços. *Radis Fiocruz*. [S.l.], 09 mayo 2022. Disponible en: [https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/entrevista/ainda-estamos-em-alerta#:~:text=A%20desigualdade%20nas%20a%C3%A7%C3%B5es%20de,do%20Esp%C3%ADrito%20Santo%20\(Ufes\)](https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/entrevista/ainda-estamos-em-alerta#:~:text=A%20desigualdade%20nas%20a%C3%A7%C3%B5es%20de,do%20Esp%C3%ADrito%20Santo%20(Ufes)). Visitado el: 27 oct. 2022.
- 45 PASSARINHO, Nathalia. 3 erros que levaram à falta de vacinas contra covid-19 no Brasil. *BBC News Brasil*, Londres, 23 feb. 2021. Disponible en: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56160026>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 46 MARINELLI, Isabella. Epidemiologista Ethel Maciel fala dos desafios da vacinação no Brasil. *Claudia Saúde e Bem-Estar*. [S.l.], 14 ene. 2021. Disponible en: <https://claudia.abril.com.br/saude/vacina-entrevista-ethel-maciel/?fbclid=IwAR2psucTyvevuyTgtGDGu7837o--rZxbo1FXUoulyYRvr0Q2D1SU1ARhBI>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 47 Disponible en: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/carta-ao-stf-sobre-o-plano-de-imunizacao-contra-covid-19/54964/>
- 48 En el ámbito de la ADPF 756, por la cual PCdoB, PSOL, PT, PSB y Cidadania solicitaron que el Presidente de la República fuese obligado a adoptar todos los procedimientos administrativos indispensables para que la Unión pueda, con la seguridad científica, técnica y administrativa necesarias, providenciar la adquisición de las vacunas y medicamentos aprobados por la Anvisa.
- 49 PIGATTO, Fernando; MOREIRA, Marcelo Rasga; SOUTO, Kátia Maria Barreto. Entrevista com Fernando Pigatto – Presidente do Conselho Nacional de Saúde (25/06/2021). *SciELO Preprints*. 07 mar. 2022. Ahead of print. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3731>. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3731/6926>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 50 Disponible en: [https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/12/Nota-Grupo-Tecnico-Posicao\\_versao\\_final\\_12\\_12\\_N.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/12/Nota-Grupo-Tecnico-Posicao_versao_final_12_12_N.pdf)
- 51 Disponible en: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/carta-ao-stf-sobre-o-plano-de-imunizacao-contra-covid-19/54964/>
- 52 BRASIL. Medida Provisória nº 994, de 06 de agosto de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 1.994.960.005,00, para o fim que especifica, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: seção 1 – Extra, Brasília, DF, p. 1, 06 ago. 2020*. Disponible en: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-994-de-6-de-agosto-de-2020-270785461>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 53 BRASIL. Medida Provisória nº 1004, de 24 de setembro de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 2.513.700.000,00, para o fim que especifica, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: seção 1 – Extra, Brasília, DF, edição 184-A, p. 1, 24 set. 2020*. Disponible en: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-1.004-de-24-de-setembro-de-2020-279272794>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 54 BRASIL. Medida Provisória nº 1015, de 17 de dezembro de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 20.000.000.000,00, para o fim que especifica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: seção 1 – Extra A, Brasília, DF, edição 241-A, p. 1, 17 dic. 2020*. Disponible en: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-1.015-de-17-de-dezembro-de-2020-294872325>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 55 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. MANIFESTO REPASSA JÁ! Contra covid-19, controle social na Saúde reivindica repasse de financiamento integral do SUS em todo país. *CNS*. [S.l.], 21 mayo 2020. Disponible en: [https://conselho.saude.gov.br/images/manifesto/MANIFESTO\\_CNS\\_CES\\_REPASSA\\_JA.pdf](https://conselho.saude.gov.br/images/manifesto/MANIFESTO_CNS_CES_REPASSA_JA.pdf). Visitado el: 27 oct. 2022.
- 56 MARINELLI, Isabella. Epidemiologista Ethel Maciel fala dos desafios da vacinação no Brasil. *Claudia Saúde e Bem-Estar*. [S.l.], 14 ene. 2021. Disponible en: <https://claudia.abril.com.br/saude/vacina-entrevista-ethel-maciel/?fbclid=IwAR2psucTyvevuyTgtGDGu7837o--rZxbo1FXUoulyYRvr0Q2D1SU1ARhBI>. Visitado el: 27 oct. 2022.

- 57 ANJOS, Anna Beatriz. Ethel Maciel: “vai estourar em outros estados”. A Pública. [S.l.], 15 de ene. de 2021. Disponible en: <https://apublica.org/2021/01/ethel-maciel-vai-estourar-em-outros-estados-e-vacina-da-covid-19-e-a-melhor-estrategia-para-diminuir-transmissao/>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 58 LULA, Carlos; BEZERRA, Wilames Freire. Nota Conjunta Conass E Conasems Campanha Nacional De Vacinação Contra A covid-19. CONASS. [S.l.], 05 dic. 2020. Disponible en: <https://www.conass.org.br/nota-conjunta-conass-conasems-campanha-nacional-de-vacinacao-contr-a-covid-19/>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 59 MARINELLI, Isabella. Epidemiologista Ethel Maciel fala dos desafios da vacinação no Brasil. Claudia Saúde e Bem-Estar. [S.l.], 14 ene. 2021. Disponible en: <https://claudia.abril.com.br/saude/vacina-entrevista-ethel-maciel/?fbclid=IwAR2psucTyvevuyT6t6DGu7837o--rZxbo1FXUoul-yYRvr0Q2D1SU1ARhBI>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 60 BENITES, Afonso; JUCÁ, Carlos Lula, presidente do CONASS: “Nosso trabalho na vacinação é desconstruir o imaginário social de que o que vem da China é ruim”. El País Brasil. Brasília e São Paulo, 10 ene. 2021. Disponible en: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-01-10/nosso-trabalho-na-vacinacao-e-desconstruir-o-imaginario-de-que-o-que-vem-da-china-e-ruim.html>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 61 Ibidem.
- 62 Disponible en: <http://www.consorcionordeste-ne.com.br/o-consorcio/>
- 63 Disponible en: <https://www.poder360.com.br/coronavirus/consorcio-nordeste-anuncia-suspensao-da-compra-da-vacina-sputnik-v/>
- 64 MARINELLI, Isabella. Epidemiologista Ethel Maciel fala dos desafios da vacinação no Brasil. Claudia Saúde e Bem-Estar. [S.l.], 14 ene. 2021. Disponible en: <https://claudia.abril.com.br/saude/vacina-entrevista-ethel-maciel/?fbclid=IwAR2psucTyvevuyT6t6DGu7837o--rZxbo1FXUoul-yYRvr0Q2D1SU1ARhBI>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 65 PASSARINHO, Nathalia. 3 erros que levaram à falta de vacinas contra covid-19 no Brasil. BBC News Brasil, Londres, 23 feb. 2021. Disponible en: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56160026>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 66 COCA-COLA e Ambev fazem doações para ajudar Porto Alegre no enfrentamento da pandemia. Jornal do Comércio, Porto Alegre, 28 oct. 2022. Disponible en: [https://www.jornaldocomercio.com/\\_conteudo/galeria\\_de\\_imagens/2021/03/785192-coca-cola-e-ambev-fazem-doacoes-para-ajudar-porto-alegre-no-enfrentamento-da-pandemia.html](https://www.jornaldocomercio.com/_conteudo/galeria_de_imagens/2021/03/785192-coca-cola-e-ambev-fazem-doacoes-para-ajudar-porto-alegre-no-enfrentamento-da-pandemia.html). Visitado el: 27 oct. 2022.
- 67 Disponible en: <https://www.unidospelavacina.org.br/>
- 68 GRUPO CCR doa R\$ 3 milhões ao Movimento Unidos Pela Vacina. CCR Metrô. [S.l.], 21 feb. 2022. Disponible en: <https://www.ccrmetrobahia.com.br/not%C3%ADcias/grupo-ccr-doa-r-3-milh%C3%B5es-ao-movimento-unidos-pela-vacina/>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 69 Disponible en: <https://static.poder360.com.br/2021/04/vacina-municipios-lovomotiva-unidos-abr2021.pdf>
- 70 SOUZA, Renato. “Muito estranho”, diz pesquisadora sobre plano sem data para vacinação. Correio Braziliense, [S.l.], 13 dic. 2020. Disponible en: <https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2020/12/4894693-muito-estranho-diz-pesquisadora-sobre-plano-sem-data-para-vacinacao.html>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 71 PASSARINHO, Nathalia. 3 erros que levaram à falta de vacinas contra covid-19 no Brasil. BBC News Brasil, Londres, 23 feb. 2021. Disponible en: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56160026>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 72 GODOY, Miguel Gualano de, SANTANA, Carolina Ribeiro e OLIVEIRA, Lucas Cravo de STF, povos indígenas e Sala de Situação: diálogo ilusório. Revista Direito e Práxis [online]. 2021, v. 12, n. 03, pp. 2174-2205.
- 73 Apib recorre ao STF para garantir vacinação de indígenas. APIB. 29 jan. 2021. Disponible en <https://apiboficial.org/2021/01/29/apib-recorre-ao-stf-para-garantir-vacinacao-de-indigenas/>
- 74 VALENTE, Rubens. Governo retirou dois grupos das prioridades para vacina, indica relatório. UOL Notícias, [S.l.], 04 dic. 2020. Disponible en: <https://noticias.uol.com.br/colunas/rubens-valente/2020/12/04/ministerio-da-saude-programa-vacinacao-covid-19.htm>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 75 PIGATTO, Fernando; MOREIRA, Marcelo Rasga; SOUTO, Kátia Maria Barreto. Entrevista com Fernando Pigatto – Presidente do Conselho Nacional de Saúde (25/06/2021). SciELO Preprints. 07 mar. 2022. Ahead of print. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3731>. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3731/6926>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 76 SÃO PAULO. Prefeitura de Pitangueiras. Relação de comorbidades definidas pelo ministério da saúde para vacinação da Covid-19. Portal Prefeitura de Pitangueiras, [S.l.], mayo, 2021. Disponible en: <https://pitangueiras.sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/05/Relacao-de-comorbidades-definidas-pelo-ministerio-da-saude-para-vacinacao-da-Covid.pdf>. Visitado el: 09 nov. 2022.
- 77 NEVES, Úrsula. Doenças mais comuns da população negra. Portal PEBMED, 27 oct. 2021. Disponible en: <https://pebmed.com.br/doencas-mais-comuns-da-populacao-negra/>. Visitado el: 09 nov. 2022.

- 78 PASSARINHO, Nathalia. 3 erros que levaram à falta de vacinas contra covid-19 no Brasil. BBC News Brasil, Londres, 23 feb. 2021. Disponible en: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56160026>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 79 NOTA TÉCNICA Nº 4. A vacinação contra COVID-19 no Brasil. Por Ethel Maciel, Carla Domingues, Ligia Kerr, Denise Garrett, Michelle Fernandez e Margareth Dalcolmo. s/d. Disponible en: <https://mulherescientistas.org/wp-content/uploads/2021/05/Nota-Tecnica-4-Vacinacao.pdf>
- 80 LEMOS, Andrey; FALCÃO E SÁ, Jean; CAVELLEIRE, Silvinha; RODRIGUES, Theodoro. Pandemia, LGTBfobia e os impactos das negligências do Estado para esta população. CNS, mar. 2021. Disponible en: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1640-artigo-pandemia-lgbtfofia-e-os-impactos-das-negligencias-do-estado-para-esta-populacao>
- 81 Médico sanitaria, asesor técnico del CONASEMS (Núcleo de Promoción y Vigilancia).
- 82 PREFEITURA do Recife leva mutirão de vacinação para 11 localidades neste fim de semana. Prefeitura do Recife, Recife, 21 oct. 2022. Disponible en: <https://www2.recife.pe.gov.br/noticias/21/10/2022/prefeitura-do-recife-leva-mutirao-de-vacinacao-para-11-localidades-neste-fim-de>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 83 Arraial da vacinação é instalado no IPem para atualizar esquema vacinal de crianças e idosos contra covid-19. [S.l.], 26 jun. 2022. Disponible en: <https://www.saude.ma.gov.br/destaques/arraial-da-vacinacao-e-instalado-no-ipem-para-atualizar-esquema-vacinal-de-criancas-e-idosos-contra-covid-19/>. Visitado el : 27 oct. 2022.
- 84 LACERDA, Victor; SIMÕES, Nataly. Cidade com maior população quilombola do país está 100% vacinada contra a covid-19. Alma Preta, [S.l.], 21 jun. 2021. Disponible en: <https://almapreta.com/sessao/cotidiano/cidade-que-abriga-a-maior-populacao-quilombola-do-pais-esta-100-vacinada>. Visitado el : 27 oct. 2022.
- 85 DE PAULA, Giovana. Vulnerabilidade social e dificuldade de acesso: como está sendo a vacinação em comunidades quilombolas? CONASEMS, [S.l.], 15 oct. 2021. Disponible en: <https://www.conasems.org.br/vulnerabilidade-social-e-dificuldade-de-acesso-como-esta-sendo-a-vacinacao-em-comunidades-quilombolas/>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 86 Disponible en: <https://static.poder360.com.br/2021/04/vacina-municipios-lovomotiva-unidos-abr2021.pdf>
- 87 SANTOS, Márcia Pereira Alves dos; NERY, Joilda Silva; GOES, Emmanuelle Freitas; SILVA, Alexandre da; SANTOS, Andreia Beatriz Silva dos; BATISTA, Luís Eduardo; ARAÚJO, Edna Maria de. População negra e covid-19: reflexões sobre racismo saúde. ESTUDOS AVANÇADOS 34 (99), [S.l.], 2020. Disponible en: <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/173383/162577>. Visitado el : 27 oct. 2022.
- 88 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 344, DE 1º DE FEVEREIRO DE 2017. Brasília, 2017. Disponible en: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344\\_01\\_02\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html). Visitado el: 09 nov. 2022.
- 89 SANTOS, Márcia Pereira Alves dos. Os negros nas listas de óbitos e os últimos na fila da imunização. Carta Capital. [S.l.], 01 abr. 2021. Disponible en: <https://www.cartacapital.com.br/opiniao/os-negros-nas-listas-de-obitos-e-os-ultimos-na-fila-da-imunizacao/>. Visitado el: 09 nov. 2022.
- 90 ROSÁRIO, Fernanda; SIMÕES, Nataly. Como o racismo estrutural dificulta o acesso dos quilombolas à saúde? Alma Preta, [S.l.], 30 dic. 2021. Disponible en: <https://almapreta.com/sessao/cotidiano/como-o-racismo-estrutural-dificulta-o-acesso-dos-quilombolas-a-saude>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 91 SOUZA, Alice de. Líderes quilombolas viram influencers para a vacinação contra a covid-19. #Colabora, [S.l.], 23 mar. 2022. Disponible en: <https://projecolabora.com.br/ods11/lideres-quilombolas-viram-influencers-para-a-vacinacao-contra-covid-19/>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 92 VACINÔMETRO Quilombola - 1ª Edição. Terra de Direitos, [S.l.], 06 ago. 2021. Disponible en: <https://terradedireitos.org.br/acervo/publicacoes/boletins/49/vacinometro-quilombola-1-edicao/23647>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 93 SOUZA, Alice de. Líderes quilombolas viram influencers para a vacinação contra a covid-19. #Colabora, [S.l.], 23 mar. 2022. Disponible en: <https://projecolabora.com.br/ods11/lideres-quilombolas-viram-influencers-para-a-vacinacao-contra-covid-19/>. Visitado el: 27 oct. 2022.
- 94 AITH, Fernando. Gestão de estoques de insumos no Ministério da Saúde revela má execução de políticas nacionais. Jornal da USP - Entrevista à Rádio USP, São Paulo, 06 jul. 2022. Disponible en: <https://jornal.usp.br/atualidades/gestao-de-estoques-de-insumos-no-ministerio-da-saude-revela-ma-execucao-de-politicas-nacionais>. Visitado el: 24 oct. 2022.
- 95 SANTOS, Lenir. Vacina: direito coletivo fundamental. Portal Jota, replicado no Instituto de Direito Sanitário Aplicado, [S.l.], 09 feb. 2021. Disponible en: <http://idisa.org.br/noticias/vacina-direito-coletivo-fundamental?lang=pt>. Visitado el: 13 sep. 2022.



**OXFAM**  
Brasil

**OXFAM BRASIL**

Avenida Pedroso de Moraes, 272 - 8º andar  
Pinheiros - São Paulo - SP - Brasil - CEP 05420-000  
(11) 3811-0400

**[WWW.OXFAM.ORG.BR](http://WWW.OXFAM.ORG.BR)**



[/oxfambrasil](#)