# Monitoreo de la vacunación contra la COVID-19 en Guatemala, Honduras y El Salvador

Análisis regional sobre los programas nacionales de vacunación

# Créditos

## Autores

**Isabel Reyes**
Investigadora junior de Diálogos
Licenciada en Ciencias Políticas con especialización en Políticas Públicas, egresada de la Universidad Francisco Marroquín.

**Kevin Martínez-Folgar**
Epidemiólogo
Médico epidemiólogo y estudia un doctorado en epidemiología en Drexel University (EEUU).

## Supervisión

**Walter Corzo**
Director Ejecutivo, Diálogos

**Carlos Mendoza**
Coordinador Académico, Diálogos

**Marco Robles**
Análisis y visualización de datos, Diálogos

## Edición

**Gabriel Woltke**
Editor

## Diseño

**Mayarí Prado**
Coordinadora de Comunicación, Diálogos

**Gabriela Morales**
Diseño y diagramación

**Asociación Civil Diálogos**
0 calle 16-26 zona 15 Colonia El Maestro
Ciudad de Guatemala, Guatemala
www.dialogos.org.gt
@dialogosguate

Junio 2022

Este documento ha sido elaborado por Diálogos. El análisis y las opiniones contenidas en este documento pertenecen exclusivamente a Diálogos. Cualquier comentario u observación sobre esta publicación puede ser enviada al correo electrónico: info@dialogos.org.gt

Cualquier parte de esta publicación puede reproducirse total o parcialmente, sin permiso expreso del Diálogos, siempre y cuando se reconozca el crédito y las copias se distribuyan gratuitamente. Cualquier reproducción comercial requiere previo permiso escrito de Diálogos solicitado a: comunicacion@dialogos.org.gt

Diálogos promueve la comunicación inclusiva y el lenguaje no sexista. En el presente documento puede estar presente el uso del genérico masculino para referirse a hombres y mujeres en su diversidad, el cual no pretende discriminar por sexo o identidades de género.

Centroamérica hace frente a la COVID-19 en un contexto social, político y económico sumamente complejo y las autoridades nacionales de salud pública han percibido fuertes demandas por implementar programas de vacunación que respondan a la magnitud de la pandemia. Para continuar los esfuerzos por generar evidencia oportuna para la toma de decisiones, Diálogos desarrolló un monitoreo regional sobre el panorama de inmunización en Guatemala, Honduras y El Salvador.

Este documento presenta un diagnóstico sobre el diseño y avance de las campañas de vacunación, así como algunas consideraciones que permitan a los tres procesos alcanzar una implementación más efectiva, accesible y transparente.

Con este esfuerzo se busca fortalecer la construcción de políticas basadas en evidencia que además respondan a un acceso equitativo y universal de la vacuna contra la COVID-19.

# Análisis regional sobre los programas de vacunación

Desde el inicio de la pandemia en el año 2020, se registraron al menos 6 millones de muertes en todo el mundo. Múltiples estrategias han sido establecidas para evitar la progresión del virus SARS-CoV-2 en la población y entre ellas la más prometedora es la vacunación. Al igual que muchas otras tecnologías, la distribución de la vacuna siguió un patrón basado en la distribución de recursos, y quedó sujeta a la burocracia estatal y la disponibilidad en mercados internacionales.

Esto ocasionó múltiples retos en la población centroamericana, particularmente ante la llegada de nuevas variantes del virus. La vacunación es un tema de interés mundial, y aunque el ritmo de su implementación varió en cada caso, los países de mayores ingresos son los que tienen un mayor acceso a vacunas de manera temprana. Actualmente existen dificultades en la distribución oportuna de la vacuna entre países, pero es importante analizar las diferencias contextuales de cada país, en donde las dinámicas políticas, culturales, sociales, étnicas y económicas moldearon la gestión y distribución de recursos y vacunas.

A más de un año después de su inicio, los programas nacionales de vacunación en Guatemala y Honduras apenas empiezan a cobrar fuerza, pues evidenciaron un fuerte rezago en la velocidad de distribución de la vacuna. Esto se debe en gran medida a fallas estructurales identificadas en la fase de diseño y a una latente ambigüedad en la administración de recursos.

El proceso de vacunación agravó las brechas de desigualdad a pesar de su supuesta gratuidad y universalidad. De esta cuenta fueron favorecidos sectores urbanos, hispanohablantes y con los recursos necesarios para acceder a electricidad e internet. Mientras tanto la evidencia demuestra que los grupos marginalizados, pese a enfrentar una carga desigual de mortalidad y enfermedad, tuvieron menos posibilidades de acceder a la vacunación de manera oportuna. Por otro lado, aunque El Salvador mantiene tasas de vacunación más altas, aún existen problemas en la implementación de la campaña, como la falta de acceso a información pública y la opacidad que rige su dirección política.

Durante la planificación de la campaña de vacunación en Guatemala, Honduras y El Salvador se observó unilateralidad en la toma de decisiones y bajos niveles de cooperación entre las autoridades de gobierno y otros actores. Esto se muestra en los tres países desde diferentes ángulos. En primera instancia, Guatemala presentó una mayor diversidad en la composición de integrantes en las mesas de diálogo, sin embargo esto no se traduce en la implementación equitativa de la vacuna pues hay brechas que persisten a lo largo del proceso. El Salvador evidenció una fuerte exclusión en el proceso de planificación e implementación, del cual se tiene poca información y se rigió bajo criterios desconocidos. Finalmente, en Honduras se identificaron intenciones por adquirir una mirada local en el proceso de difusión y socialización de la vacuna, esta planificación no se ha implementado y dejó fuera a las autoridades locales.

Después de dos años, la complejidad de la COVID-19 derivada del surgimiento de nuevas cepas propició un contexto epidemiológico preocupante en los tres países, en donde aún es necesario profundizar en el estudio de los factores contextuales que afectan el ritmo de vacunación. También es crucial promover estrategias diferenciadas que permitan una mayor equidad en la distribución de la vacuna. Esto permitirá disminuir la carga de morbilidad y mortalidad, para así evitar el desarrollo de nuevas cepas que se escapen de los efectos protectores de la vacuna actual.

# I. Gestión de la pandemia en Guatemala, Honduras y El Salvador

En marzo de 2020, con una diferencia de algunos días, fueron detectados los primeros casos de COVID-19 en Guatemala, Honduras y El Salvador. Posteriormente, se tomaron múltiples medidas de contención y mitigación para evitar la progresión y efectos del virus en la comunidad. Entre ellas, los tres países optaron por las intervenciones no farmacológicas (ej. uso de mascarillas, distanciamiento social, lavado de manos, etc.) que son parte de la estrategia mundial contra la enfermedad.

En diciembre del 2020 fueron aprobadas las primeras vacunas contra la COVID-19, con lo cual se esperaba disminuir la carga de mortalidad y morbilidad y facilitar el regreso a cierta normalidad. Sin embargo, diferentes factores moldearon el acceso y distribución de la vacuna, impidiendo alcanzar esta meta. Actualmente se contabilizan al menos 17,000, 10,000 y 4,000 personas fallecidas de manera directa por COVID-19 en Guatemala, Honduras y El Salvador.[1] Es importante señalar que los números individuales de fallecimientos no son del todo comparables pues existen asimetrías en el número de pruebas realizadas y en el acceso a una red de atención en salud.

Inicialmente las vacunas contra la COVID-19 fueron distribuidas en países de altos ingresos, por lo que, como respuesta a esta distribución desigual, se creó el Fondo de Acceso Global para Vacunas COVID-19, del cual Guatemala, Honduras y El Salvador forman parte. Durante el primer trimestre del 2021, estos países priorizaron el limitado suministro de vacunas a la inmunización del personal médico de primera línea. La mayoría de estas vacunas se aplicaron con un período de al menos 21 días de diferencia entre cada dosis, y posteriormente se recomendó una tercera dosis como refuerzo. Estas disposiciones incrementaron la necesidad de adquisición e implementación masiva de dosis.

1 Tablero COVID-19 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en Guatemala, Portal de Vacunas Abiertas de la Asociación para una Sociedad Más Justa (ASJ) en Honduras y el Gobierno de El Salvador.

## ¿Cuál es la situación epidemiológica actual?

Fechas de corte: Guatemala (03/05/2022) Honduras (01/04/2022) El Salvador (11/05/2022)

| País | Casos Activos | Casos Acumulados | Casos Fallecidos |
|---|---|---|---|
| Guatemala | 2,314 | 844,059 | 17,538 |
| El Salvador | 7,298 | 162,089 | 4,129 |
| Honduras | 1,201 | 423,101 | 10,893 |

Fuente: Tablero de Disparidades de Diálogos en Guatemala, el Portal de Vacunas Abiertas de la Asociación para una Sociedad Más Justa (ASJ) en Honduras y el Ministerio de Salud de El Salvador

## ¿Cómo avanza la vacunación?

Fechas de corte: Guatemala (03/05/2022) Honduras (01/04/2022) El Salvador (11/05/2022)

| País | Primera dosis | Segunda dosis | Tercera dosis |
|---|---|---|---|
| Guatemala | 8,194,955 | 6,172,158 | 2,709,887 |
| El Salvador | 4,579,500 | 4,284,836 | 1,597,387 |
| Honduras | 5,253,625 | 4,577,509 | 2,045,017 |

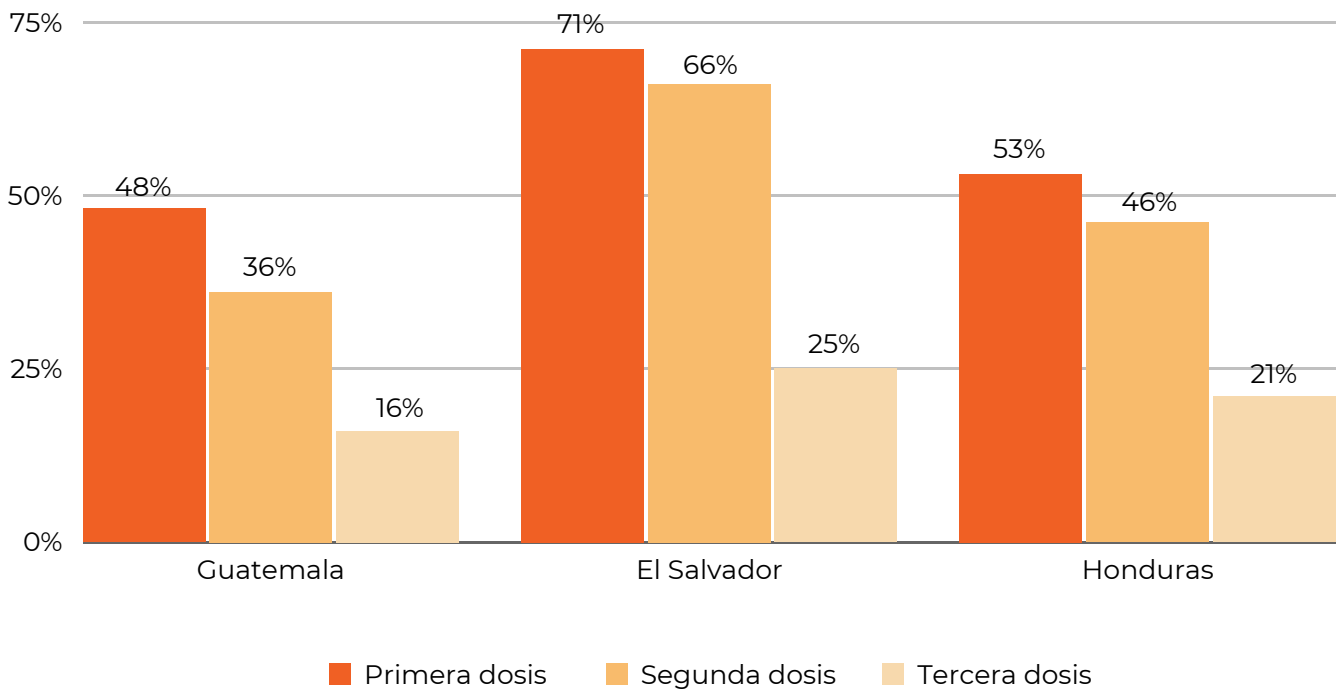
| País | Total dosis | Población con esquema completo |
|---|---|---|
| Guatemala | 17,077,000 | 35.86% |
| El Salvador | 10,680,432 | 66.27% |
| Honduras | 11,876,151 | 48.82% |

Fuente: Tablero de Disparidades de Diálogos en Guatemala, el Portal de Vacunas Abiertas de la Asociación para una Sociedad Más Justa (ASJ) en Honduras y el Ministerio de Salud de El Salvador

La efectividad de las vacunas se distribuye en dos niveles: a nivel individual y a nivel poblacional. El primero limita la progresión de la enfermedad y por lo tanto evita la mortalidad del individuo. El segundo es el efecto poblacional, en donde existe una posibilidad de extinguir la epidemia al alcanzar el número suficiente de personas vacunadas, pues se corta la transmisión del virus de persona a persona. La meta es alcanzar una inmunidad de rebaño que permita romper las cadenas de transmisión, brindando a la población una protección generalizada por encima de los efectos individuales. Por ello, es importante garantizar equidad en la distribución de vacuna y alcanzar a la mayoría de la población, **priorizando a las poblaciones vulnerables para maximizar los efectos individuales mientras se alcanza la inmunidad de rebaño**.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó una meta no menor del 40% de la población con esquema completo para finales del 2021. De acuerdo con datos oficiales, El Salvador alcanzó un 66.27% de su población vacunada con al menos dos dosis, seguido por Honduras con un 48.82% de población vacunada. En el caso de Guatemala, cercanos al cierre del primer semestre del 2022 se cuenta únicamente con un 35.86% de personas con las dos dosis de vacuna, que hasta ese momento eran la totalidad del esquema. Sin embargo, debido a la necesidad de contar con una tercera dosis, el porcentaje es aún menor.

## Figura 1: Porcentaje de población vacunada por dosis




Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, el Ministerio de Salud de El Salvador y la Secretaría de Salud de Honduras.

La definición de *esquema completo* para la vacuna contra la COVID-19 ha cambiado. Inicialmente, la mayor parte de vacunas distribuidas en la región requerían dos dosis para completar su esquema, ahora se reconoce la necesidad de una tercera dosis para fortalecer el sistema inmune ante un contexto de nuevas variantes.

Guatemala y Honduras poseen las menores tasas de implementación de dosis de refuerzo[2], principalmente por la lentitud en la administración del esquema inicial que creó un problema en el flujo del proceso de vacunación. En este momento es imposible concebir una protección altamente efectiva, principalmente con poblaciones vulnerables, sin el aumento de esquemas completos y dosis de refuerzo priorizadas por factores de riesgo como sistemas inmunitarios comprometidos, ocupación laboral y edad de la persona. En contraste, El Salvador refleja grandes avances en la fase de implementación, pues fue el primero de los tres países en implementar una cuarta dosis.[3] Se enfocaron inicialmente en personas con alto riesgo y recientemente habilitaron su administración a toda la población nacional y extranjera para acumular un total de 185,267 personas vacunadas con una segunda dosis de refuerzo. Aunque Honduras ya implementa una cuarta dosis, no existen datos para confirmar el alcance de la vacunación en el país.

2 AS/COA, "Cronología: Rastreando el camino hacia la vacunación en América Latina".

3 Presidencia de El Salvador, “Salvador es el primer país en poner a disposición de extranjeros la cuarta dosis de la vacuna anti-COVID-19” .

# II. Diseño del Plan de Vacunación

Antes de importar o fabricar vacunas a nivel nacional o regional, es necesario contar con un sistema regulatorio que garantice la efectividad y seguridad de los bioactivos. Para ello, se debe fortalecer la arquitectura institucional con comités revisores de ensayos clínicos y comités de ética independientes, de forma que se establezcan reglas que garanticen la calidad, seguridad y eficacia en las adquisiciones de vacunas. Crear los reglamentos y regulaciones dentro de un marco de colaboración es importante para dotar al sistema regulatorio de flexibilidad y mecanismos para la admisión del reconocimiento de nuevas posibilidades en el marco del desarrollo científico y tecnológico.

A pesar de sus devastadores efectos, la COVID-19 creó un panorama sanitario lleno de oportunidades para la consolidación de espacios de colaboración; estas oportunidades no fueron necesariamente aprovechadas. En la Tabla 1 se observan los equipos técnicos que tuvieron participación directa en el diseño del plan por cada uno de los países. En Guatemala, esta planificación fue realizada por el Comité de Coordinación Nacional para la Vacunación contra COVID-19 (CNVCOVID-19), a través del Acuerdo Ministerial N° 0262-2020. En él se integraron mesas de trabajo interdisciplinarias coordinadas por personal técnico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y participaron representantes de diversas instituciones, dentro de las cuales subyace la participación primaria de instituciones de gobierno y organizaciones internacionales.

En Honduras, se llevó a cabo la formación de un Equipo de Integración Nacional (EIN) encargado de la elaboración del plan y coordinado mayoritariamente por unidades y dependencias de la Secretaría de Salud, a esto se añadió la participación de organizaciones internacionales y otras instituciones de gobierno. Luego de su elaboración, la revisión estuvo a cargo del Consejo Consultivo Nacional de Inmunizaciones (CCNI), con el apoyo técnico de un grupo de profesionales que participaron en calidad de representación personal.

En El Salvador, la opacidad y falta de información sobre el diseño del plan de vacunación impidió conocer con precisión a las autoridades que se han encargado de la gestión de la pandemia en todas sus fases. El Índice de Información Reservada del Ministerio de Salud,[4] actualizado el pasado 11 de marzo del 2021 en su sitio de transparencia, señala que la información relativa al Plan Nacional de Despliegue de Vacunación contra SARS-COV-2 se encontrará bajo reserva por los próximos tres años, basando su límite de acceso a información en la Ley de Acceso a Información Pública, Art. 19 literal d: “Es información reservada: la que ponga en peligro evidente la vida, la seguridad o la salud de cualquier persona”.[5] La misma ley salvadoreña establece que estas restricciones deben ser justificadas pero hasta ahora no existe una argumentación oficial que explique cómo la reserva de información pública evita poner en riesgo la vida, seguridad o salud de cualquier persona.

4 Índice de Información Reservada del Ministerio de Salud en El Salvador.
5 “Ley de Acceso a la Información Pública", Asamblea legislativa de la República del Salvador.

## Tabla 1: Autoridades involucradas en la elaboración del plan nacional de vacunación

| | Guatemala<br>Comité de Coordinación Nacional para la Vacunación contra COVID-19 (CNVCOVID-19) | Honduras<br>Equipo de Integración Nacional (EIN) | El Salvador |
|---|---|---|---|
| Dirección | Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) | Secretaría de Salud (SESAL) | Información reservada por ley |
| Subdirección | Comisión Presidencial COVID-19 (COPRECOVID) | Secretaría de Salud (SESAL)<br>Proyectos de Inversión | |
| Conducción Técnica | Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) | Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) | |
| Autoridades Involucradas | 1. Comisión Nacional de Prácticas de Inmunizaciones (CONAPI)<br>2. Programa Nacional de Inmunizaciones<br>3. Unidad de Pueblos Indígenas e Interculturalidad<br>4. Hospital General San Juan de Dios<br>5. Servicio de Sanidad Militar<br>6. Organización Panamericana de la Salud (OPS)<br>7. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)<br>8. Fundación para el Desarrollo (FUNDESA)<br>9. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)<br>10. Agencia Internacional para el Desarrollo (USAID) | 1. Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) - SESAL<br>2. Desarrollo de Recursos Humanos - SESAL<br>3. Departamento de Servicios de Primer Nivel de Atención - SESAL<br>4. Coordinación nacional Cadena de Frío - SESAL<br>5. Unidad de Vigilancia de la Salud - SESAL<br>6. Unidad de Planeamiento de Evaluación de la Gestión - SESAL<br>7. Unidad de Comunicación Institucional - SESAL<br>8. Departamento de Atención a las Personas -SESAL<br>9. Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA)<br>10. Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)<br>11. Almacén Nacional de Biológicos<br>12. Organización Panamericana de la Salud (OPS)<br>13. Organización Mundial de la Salud (OMS)<br>14. Proyecto Gavi-DGRISS<br>15. Consejo Consultivo Nacional de Inmunizaciones (CCNI)<br>16. Profesionales individuales | |

Fuente: Elaboración propia con datos de los planes nacionales de vacunación de la Secretaría de Salud en Honduras y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de Guatemala.

En los tres casos se observa una tendencia a la integración mayoritaria de instituciones públicas y organizaciones internacionales, más no se adoptó un enfoque multiactoral que trascendiera del sector gobierno y permitiera que distintos grupos participaran en los espacios de creación de los planes. Esto implica la inclusión, a través de metodologías participativas, de otros sectores como representantes de los pueblos originarios, sociedad civil, medios de comunicación, sector educativo, entre otros. En este sentido, es posible afirmar que tanto Guatemala como Honduras buscaban descentralizar sus marcos de planificación pero lo abordaron de una forma excluyente pues se mantuvieron en una línea unisectorial. Esto se reflejó en una planificación homogénea que terminó sesgando la implementación de la vacuna a una sola realidad.

La Organización Mundial de la Salud establece algunas métricas para valorar el diseño de estrategias de vacunación,[6] en donde resalta la importancia de incorporar el contexto local como una directriz en la priorización de vacunas. Esto implica matizar el diseño de acuerdo con el contexto social y económico de cada país. Ante un suministro limitado de vacunas en el período inicial de vacunación, los tres países diseñaron la priorización por medio de fases de vacunación de acuerdo a criterios de vulnerabilidad y susceptibilidad. Inicialmente se buscó reducir la carga de morbilidad y mortalidad, considerando el comportamiento epidemiológico de la COVID-19 y priorizando a aquellas poblaciones que tuvieran un mayor riesgo de contraer la enfermedad y fallecer a causa de ella.

Guatemala dividió su priorización en cuatro fases con sus respectivas sub-fases.[7] Se consideró un diseño a partir de cuatro criterios: la incidencia de letalidad, el impacto socioeconómico, la preservación del sistema de salud y la reducción de transmisibilidad de la enfermedad.

*En los tres casos se observa una tendencia a la integración mayoritaria de instituciones públicas y organizaciones internacionales, más no se adoptó un enfoque multiactoral que trascendiera del sector gobierno y permitiera que distintos grupos participaran en los espacios de creación de los planes*

6 Hoja de ruta del SAGE de la OMS para el establecimiento de prioridades en el uso de vacunas contra la COVID-19 en un contexto de suministros limitados: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/sage/covid/sage-prioritization-roadmap-covid19- accines-es.pdf?sfvrsn=bf227443_36&download=true

7 Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

| | |
|---|---|
| FASE 1 | Se dividió en seis subfases que priorizaron: grupos conformados por trabajadores de establecimientos asistenciales de salud que atendían a pacientes de COVID-19, trabajadores comunitarios de apoyo, estudiantes de ciencias de la salud y afines que realizan prácticas asistenciales en establecimientos de salud, cuerpos de socorro y personal que labora en instituciones de adultos mayores, personas internadas en hogares o instituciones de adultos mayores y trabajadores administrativos del sector salud. |
| FASE 2 | Se dividió en cinco subfases que priorizaron: grupos conformados por adultos de 70+ años, adultos de 60-69 años, adultos de 50-59 años, adultos de 18-49 años con condiciones médicas demostrables y trabajadores del sistema de educación nacional. |
| FASE 3 | Se dividió en cinco subfases que priorizaron: grupos conformados por trabajadores del sistema de seguridad nacional, trabajadores registrados en las municipalidades y entidades que prestan servicios esenciales, autoridades y demás servidores públicos del Ministerio de Educación y trabajadores de las universidades del país, trabajadores del sistema de justicia y trabajadores del sector turismo. |
| FASE 4 | Se dividió en dos subfases que priorizaron: grupos conformados por personas de 40-49 años sin comorbilidades y personas de 18-39 años sin comorbilidades. |

Pese a que el Plan Nacional de Despliegue de Vacunación en El Salvador es parte de la información reservada por ley, existe cierta documentación oficial pública sobre las principales fases de priorización.[8] El Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI) profundizó sobre esta misma línea[9], mostrando que la elaboración de fases se presentó de forma escalonada, presentando modificaciones para vacunar a grupos como la Policía Nacional Civil y las fuerzas armadas dentro del personal de primera línea.

| | |
|---|---|
| FASE 1 | Priorización del personal de primera línea, es decir, a los trabajadores de los sistemas que proveen los servicios básicos al resto de la población (personal médico, ejército y policía, personal docente). |
| FASE 2 | Priorización de los adultos mayores y las personas que padecen enfermedades crónicas que son consideradas de alto riesgo por condiciones médicas, el objetivo era la protección de grupos vulnerables. |
| FASE 3 | Priorización de personas entre los 18-54 años de edad, excluyendo a las mujeres embarazadas y a las personas menores de 18 años, de conformidad con las contraindicaciones existentes al momento. |
| FASE 4 | Apertura de vacunación masiva a personas mayores de 6 años nacionales y extranjeras. |

8 Lineamientos técnicos para la vacunación contra el SARS-CoV-2, Ministerio de Salud.

9 Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI) "Monitoreo de la vacunación contra el COVID-19 en El Salvador ¿Cómo va la vacunación en El Salvador, cuánto han costado y cuántas dosis falta por comprar para cubrir a toda la población objetivo?".

En Honduras se definieron tres fases con sus respectivas subfases de acuerdo con recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y la caracterización epidemiológica nacional.[10] Esta priorización respondió a tres criterios: protección de la integridad del sistema de salud, reducción de mortalidad y morbilidad severa vinculada a la COVID-19 en grupos vulnerables y reducción de la transmisibilidad de la enfermedad para continuidad en servicios básicos.

| | |
|---|---|
| FASE 1 | Grupos conformados por los trabajadores de la salud tanto públicos como no públicos. |
| FASE 2 | División en dos subfases: grupos conformados por los adultos mayores de 60 años, privados de libertad y estudiantes universitarios, y la población con comorbilidades y condiciones subyacentes. |
| FASE 3 | División en 3 subfases: grupos conformados por los trabajadores esenciales, personal específico y fundamental para el funcionamiento del Estado y personal que brinda servicios para fortalecer la capacidad productiva. |

Un rasgo común de los tres casos responde a los criterios de priorización, en donde se tiene por objetivo reducir la mortalidad, gravedad y transmisibilidad de los casos. Para ello, es muy importante considerar el planteamiento de grupos vulnerables, que toma en cuenta factores biológicos como la edad y condiciones médicas pero también sociales como la ocupación y contacto con posibles casos positivos. Esta concepción de vulnerabilidad deja por fuera elementos estructurales que históricamente han expuesto a otros grupos poblacionales a mayores riesgos derivados de las dinámicas sociales nacionales. Un ejemplo de ello fue la consideración de ocupación sin tomar en cuenta estratos socioeconómicos, en dónde se excluyó a grupos de menores estratos socioeconómicos gravemente afectados por morbilidad.

10 Plan Nacional de comunicación estratégica para la introducción de la vacuna contra la COVID-19 en Honduras, Secretaría de Salud (SESAL).

Las dinámicas de desigualdad en Guatemala, Honduras y El Salvador anteceden la pandemia, y catalizaron un impacto diferenciado en los efectos directos e indirectos de la pandemia y el acceso a tratamientos médicos de carácter preventivo y reactivo.

Para abordar las posibles disparidades de forma estructural y asegurar la salud como derecho humano de una forma equitativa, es necesario tomar en cuenta que tanto los efectos de la pandemia como el acceso a tratamientos médicos pueden estar sujetos, como lo expone Link & Phelan,[11] al conocimiento, dinero, prestigio y a las conexiones sociales de las personas, por lo que es necesario reconocer factores de riesgo asociados a la incidencia de pobreza, cobertura de servicios de salud, acceso a recursos como agua, electricidad e internet y predominancia étnica y lingüística.

Guatemala, Honduras y El Salvador implementaron la apertura de la vacunación masiva (con restricciones de edad según las recomendaciones de la OMS) una vez el suministro nacional de vacunas fue suficiente, pero la concepción de vulnerabilidad no fue redefinida en ninguno de los tres países, por lo que el ciclo de exclusión sistémica ha incrementado a la medida que las campañas de vacunación han avanzado.

11 Link & Phelan "Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications", Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20943581/

# III. Implementación del Plan de Vacunación

La urgencia social derivada de la pandemia convirtió la vacunación y atención hospitalaria en un asunto de prioridad nacional, por lo que el aumento del gasto en salud pública en Guatemala, Honduras y El Salvador era un fenómeno esperado. En la Figura 2 es posible observar el desglose, en dólares, de la inversión pública destinada a las adquisiciones bilaterales de vacunas por cada país.

En Guatemala se hizo una sola negociación para la adquisición bilateral de la vacuna Sputnik V por medio del contrato con el Fondo de Inversión Directa de Rusia (RDIF), en el cual se desembolsaron USD 79.6 millones correspondientes al 50% del pago de 16 millones de dosis. En julio del 2021 la lentitud en la entrega por parte de la empresa fabricante condujo a la renegociación del contrato, para así reducir la cantidad de dosis adquiridas a 8 millones, dado el desembolso anterior se considera que la totalidad de esta negociación ya estaría pagada. Esto liberó la disposición de fondos del presupuesto para poder llevar a cabo negociaciones con otros fabricantes y acelerar la llegada de vacunas con nuevos procesos de compra. La Figura 2 muestra que Guatemala es el país que menos recursos públicos destinó a la adquisición de vacunas, y esto se debe a que desde el primer contrato, lamentablemente no se ha hecho ninguna adquisición bilateral nueva.

En el caso hondureño, se identificaron negociaciones con tres fabricantes para la adquisición de Sputnik V, Pfizer y AstraZeneca. Estas vacunas componen un suministro de 10,951,607 de dosis, y aunque no son públicos todos los contratos, se estima que el gasto (sin considerar comisiones, logística o transporte), redondea los USD 228.2 millones.[12]

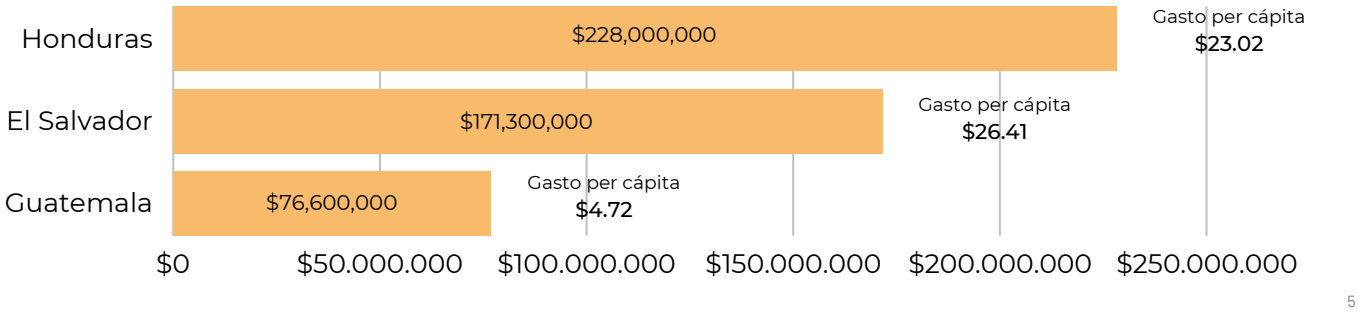
El Salvador llevó a cabo negociaciones para la adquisición bilateral de 4 vacunas: AstraZeneca, Pfizer-BioNTech, Sinopharm y Sinovac. Estos 4 tipos de vacunas componen una parte del suministro de 11.1 millones de dosis. Dado que existe una reserva de información legal que impide conocer con exactitud la inversión pública en vacunas, se estima que tomando en cuenta únicamente el costo de la vacuna (sin considerar comisiones, logística o transporte), el monto podría ascender a USD 171.3 millones, lo cual representa el 17% del presupuesto anual del Ministerio de Salud.[13] La falta de transparencia generó sospechas sobre la calidad del gasto público, pues la Fiscalía General de la República (FGR) llevó a cabo investigaciones en 20 instituciones del Ejecutivo por supuestas compras irregulares asociadas a la gestión de la pandemia.[14]

12 Fuente: Asociación para una Sociedad Más Justa (01 de abril 2022) “Portal de Vacunas Abiertas”.

13 Fuente: Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales, "Monitoreo de la vacunación contra el COVID-19 en El Salvador ¿Cómo va la vacunación en El Salvador, cuánto han costado y cuántas dosis falta por comprar para cubrir a toda la población objetivo?".

14 Fuente: Agencia EFE (2020) “Investigan en El Salvador 17 casos de supuestas compras irregulares por covid”.

## Figura 2: Gasto público destinado al financiamiento de acuerdos negociados bilateralmente entre los gobiernos de Guatemala, Honduras y El Salvador y fabricantes de vacunas [15]

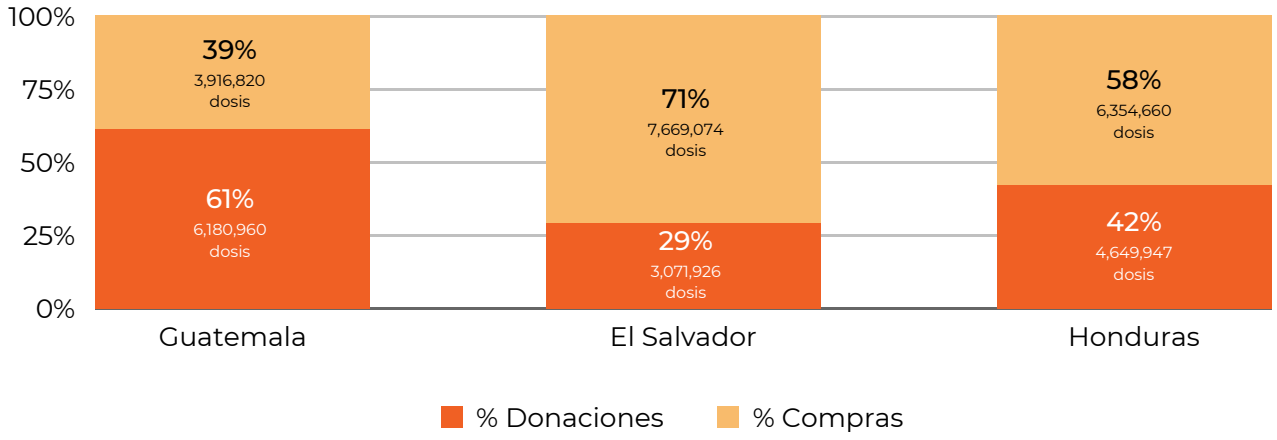



5

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en Guatemala, el Portal de Vacunas Abiertas de la Asociación para una Sociedad Más Justa (ASJ) en Honduras y el Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI) en El Salvador.

Los datos de adquisición bilateral y compras son insuficientes para conocer la naturaleza del suministro nacional, pues no se están considerando las donaciones de la comunidad internacional, que hasta el momento componen una parte significativa del total de vacunas disponibles en todos los países.

## Figura 3: Suministro nacional de vacunas en Guatemala, Honduras y El Salvador por tipo de adquisición [16]




Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en Guatemala, el Portal de Vacunas Abiertas de la Asociación para una Sociedad Más Justa (ASJ) en Honduras y el Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI) en El Salvador

15 Información posee las siguientes fechas de corte: Guatemala (24/03/2022) El Salvador (15/12/2021) y Honduras (01/04/2022).

16 Información posee las siguientes fechas de corte: Guatemala (24/03/2022) El Salvador (15/12/2021) y Honduras (01/04/2022).

Tal como se observa en la Figura 3, en Guatemala, al 24 de marzo del 2022, el suministro contaba con 10,097,780 de dosis, de las cuales 3,916,820 fueron aseguradas mediante un acuerdo bilateral y 6,180,960 fueron producto de donaciones de otros países, como Estados Unidos, India, El Salvador y España. Esto significa que el suministro de vacunas guatemaltecas ha sido dependiente de terceros en un 61.21% respecto a su total, pues únicamente el 38.79% de ellas son el resultado de acuerdos directos o indirectos de las autoridades de salud con fabricantes o mediante el mecanismo COVAX.

En El Salvador, para el 1 de diciembre del 2021, de un total de 10,741,000 vacunas, fueron adquiridas por la vía bilateral 7,669,074 y por medio de donaciones 3,071,926. Esto significa que el 28.60% de las vacunas fueron adquiridas por medio de donaciones, en comparación con el 71.40% de las vacunas que fueron adquiridas por compras directas o indirectas.

Finalmente, para el 25 de abril del 2022, en Honduras, de un total de 11,004,607 vacunas, fueron adquiridas por la vía bilateral 6,354,660 y por medio de donaciones 4,649,947. Esto significa que el 55.01% de las vacunas fueron adquiridas por medio de donaciones, en comparación con el 44.99% de las vacunas que fueron adquiridas por compras directas o indirectas.

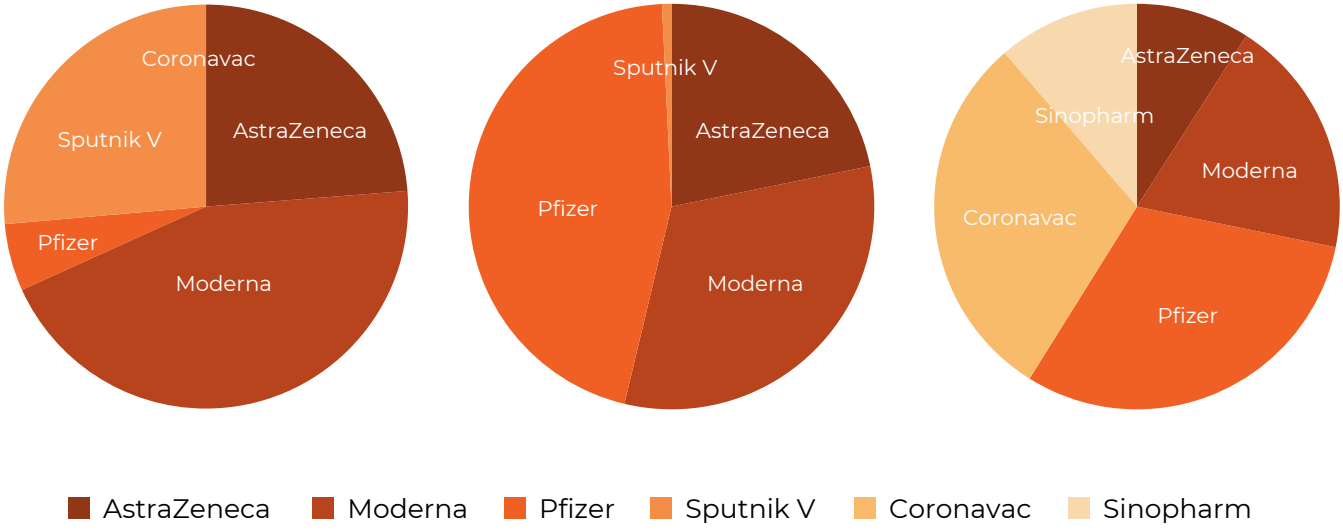
En relación al aprovisionamiento de las vacunas, es necesario considerar tanto los lotes ingresados por donaciones emitidas, como lotes ingresados por compras directas. En la Figura 4 se muestra un acercamiento a la composición del suministro de cada país por tipo de vacuna.

En Guatemala han ingresado 28 lotes, entre los cuales se contabilizan 2,400,700 dosis de AstraZeneca; 4,505,060 dosis de Moderna; 533,020 dosis de Pfizer; y 2,659,000 dosis de Sputnik V.[17] En Honduras han ingresado 93 lotes entre los cuales se contabilizan 2,404,069 dosis de AstraZeneca; 3,505,140 dosis de Moderna; 5,018,118 dosis de Pfizer; y 86,000 dosis de Sputnik V. En El Salvador han ingresado 42 lotes, entre los cuales se contabilizan 1,407,200 dosis de AstraZeneca; 3,000,200 dosis de Moderna; 4,779,180 dosis de Pfizer; 4,650,000 dosis de CoronaVac; y 1,768,000 dosis de Sinopharm.

*En relación al aprovisionamiento de las vacunas, es necesario considerar tanto los lotes ingresados por donaciones emitidas, como lotes ingresados por compras directas*

17 Fuente: solicitud de acceso a información pública al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con datos al 24 de marzo del 2022.

## Figura 4: Suministro de vacunas en Guatemala, Honduras y El Salvador de acuerdo a tipo de vacuna [18]




Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en Guatemala, el Portal de Vacunas Abiertas de la Asociación para una Sociedad Más Justa (ASJ) en Honduras y el Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI) en El Salvador.

La carrera mundial por la vacunación tuvo un fuerte impacto en los criterios de priorización de las empresas fabricantes, pues la alta demanda de vacunas impidió negociaciones bilaterales que no fueran con gobiernos y sus respectivas autoridades nacionales. En este caso, los marcos normativos de Guatemala y Honduras plantearon diferentes caminos. En Guatemala la adquisición de vacunas se coordinó estrictamente desde el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), en donde no se admitió la participación de terceros en los procesos de negociación y adquisición. Esto se tradujo en la producción de un único acuerdo bilateral que terminó modificándose debido a la lentitud en la entrega de lotes, la falta de cumplimiento de la empresa fabricante y la reducción de disponibilidad de vacunas en el país. De cara a esto, Honduras planteó una estrategia de inclusión de más sectores en este proceso, creando un convenio interinstitucional que permitiera la participación del sector privado para el financiamiento de las dosis. En este convenio tuvo participación la Secretaría de Salud, la Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA), el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el Consejo Hondureño de la Empresa Privada (COHEP).

Uno de los problemas más fuertes en el proceso de vacunación salvadoreño responde a la apertura institucional a liberar información relativa a la gestión de la pandemia. De acuerdo con el Índice de Información Reservada, con fecha de

18 Información posee las siguientes fechas de corte: Guatemala (24/03/2022) El Salvador (15/12/2021) y Honduras (01/04/2022).

actualización de 13 de septiembre del 2021, el Plan Nacional de Salud, con sus respectivos anexos se declaró como "información reservada por ley" por al menos 3 años. A esto se añaden otras reservas como toda la documentación generada por el Laboratorio Nacional de Salud Pública relativa a pruebas, el registro de cabinas de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención, los procesos de adquisición de vacunas contra el SARS-COV-2 de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones (UACI), e incluso el mismo Plan Nacional de Despliegue de Vacunación contra SARS-COV-2 del Ministerio de Salud. Esto impide conocer a profundidad los niveles de colaboración y coordinación en conjunto con otras instituciones.

El caso hondureño y guatemalteco evidencia una concentración en el aspecto técnico y logístico de la creación y distribución de funciones. Esto se concreta en las atribuciones definidas en los planes y sus respectivas adendas. En ellos, se reconocen responsabilidades por gestionar la preservación de la cadena de frío, el proceso de farmacovigilancia y el suministro de la vacuna en las redes de atención primaria. A pesar de cubrir esta área, no se incorporó un plan de acción institucional en conjunto con las autoridades locales, para llevar a cabo una implementación concertada y coordinada. Como consecuencia se generó un entorno de exclusión, en donde solo se establece grupos vulnerables desde el punto de vista médico, ignorando a aquellos grupos poblacionales sujetos a mayores riesgos derivados de las dinámicas sociales de carácter estructural, como poblaciones rurales, minorías étnicas, género y edad.

Tal es el caso en Guatemala, cuyos datos muestran que al 25 de abril del 2022, del total de 7,325,135 habitantes de áreas rurales se ha vacunado al 32.90%, mientras que del total de 9,888,419 habitantes de áreas urbanas se ha vacunado al 58.10%.

## Tabla 2: Brechas de vacunación entre poblaciones urbanas y rurales en Guatemala

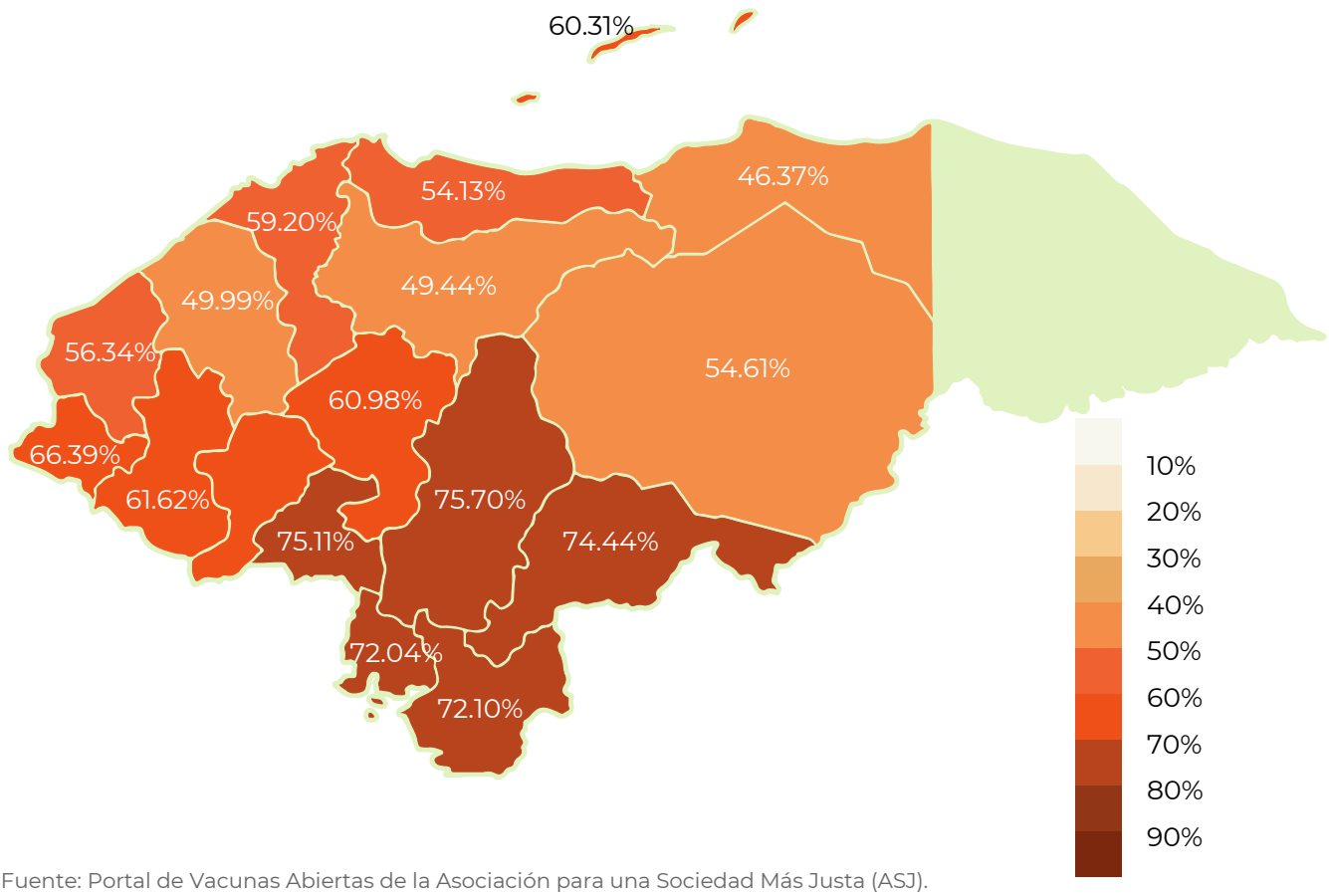
| | | Cantidad | Población | % |
|---|---|---|---|---|
| Rural | Mujer | 1,356,599 | 3,763,194 | 36.0% |
| | Hombre | 1,053,476 | 3,561,941 | 29.6% |
| | Total | 2,410,075 | 7,325,135 | 32.9% |
| Urbano | Mujer | 3,061,568 | 5,110,043 | 59.9% |
| | Hombre | 2,681,909 | 4,778,376 | 56.1% |
| | Total | 5,743,477 | 9,888,419 | 58.1% |

Fuente: Elaboración propia con fuentes de proyección del Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).[19]

19 Fuente: Diálogos Guatemala (25 de abril del 2022) "Tablero de Disparidades Urbano-Rural".

Honduras refuerza este argumento, puesto que los datos muestran que en el departamento de Francisco Morazán, donde se encuentra la capital Tegucigalpa, han vacunado al 75.70% de los habitantes, el porcentaje más alto a nivel nacional. Le siguen El Paraíso (74.44%), Choluteca (72.10%), Valle (72.04%) y La Paz (71.11%), todos estos son departamentos circundantes a Francisco Morazán. Por su parte, Colón (46.37%) y Gracias a Dios (17.08%), los departamentos más alejados a Francisco Morazán, presentan los porcentajes de vacunación más bajos a nivel nacional. La apertura de 298 centros de triaje y mecanismos de tratamiento hospitalario ambulatorio han reflejado la colaboración entre gobiernos municipales, sociedad civil y el sector salud para la atención y estabilización de pacientes de COVID-19 según gravedad de casos. Lamentablemente se han clausurado, por insuficiencia de recursos, 109 de 298 centros, reflejando una incapacidad por mantener los esfuerzos articulados. [20]

## Figura 5: Mapa con porcentajes de vacunación por departamento en Honduras[21]




Fuente: Portal de Vacunas Abiertas de la Asociación para una Sociedad Más Justa (ASJ).

20 Fuente: Contracorriente (2021) "Honduras cierra un tercio de los triajes y ralentiza la vacunación".

21 Fuente: Asociación para una Sociedad Más Justa (25 de abril 2022) "Portal de Vacunas Abiertas".

De acuerdo con el Índice de Información Reservada del Ministerio de Salud, la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención no liberará información sobre el registro de cabinas destinadas a la vacunación así como las dosis administradas en ellos, por al menos 3 años, por lo que El Salvador no dispone de datos desglosados de acuerdo al alcance de la vacuna en poblaciones urbanas y rurales. Sin embargo, se ha reportado la introducción de medidas para incrementar la cobertura de la vacuna en todas las áreas del país. Estas son el desarrollo de jornadas móviles de vacunación, y campañas de concentración en lugares de alto movimiento, como mercados.[22]

En cuanto a las disparidades étnicas, en Guatemala los datos muestran que al 25 de abril del 2022, del total de 8,346,120 personas cuyo idioma materno es el español, el 74% de la población ha sido vacunada, mientras que del total de 6,491,199 personas cuyo idioma materno es de origen maya, xinka o garífuna, el 27.6% de la población ha sido vacunada.

Respecto a las disparidades de género, en Guatemala los datos muestran que del total de 8,873,237 mujeres, el 48.7% de la población ha sido vacunada, mientras que del total de 8,340,317 hombres, el 43.78% de la población ha sido vacunada.

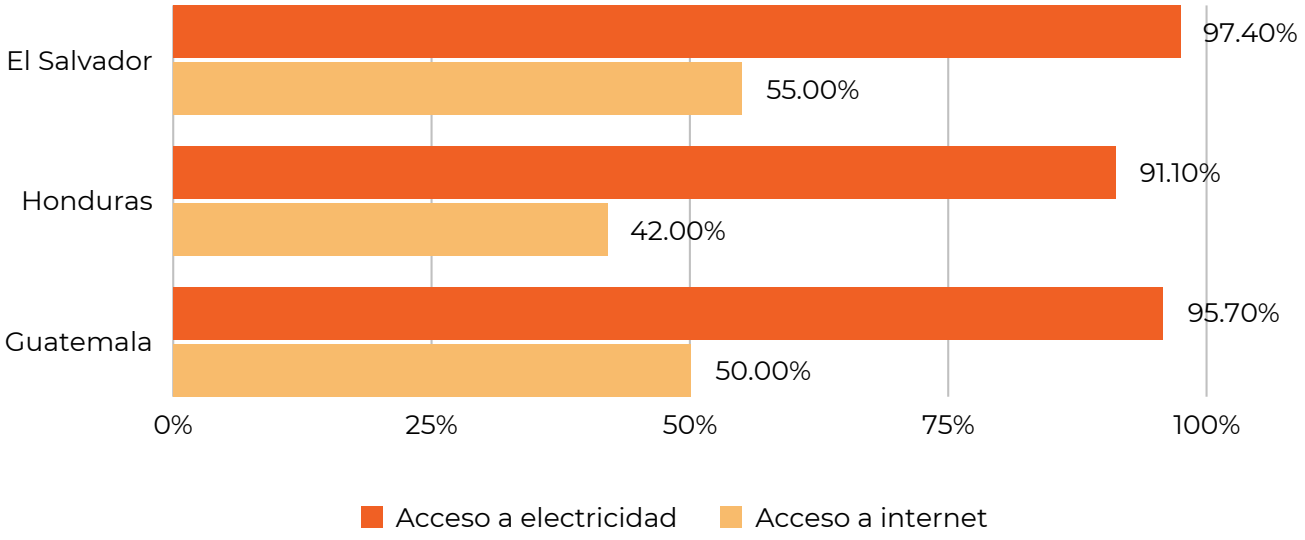
Lamentablemente, tanto en Honduras como en El Salvador no hay datos disponibles con un desglose suficiente para analizar las disparidades en la disponibilidad de vacunas en función a criterios de vulnerabilidad. A pesar de los esfuerzos por elaborar diseños diferenciados que pudieran atender con prioridad a grupos con mayor vulnerabilidad, en los planes de vacunación no se tomaron en consideración criterios como la relación urbano-rural, elementos étnico-raciales o de género. En consecuencia, se han implementado planes de vacunación que terminan por generar y amplificar disparidades ya existentes.

## ¿Cuál ha sido la estrategia de comunicación y lucha contra la desinformación sobre la vacuna?

La unilateralidad que caracterizó las distintas fases de las campañas de vacunación en Guatemala, Honduras y El Salvador se replicó ampliamente en la fase de socialización, pues la exclusión sistemática fue constante en los tres casos. El primer indicador de esta afirmación responde a los principales medios sobre los cuáles se apoyó cada una de las entidades para difundir la existencia y disponibilidad de la vacuna, en donde mayoritariamente se concentró el uso de medios digitales y redes sociales, favoreciendo a aquellas poblaciones con acceso a electricidad e internet.

22 Presidencia de El Salvador (2021) "Gobierno del Presidente Nayib Bukele desarrolla las jornadas de vacunación anti-COVID-19 casa por casa y en mercados ".

## Figura 6: Porcentaje de población total con acceso a internet y acceso a electricidad en Guatemala, Honduras y El Salvador (2019)




Fuente: Elaboración propia con datos de la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT), División de Población de las Naciones Unidas y Banco Mundial.

Honduras fue el único de los tres países en elaborar una planificación específica para la orientación de la estrategia de la campaña de vacunación.[23] En él, se plantean objetivos y adecuaciones comunicacionales de acuerdo con las características y necesidades de cada grupo poblacional, así como una orientación sobre cómo modificar el mensaje respecto a la vacuna de acuerdo con el nivel de resistencia presentado por la persona. Se elaboró una categorización de audiencias y posibles alianzas para contrarrestar a aquellos grupos identificados como *resistentes activos y pasivos*. El Plan de comunicación no consideró medidas para comunicar los avances, beneficios e información relevante de la campaña, pero sí planteó la obligación del desarrollo de "*sub-planes*" de comunicación, que siguieran las directrices planteadas en el plan nacional, pero de una forma adaptada a los diversos contextos locales del país. Esto abrió la oportunidad de elaborar estrategias gestionadas desde lo local, factor que puede ser una lección para Guatemala y El Salvador, sobre cómo contribuir al incremento de la confianza e intencionalidad de recibir la vacuna en la población.

A pesar de esto, de acuerdo con el viceministro de salud, Roberto Cosenza, el rechazo a la vacuna en algunas regiones de Honduras persiste.[24] Esto ejemplifica cómo la elaboración de una planificación de comunicación estratégica y lucha contra la desinformación no es de utilidad si no se implementa de la forma adecuada.

23 Ministerio de Salud (2020) Plan Nacional de comunicación estratégica para la introducción de la vacuna contra la COVID-19 en Honduras.

24 Hondudiario (2021) "Rechazo a la vacuna por parte de la población entorpece proceso de inmunización en Honduras".

La delegación absoluta de responsabilidades sin espacios de seguimiento, co-creación e institucionalización de los planes resultó en una estrategia de comunicación dispar, con bajas posibilidades de medición de resultados; mismos hechos fueron confirmados por la Dra. Reyna Durón, directora del Centro de Investigación de la Universidad Tecnológica Centroamericana (Unitec). [25] Existen esfuerzos de articulación con organizaciones internacionales, como UNICEF,[26] pero estos no han integrado a las autoridades locales para contar con una mirada cercana a las problemáticas nacionales con respecto a la vacunación.

Aunque en Guatemala se consideró la participación de la Unidad de Pueblos Indígenas e Interculturalidad en las mesas de trabajo de comunicación, la inclusión de la multiculturalidad no se replicó fuera de los objetivos del Plan Nacional de Vacunación.[27] En ellos, se pretendía llevar a cabo una campaña inclusiva y con pertinencia cultural tomando en cuenta que el país es pluricultural, multiétnico y multilingüe. En consecuencia, se planificó involucrar a "*los Consejos de Desarrollo, así como las formas de organización en la comunidad, involucramiento de líderes comunitarios y líderes de influencia en diversos estratos*".

Sin embargo, los mensajes claves fueron transmitidos principalmente a través de radio, televisión, medios escritos, redes sociales, entre otros, conforme a la planificación establecida por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El desafío más grande para el Gobierno de Guatemala en relación a la campaña de comunicación, se presentó en los medios de comunicación que fueron elegidos. A continuación se muestra la cobertura de cada uno de ellos a nivel nacional:

## Tabla 3: Equipamiento de Tecnologías de la Información de los hogares

| | Porcentaje | Total de Hogares | Total de Personas |
|---|---|---|---|
| Servicio de Internet | 17.3% | 566,736 | 2,550,312 |
| Computadora | 21.3% | 697,773 | 3,139,979 |
| Servicio de Cable | 54.5% | 1,785,382 | 8,034,219 |
| Radio | 65.3% | 2,139,183 | 9,626,324 |
| Televisor | 70.5% | 2,309,531 | 10,392,890 |

Fuente: Elaboración propia con datos del INE (2019).

25 Transformemos Honduras (2021) "Expertos coinciden en ampliar cobertura de vacunación en cada rincón de Honduras; mantener triajes y aumentar atención primaria ante variantes de COVID-19".

26 Fuente: UNICEF (2021) "UNICEF apoya la implementación de la estrategia de comunicación frente al COVID-19".

27 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2021) Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19.

El primer lote de vacunas ingresó en febrero del 2021, pero no fue hasta agosto de ese mismo año que comenzaron a trabajar piezas promocionales destinadas a llamar a la vacunación masiva en el país. [28] De esta cuenta, el fracaso de la campaña de comunicación guatemalteca ha sido ratificada por las mismas autoridades de salud pública,[29] así como por incidentes reportados en comunidades rurales, en donde el rechazo a la vacuna redujo las tasas de vacunación y llegó a ocasionar agresiones al personal de salud.[30]

Desde enero de 2022 la Procuraduría de los Derechos Humanos recomendó al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social "priorizar las áreas de vacunación, soportados en una dinámica de buena gobernanza y una estrategia pertinente de comunicación, particularmente con las poblaciones vulnerables".[31] El 1 de abril de 2022 la misma institución volvió a recomendar el lanzamiento de una estrategia pertinente de comunicación, puesto que 8 millones 774 mil 912 dosis de vacunas, de diferentes marcas, estaban próximas a vencer en los meses de marzo y abril del mismo año.

En el caso salvadoreño, del cual se dispone la menor cantidad de información, hay una pobre estrategia de comunicación, pues todos los asuntos relacionados al avance de la vacunación, como el ingreso de nuevos lotes, la apertura de nuevo centros de vacunación, la información sobre acuerdos y donaciones y otros temas, se comunican exclusivamente por medio de las redes sociales de los representantes de gobierno. Esto tiene un grave impacto en la calidad y el acceso a información, particularmente si se toma en cuenta que El Salvador es el segundo país en América Latina con la menor cobertura de red, excluyendo particularmente a personas en regiones rurales sin acceso a electricidad o conexión a internet.

Informar a la población de forma sencilla y transparente sobre la disponibilidad, eficacia y seguridad de las vacunas, generar confianza de la inmunización en la población. Sensibilizar a aquellos elegibles para recibirla es una tarea compleja en contextos como los de Guatemala, Honduras y El Salvador. Con el aumento de casos y una mayor disponibilidad de dosis, las organizaciones de sociedad civil, los medios de comunicación, socios regionales y la ciudadanía en un sentido generalizado ejercerán una mayor demanda de información respecto a la vacunación a las autoridades nacionales de salud pública. Por ello, es importante asegurar que los mecanismos de socialización y transparencia permitan dar visibilidad a la situación de emergencia y los resultados que la esfera de administración pública ha tenido sobre la gestión de la pandemia.

28 "La campaña 'sorpresa' de comunicación para las vacunas, que no llega - No-ficción". 2021

29 Román, Julio. 2021. "Salud replantea estrategia de comunicación para el área rural para evitar más agresiones contra el personal que vacuna de casa en casa".

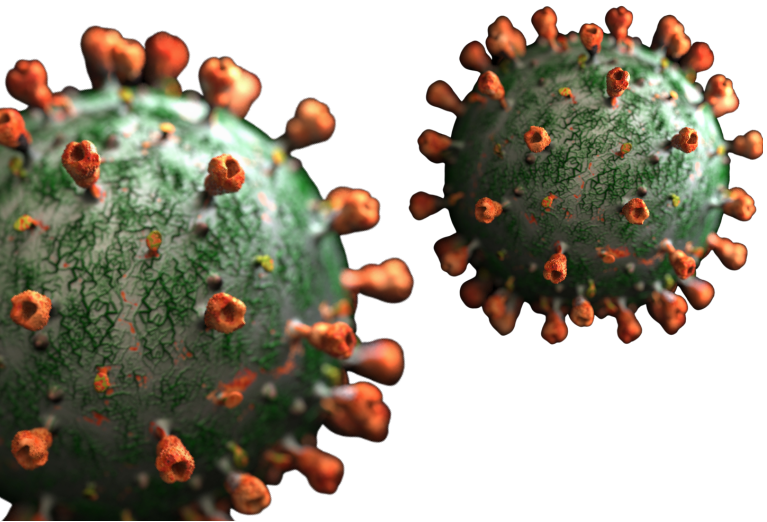
30 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Personal de salud que pretendía vacunar contra COVID-19 fue agredido en una comunidad de Alta Verapaz.

31 Ante el vencimiento inminente de más de 5 millones de dosis de vacunas anti-COVID, el Procurador de los Derechos Humanos, Jordán Rodas Andrade, reiteró nuevamente a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las recomendaciones presentadas desde de enero pasado: priorizar las áreas de vacunación, soportados en una dinámica de buena gobernanza y una estrategia pertinente de comunicación, particularmente con las poblaciones vulnerables".

# IV. Lecciones y recomendaciones generales para las campañas de vacunación en Guatemala, Honduras y El Salvador

En los tres países analizados hay varias lecciones y limitaciones que es importante rescatar. En primer lugar, en respuesta al reconocimiento de las limitaciones presentadas por el mercado internacional en situaciones de crisis, es necesario priorizar el fortalecimiento y flexibilización del sistema regulatorio, para así promover el desarrollo de tecnologías y capacidades humanas instaladas en materia de salud y preparación para emergencias futuras.

En segundo lugar, aunque actualmente existe una mayor disponibilidad de dosis en los tres países, el surgimiento de nuevas variantes y el levantamiento de muchas restricciones e intervenciones no farmacológicas ha generado un incremento de casos positivos que dificultan la medición del impacto directo de la vacuna en la población en términos nacionales. Por ello, es importante analizar las diferencias en el ritmo del crecimiento de la vacunación de acuerdo a factores como incidencia de pobreza y niveles de educación, pues parecen ser determinantes en el acceso y aceptación individual a la vacuna contra COVID-19. De esta cuenta, la creación de campañas de difusión pertinentes pueden contrarrestar hasta cierta medida las inequidades sociales generadas desde un contexto histórico.



La situación de emergencia y sus resultados en la esfera de administración pública crearon un contexto de incertidumbre. La opacidad en la información respecto al impacto de la pandemia y el avance de la vacunación ha impedido la creación de respuestas basadas en evidencia.

En Guatemala, aunque existe disponibilidad respecto a información desglosada, no hay voluntad política por liberarla. En Honduras predomina la incapacidad técnica e institucional por medir y generar los datos sobre vacunación con mayores niveles de desglose. El Salvador es el país con mayores complicaciones en este aspecto, pues su resistencia por entregar datos está fundamentada en ley. Estos tres factores sumados a un historial persistente de casos de corrupción y abandono histórico han generado una falta de confianza por parte de la población, dificultando la adherencia a las medidas de salud pública. La respuesta a las demandas de información de organizaciones de sociedad civil, medios de comunicación, socios regionales y la ciudadanía en un sentido generalizado son responsabilidad de las autoridades nacionales de salud pública y deben ser atendidas.

- Aunque pareciera que la mayoría de las necesidades debido a la pandemia fueron de carácter médico y científico, muchas obligaciones de carácter político e institucional también debieron ser atendidas. Entre ellas, el desarrollo de políticas públicas y leyes de soporte social basadas en evidencia. En caso de que otra emergencia ocurra, debe existir una red de soporte social y una priorización de la creación de tecnología en salud, así como el fortalecimiento de la capacidad técnico-científica en las instituciones gubernamentales.

- Es importante la inclusión de más sectores de la población en los espacios políticos destinados a la planificación de las respuestas. Se propone la adopción de modelos de gobernanza colaborativa en donde se incorporen visiones diversas, que permitan atender a la pandemia de una forma integral, tomando en cuenta la multiplicidad de realidades que componen cada uno de los países. Pero para poder alcanzar esto, es importante no aislar los esfuerzos institucionales y crear espacios que favorezcan la cohesión y colaboración social en lugar de los esfuerzos aislados.

- Además de la necesidad de diversificar la participación, también es importante formalizar las instancias colaborativas. Consolidar los espacios entre el sector regulado, las agencias de salud y las demás partes interesadas, permitirá un intercambio y alineación de los requisitos, reglamentos y datos científicos para aprobación e introducción de medicamentos y nuevas tecnologías. Esto facilitará el registro sanitario, la implementación y farmacovigilancia de las vacunas de manera integral para resolver las problemáticas derivadas de la COVID-19 y anticipar posibles respuestas para futuras crisis.

- En Guatemala, Honduras y El Salvador predominó un enfoque de especialización médica y logística, pero se dejaron por fuera los patrones sociales históricos y estructurales que han moldeado el acceso a recursos. Esto tiene fuertes implicaciones sobre la realidad de la implementación de la campaña de vacunación y las brechas que se pueden generar en poblaciones étnico-racial diferenciadas, poblaciones rurales y otros grupos vulnerables en los tres países. Por ello es importante adoptar estrategias equitativas en las campañas de socialización y administración de dosis, como jornadas intra y extramurales de vacunación masiva en lugares de alta recurrencia comunitaria, campañas de micro-concentración en áreas rurales, programación de recordatorios con gestores comunales, entre otras.

- Es necesario incorporar herramientas de comunicación política para dar una mirada más humana a la vacunación. Esto implica crear modelos de abordaje de la vacunación desde una mirada local y multi-

étnica, desarrollando estrategias de comunicación política concertadas desde los liderazgos locales y coordinadas institucionalmente con las respectivas autoridades de salud pública nacionales. Esto permitirá reducir disparidades y ampliar la cobertura de la vacuna a través de la pertinencia cultural y la inclusión.

- Las autoridades de salud pública de cada país deben incrementar los esfuerzos para recopilar y presentar datos adecuados para medir la realidad que se vive en el día a día de los tres países. Es necesario realizar ajustes que favorezcan la publicidad y gratuidad de los datos de manera que se puedan utilizar, en formatos accesibles y analizables, en la forma más desagregada posible de acuerdo con la información recolectada en la boleta de vigilancia epidemiológica. Fortalecer la calidad de la información disponible y subsanar el subregistro de información contribuirá con la generación de evidencia certera para el diseño de políticas y medidas de prevención.

# V. Referencias

## Generales

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Monitoreo de la vacunación contra COVID-19: Recomendaciones sobre recopilación y uso de datos de vacunación*. Marzo de 2021. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340450/WHO-2019-nCoV-vaccination-monitoring-2021.1-spa.pdf.

2. Organización Panamericana de la Salud. 2021. "Hoja de ruta del SAGE de la OMS para el establecimiento de prioridades en el uso de vacunas contra la COVID-19 en un contexto de suministros limitados del 14 de septiembre del 2020". OPS/FPL/IM/COVID-19/21-0014. OPS. https://iris.paho.org/handle/10665.2/53323?show=full.

3. Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Microsoft Corporation, Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA) y Eje Transversal Innovación y Tecnología (ETIT). *Conectividad rural en América Latina y el Caribe. Un puente al desarrollo sostenible en tiempos de pandemia*. 2020.

4. AS/COA. "Cronología: Rastreando el camino hacia la vacunación en América Latina". AS/COA, 25 de abril de 2022. https://www.as-coa.org/articles/cronologia-rastreando-el-camino-hacia-la-vacunacion-en-america-latina.

5. Organización Mundial de la Salud (OMS), "Inmunidad colectiva, confinamientos y COVID-19", Preguntas y respuestas, 31 de diciembre de 2020, www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/herd-immunity-lockdowns-and-covid-19.

## Guatemala

1. Asociación Civil Diálogos. "Tablero de Disparidades". Respuesta COVID19, mayo de 2021. https://www.dialogos.org.gt/tematicas/respuesta-covid19.

2. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19. Ciudad de Guatemala: Comité de Coordinación Nacional contra la COVID-19, 2020. https://guatemala.gob.gt/wp-content/uploads/2021/02/Plan-Nacional-de-Vacunación-COVID-19-y-Anexos-r.pdf.

3. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Adenda al Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19. Ciudad de Guatemala: Comité de Coordinación Nacional contra la COVID-19, 2022. https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/2021/07/Adenda-Plan-Nacional-de-Vacunacion-contra-COVID-19-Guatemala.pdf.

4. Román, Julio. *"Guatemala paga Q614.5 millones para abonar el 50% de la compra de 16 millones de dosis de vacunas Sputnik V"*. Prensa Libre, 5 de mayo de 2021. https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/guatemala-paga-q614-5-millones-para-abonar-el-50-de-la-compra-de-16-millones-de-dosis-de-vacunas-sputnik-v-breaking/.

5. Guatemala. Congreso de la República de Guatemala. *Ley para el financiamiento y adquisición de vacunas contra el coronavirus COVID-19*. Decreto legislativo 01-2021. Aprobado el 23 de enero de 2021. *Diario de Centroamérica*, 23 de enero de 2021. https://www.congreso.gob.gt/assets/uploads/info_legislativo/decretos/72af5-1-2021.pdf.

6. Román, Julio. 2021. "Salud replantea estrategia de comunicación para el área rural para evitar más agresiones contra el personal que vacuna de casa en casa". Prensa Libre. el 6 de octubre de 2021. https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/salud-replantea-estrategia-de-comunicacion-para-el-area-rural-para-evitar-mas-agresiones-contra-el-personal-que-vacuna-de-casa-en-casa-breaking/.

7. "La campaña 'sorpresa' de comunicación para las vacunas, que no llega - No-ficción". 2021. No-ficción. el 12 de agosto de 2021. https://www.no-ficcion.com/project/sin-plan-comunicacion-vacunas.

8. Ante el vencimiento inminente de más de 5 millones de dosis de vacunas anti-COVID, el Procurador de los Derechos Humanos, Jordán Rodas Andrade, reitera nuevamente a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las recomendaciones presentadas desde de enero pasado: priorizar las áreas de vacunación, soportados en una dinámica de buena gobernanza y una estrategia pertinente de comunicación, particularmente con las poblaciones vulnerables". s/f. Org.gt. Consultado el 29 de abril de 2022. https://www.pdh.org.gt/comunicacion/noticias/36-22-ante-el-vencimiento-inminente-de-mas-de-5-millones-de-dosis-de-vacunas-anti-covid-el-procurador-de-los-derechos-humanos-jordan-rodas-andrade-reitera-nuevamente-a-las-autoridades-del-ministerio-de-salud-publica-y-asistencia-social-las-recomendaciones-presentadas-desde-de-enero-pasado-priorizar-las-areas-de-vacunacion-soportados-en-una-dinamica-de-buena-gobernanza-y-una-estrategia-pertinente-de-comunicacion-particularmente-con-las-poblaciones-vulnerables.html.

9. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Personal de salud que pretendía vacunar contra COVID-19 fue agredido en una comunidad de Alta Verapaz. Disponible en: https://prensa.gob.gt/comunicado/personal-de-salud-que-pretendia-vacunar-contra-covid-19-fue-agredido-en-una-comunidad-de

## Honduras

1. Secretaría de Salud (SESAL). *Plan nacional de introducción de la vacuna contra la COVID-19 en Honduras 2020-2021*. Tegucigalpa, 2021. https://oiss.org/wp-content/uploads/2021/07/Plan-Nacional-de-introduccion-de-la-Vacuna-contra-la-COVID-19.pdf.

2. Secretaría de Salud (SESAL). *Plan Nacional de comunicación estratégica para la introducción de la vacuna contra la COVID-19 en Honduras*. Tegucigalpa, 2021. https://oiss.org/wp-content/uploads/2021/07/Plan-Nacional-de-Comunicacion-Estrategica-para-Introduccion-de-la-Vacuna-contra-la-COVID-19.pdf.

3. Honduras. Congreso Nacional. *Ley de vacuna gratuita para todos contra el COVID-19*. Decreto legislativo Decreto 162-2020. Aprobado el 7 de diciembre de 2020. *Diario de Centroamérica*, 7 de diciembre de 2020. https://revistazo.com/vacunasabiertas/docs/Decreto%20162-2020%20-%20LEY%20DE%20VACUNA%20GRATUITA%20PARA%20TODOS%20CONTRA%20EL%20COVID-19.pdf.

4. Honduras. Congreso Nacional. *Reformas a la ley de vacuna gratuita para todos contra el COVID-19*. Decreto legislativo Decreto 08-2021. Aprobado el 20 de febrero del 2021. *Diario de Centroamérica*, 20 de febrero del 2021. https://revistazo.com/vacunasabiertas/docs/Decreto%208-2021%20-%20REFORMAS%20A%20LA%20LEY%20DE%20VACUNA%20GATRUITA%20PARA%20TODOS%20CONTRA%20EL%20COVID-19.pdf

5. Convenio de cooperación interinstitucional para la adquisición y aplicación de vacunas para combatir el COVID-19 (Honduvac), 7 de abril de 2021, Contrato, Tegucigalpa, https://www.aduanas.gob.hn/wp-content/uploads/2021/04/CONVENIO-COHEP-GOBIERNO-HONDU-VACUNAS-COVID.pdf.

6. Transformemos Honduras. (2021, 14 de diciembre). transformemoshonduras.com | Expertos coinciden en ampliar cobertura de vacunación en cada rincón de Honduras; mantener triajes y aumentar atención primaria ante variantes de COVID-19. Transformemos Honduras una organización sin fines de lucro en pro a la mejora en Honduras en educación y salud. http://transformemoshonduras.com/org/2021/12/14/expertos-coinciden-en-ampliar-cobertura-de-vacunacion-en-cada-rincon-de-honduras-mantener-triajes-y-aumentar-atencion-primaria-ante-variantes-de-covid-19/

7. UNICEF. (2021, 25 de octubre). UNICEF apoya la implementación de la estrategia de comunicación frente al COVID-19. https://www.unicef.org/honduras/comunicados-prensa/unicef-apoya-la-implementación-de-la-estrategia-de-comunicación-frente-al-covid

8. Secretaría de Salud de Honduras. (2020, 30 de julio). Inaugurado el primer centro de triaje en El Progreso. Secretaría de Salud. https://www.salud.gob.hn/site/index.php/component/k2/item/1848-inaugurado-el-primer-centro-de-triaje-en-el-progreso

9. Contracorriente. (2021, 24 de junio). Honduras cierra un tercio de los triajes y ralentiza la vacunación - Contra Corriente. Contra Corriente. https://contracorriente.red/2021/07/24/honduras-cierra-un-tercio-de-los-triajes-y-ralentiza-la-vacunacion/

10. Hondudiario. (2021, 26 de septiembre). Rechazo a la vacuna por parte de la población entorpece proceso de inmunización en Honduras – Hondudiario. Hondudiario – Primer periodico digital de Honduras. https://hondudiario.com/covid-19/rechazo-a-la-vacuna-por-parte-de-la-poblacion-entorpece-proceso-de-inmunizacion-en-honduras/

## El Salvador

1. Gobierno de El Salvador. (29 de abril del 2022). Situación nacional del Covid-19. Obtenido de Gobierno de El Salvador: https://covid19.gob.sv/

2. El Salvador. Presidencia de la República. *Estado de Emergencia Nacional de la Pandemia por COVID-19*. Decreto legislativo Decreto 593. Aprobado el 13 de marzo de 2020. https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/correspondencia/5EDEF0EC-E831-4282-814B-FB10FE9BB766.pdf.

3. Ministerio de Salud. *Lineamientos técnicos para la vacunación contra el SARS-CoV-2*. Acuerdo Ministerial N°462. San Salvador: Ministerio de Salud, 2022. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicosparalavacunacioncontrael-SARS-CoV2-Acuerdo-462_v1.pdf.

4. El Salvador. Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. *Ley para el Uso de Productos para. Tratamientos Médicos en Situaciones Excepcionales de Salud. Pública Ocasionadas por la Pandemia COVID-19*. Decreto legislativo Decreto N°7. Aprobado el 5 de mayo de 2021. *Diario Oficial*, 5 de mayo de 2021. http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/ley_productos_tratamiento_%20medicos_situacion_excepcional_covid19_v1.pdf.

5. Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales. "Monitoreo de la vacunación contra el COVID-19 en El Salvador ¿Cuál es la situación de la pandemia y cuántas vacunas se han adquirido?" *Boletín sobre monitoreo de campaña de vacunación*, N° 1 (febrero de 2022): 1–16.

6. Agencia EFE. (2020, 13 de noviembre). Investigan en El Salvador 17 casos de supuestas compras irregulares por covid. www.efe.com. https://www.efe.com/efe/america/politica/investigan-en-el-salvador-17-casos-de-supuestas-compras-irregulares-por-covid/20000035-4393206

7. Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales. "Monitoreo de la vacunación contra el COVID-19 en El Salvador ¿Cómo va la vacunación en El Salvador, cuánto han costado y cuántas dosis falta por comprar para cubrir a toda la población objetivo?" *Boletín sobre monitoreo de campaña de vacunación*, N° 2 (febrero de 2022): 1–14.

8. Presidencia de El Salvador. (2022, 19 de marzo). *El Salvador es el primer país en poner a disposición de extranjeros la cuarta dosis de la vacuna anti-COVID-19 - Presidencia de la República de El Salvador*. Presidencia de la República de El Salvador. https://www.presidencia.gob.sv/el-salvador-es-el-primer-pais-en-poner-a-disposicion-de-extranjeros-la-cuarta-dosis-de-la-vacuna-anti-covid-19/#:~:text=El%20Gobierno%20del%20Presidente%20Nayib,lo%20requieran%20de%20cualquier%20nacionalidad

9. Uvelí Alemán, "El Salvador, el segundo de América Latina con menos conectividad a internet", Diario El Mundo, 31 de diciembre de 1969, https://diario.elmundo.sv/economia/el-salvador-el-segundo-de-america-latina-con-menos-conectividad-a-internet.

10. Jimmy Alvarado, *"El gabinete oculto de venezolanos que gobierna con Bukele y su familia"*, elfaro.net, 6 de junio de 2021, https://elfaro.net/es/202106/el_salvador/25520/El-gabinete-oculto-de-venezolanos-que-gobierna-con-Bukele-y-su-familia.htm.

11. Ministerio de Salud de El Salvador. (2021). *Índice de Información Reservada*. Ministerio de Salud, https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/indice-de-informacion-reservada

Diálogos es un centro de pensamiento que busca promover la difusión y el avance de la investigación empírica y de las ciencias sociales, así como el análisis basado en evidencia de las políticas públicas y el diálogo público e informado, plural y democrático sobre los problemas públicos a nivel local, nacional y regional. Diálogos tiene una naturaleza independiente y apartidista, no está ligado a ninguna organización política, religiosa, empresarial ni sindical.

Guatemala, junio de 2022