24 AGOSTO 2021

LAS DISPARIDADES DEL PROCESO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19

Retos, opciones e implicaciones.

En su esfuerzo por contribuir a generar evidencia para la toma de decisiones, Diálogos ha desarrollado una serie de indicadores sobre disparidades respecto al esquema de vacunación contra la COVID-19 en Guatemala. Este *policy brief* muestra la importancia que tienen recolectar y analizar datos de personas vacunadas por grupo étnico, sexo y lugar de residencia. Este enfoque desagregado permite, en primer lugar, ir más allá del análisis a nivel nacional, que oculta posibles disparidades, y mostrar de forma más precisa las características de la población inmunizada, según sus atributos personales y entornos sociales. En segundo lugar, el enfoque permite analizar las disparidades que emergen durante el proceso de vacunación, con lo cual Diálogos pretende incentivar el desarrollo de políticas e intervenciones que garanticen el acceso equitativo a la vacuna de COVID-19 a las poblaciones más vulnerables del país.

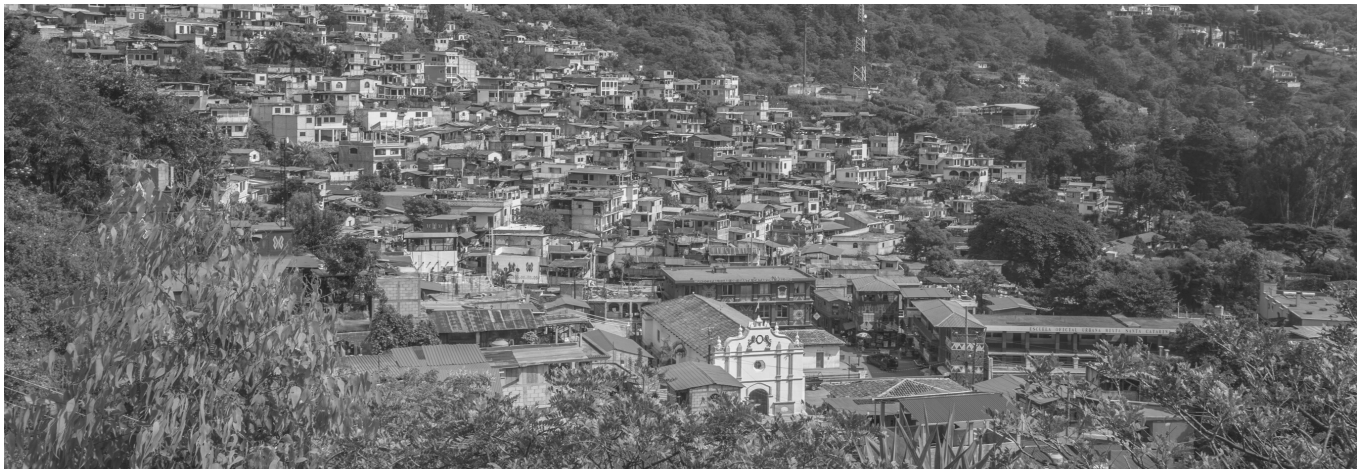
¿Por qué es importante pensar en disparidades en el proceso de vacunación?

Las diferencias en cantidad de enfermos entre dos poblaciones, independientemente de su tamaño, no son producto del azar. Más bien, estas se pueden explicar por factores estructurales que condicionan la distribución y ocurrencia de enfermedades. Por ejemplo, diversos estudios revelan que el riesgo de contagiarse de COVID-19 está altamente correlacionado con la ocupación laboral de la persona[1]. También hay evidencia de que el riesgo de morir por COVID-19 varía significativamente según características étnicoraciales en países como Estados Unidos[2] y Brasil[3].

La pandemia del COVID-19 ha tenido un efecto desproporcionado en algunas poblaciones, cuyo estado de vulnerabilidad las coloca en un alto riesgo de exposición al virus SARS-CoV-2. Debido al limitado acceso a servicios de salud y a la alta prevalencia de enfermedades crónicas, estas poblaciones corren un mayor riesgo de morir por COVID-19.

En esta línea, hay evidencia de que la crisis sanitaria ha afectado de forma desigual a comunidades étnicas[4], principalmente en áreas rurales con alta incidencia de pobreza.

Los factores estructurales que inciden en el riesgo y la susceptibilidad a sufrir la enfermedad, también moldean el acceso a nuevas tecnologías y tratamientos que pueden ser beneficiosos para las personas enfermas. El acceso a tratamientos, por ejemplo, puede estar sujeto al conocimiento, dinero, prestigio y a las conexiones sociales de las personas[5]. Por esto mismo, no es extraño encontrar diferencias en la distribución de nuevas formas de tratar enfermedades actuales, como lo es la vacuna de COVID-19. Estas disparidades deben de ser abordadas de manera estructural para lograr que todas y todos puedan alcanzar de manera equitativa la salud como un derecho humano.



1 Mutambudzi, Miriam, Claire Niedwiedz, Ewan Beaton Macdonald, Alastair Leyland, Frances Mair, Jana Anderson, Carlos Celis-Morales, et al. 2020. "Occupation and Risk of Severe COVID-19: Prospective Cohort Study of 120 075 UK Biobank Participants". Occupational and Environmental Medicine, diciembre. https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106731.

2 Bassett, Mary T., Jarvis T. Chen, y Nancy Krieger. 2021. "Correction: Variation in Racial/ethnic Disparities in COVID-19 Mortality by Age in the United States: A Cross-Sectional Study". *PLoS Medicine* 18 (2): e1003541. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003541.

3 Martins-Filho, Paulo Ricardo, Brenda Carla Lima Araújo, Karyna Batista Sposato, Adriano Antunes de Souza Araújo, Lucindo José Quintans-Júnior, y Victor Santana Santos. 2021. "Racial Disparities in COVID-19-Related Deaths in Brazil: Black Lives Matter?" *Journal of Epidemiology / Japan Epidemiological Association* 31 (3): 239-40. https://doi.org/10.2188/jea.JE20200589.

4 Razai, Mohammad S., Hadyn K. N. Kankam, Azeem Majeed, Aneez Esmail, y David R. Williams. 2021. "Mitigating Ethnic Disparities in Covid-19 and beyond". BMJ 372 (enero): m4921. https://doi.org/10.1136/bmj.m4921.

5 Battle-Fisher, Michele. 2014. *Application of Systems Thinking to Health Policy & Public Health Ethics: Public Health and Private Illness*. Springer. https://play.google.com/store/books/details?id=0zdpBQAAQBAJ.

Reconocer los factores de riesgo ocasionados o exacerbados por la pandemia es relevante para países con alta incidencia de pobreza[6] y enfermedades crónicas[7], como Guatemala. Debido a la alta vulnerabilidad de la población, el acceso temprano y oportuno a la vacuna puede disminuir la letalidad de la enfermedad y el desarrollo de complicaciones y secuelas. A la fecha, en Guatemala sólo se ha logrado inmunizar con el esquema completo a un 3 % de la población[8], una cifra que lo coloca en los últimos países a nivel latinoamericano[9]. Por otro lado, el país no ha logrado todavía desarrollar una estrategia técnica y operativa basada en datos epidemiológicos, según el Plan Nacional de Vacunación Contra COVID-19. Actualmente, los grupos prioritarios, con sus fases y sub-fases, previamente definidos en el Plan, han sido objeto de distintos cambios sustanciales.

El presente *policy brief* expone algunas consideraciones sobre los resultados del proceso de vacunación en comunidades desagregadas por grupos etnolingüísticos y áreas urbanas/rurales.

"En Guatemala sólo se ha logrado inmunizar con el esquema completo a un 3% de su población, una cifra que lo coloca en los últimos países a nivel latinoamericano".

Foto: Comisiones de Auditoría Social.

6 Maldonado, Enrique, y Sofía Montenegro. 2020. "¿A quién NO llega la ayuda? Análisis de los programas de emergencia COVID19 frente a los indicadores de pobreza y desnutrición". el 27 de agosto de 2020. https://dialogos.org.gt/publicaciones/quien-no-llega-la-ayuda-analisis-de-los-programas-de-emergencia-covid19-frente-los.

7 "Guatemala". 2015. el 9 de septiembre de 2015. http://www.healthdata.org/guatemala.

8 En total se han vacunado con esquema completo a 669,231 personas, entre los cuales un 43% son hombres y un 57% mujeres, según datos presentados en el tablero del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

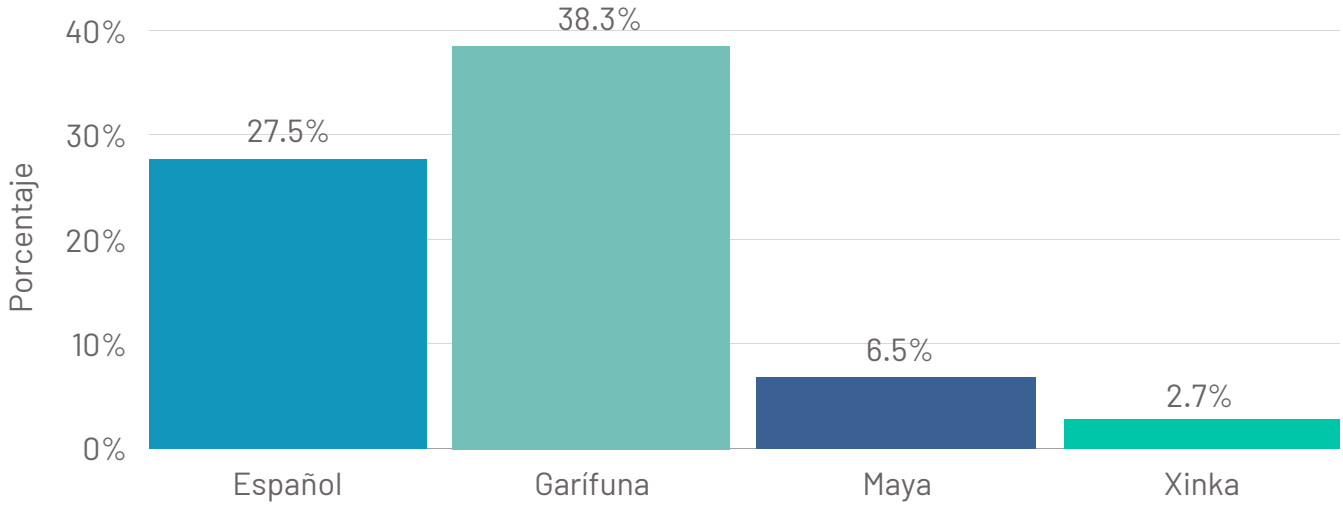
9 Ritchie, Hannah, Edouard Mathieu, Lucas Rodés-Guirao, Cameron Appel, Charlie Giattino, Esteban Ortiz-Ospina, Joe Hasell, Bobbie Macdonald, Diana Beltekian, y Max Roser. 2020. "Coronavirus Pandemic (COVID-19)". Our World in Data, agosto. https://ourworldindata.org/coronavirus.

Disparidades en vacunación por comunidad etnolingüística

El registro de vacunación tiene algunas inconsistencias cuando se compara con el último censo, ya que ambos usan categorías distintas para clasificar a la población. Por ejemplo, en el registro de vacunación, no aparece el pueblo de pertenencia "ladino", solo se registra a las personas que hablan español como una comunidad lingüística. Aunque el censo afirma que sólo 0.7% de ladinos y ladinas hablan español[10], la diferencia entre ambas categorías le resta precisión al registro de personas vacunadas. A ello se debe añadir la ausencia de información sobre la categoría afrodescendientes / creoles / afromestizo[11]. A pesar de estas dos limitaciones, el Ministerio de Salud permite desagregar la información a nivel individual, con lo cual se pueden obtener datos sobre la cantidad y el ritmo de vacunación por comunidad etnolingüística.

Con datos al 15 de agosto de 2021, ajustando por el tamaño poblacional de cada comunidad etnolingüística, se logran detectar algunas disparidades en el avance de la vacunación (ver Figura 1). En primer lugar, la comunidad garífuna tiene el porcentaje más alto de personas vacunadas, con un 38%[12], seguida de la comunidad que habla español[13], con un 28%. En contraste, tan solo el 7% de la población vacunada pertenece a alguna comunidad etnolingüística maya, lo que implica una alta disparidad en el acceso de la vacuna para una población de más de 6 millones de habitantes. La población que se auto-identifica como xinka tiene la menor proporción de población vacunada, con apenas un 3%.

Figura 1. Porcentaje de población vacunada por comunidad etnolingüística, al 15 de agosto de 2021



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Censo de Población 2018.

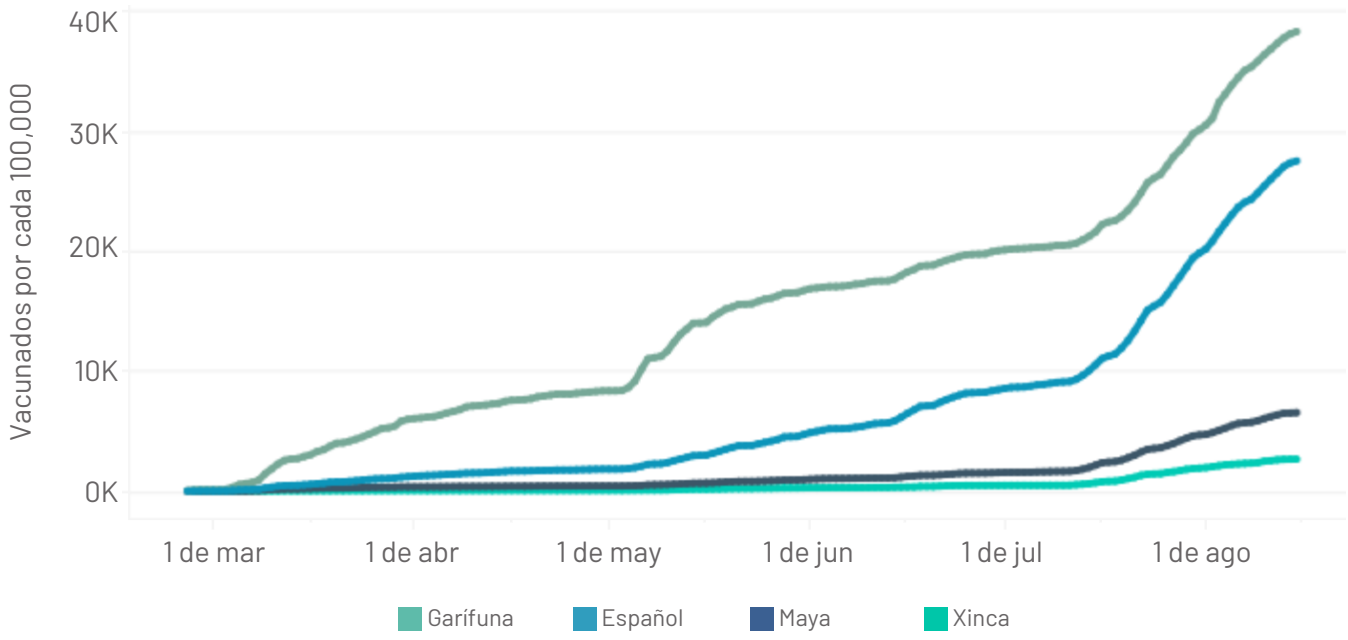
10 El Censo de Población 2018 registró un total de 55,793 personas ladinas que no pertenecen a la comunidad lingüística de habla español.
11 De acuerdo con el último censo, el 91% de los afrodescendientes hablan español.
12 Según el último censo existen un total de 19,529 personas garífunas, lo que lo convierte en el pueblo de pertenencia con menos población censada.
13 La comunidad lingüística de habla español compone hasta un 70% de las personas censadas, con más de 9 millones de personas.

La disparidad también se observa en el ritmo de crecimiento de personas vacunadas calculado la tasa de población etnolingüística vacunada por cada 100,000 habitantes[14]. Utilizando los datos del último censo y los datos de personas vacunadas diarias por comunidad etnolingüística, se construyó la Figura 2. En ella podemos observar diferencias significativas entre poblaciones etnolingüísticas. La comunidad garífuna presenta la mayor tasa de vacunados, alcanzando 38,261 por cada 100,000 habitantes. Si bien esta tasa es alta, respecto al resto, es importante recalcar que la población garífuna está conformada por alrededor de 20,000 personas, por lo que un número pequeño de vacunados puede afectar grandemente la tasa. En segundo lugar, se encuentra la comunidad que habla español, que alcanza los 27,493 vacunados por cada 100,000 habitantes. La relación en el ritmo de vacunación en la población de habla maya es de una persona por cada 4 personas vacunadas (6,533 vacunados por cada 100,000 habitantes).

Otro hallazgo importante se puede ver al comparar la comunidad xinka con la comunidad garífuna. A pesar de que la comunidad xinka es 13 veces más grande que la comunidad garífuna, en esta última se han vacunado 3 personas por cada 2 vacunadas en la comunidad xinka. Esta diferencia puede deberse a la localización geográfica de las comunidades, ya que una cuarta parte del total de la población garífuna del país vive en el departamento de Guatemala, mientras que la mayoría de la comunidad xinka vive en los departamentos de Jalapa, Jutiapa y Santa Rosa.

"La relación en el ritmo de vacunación en la población de habla maya es de una persona por cada 4 personas vacunadas (6,533 vacunados por cada 100,000 habitantes)".

Figura 2. Ritmo de vacunación por comunidad etnolingüística, al 15 de agosto de 2021



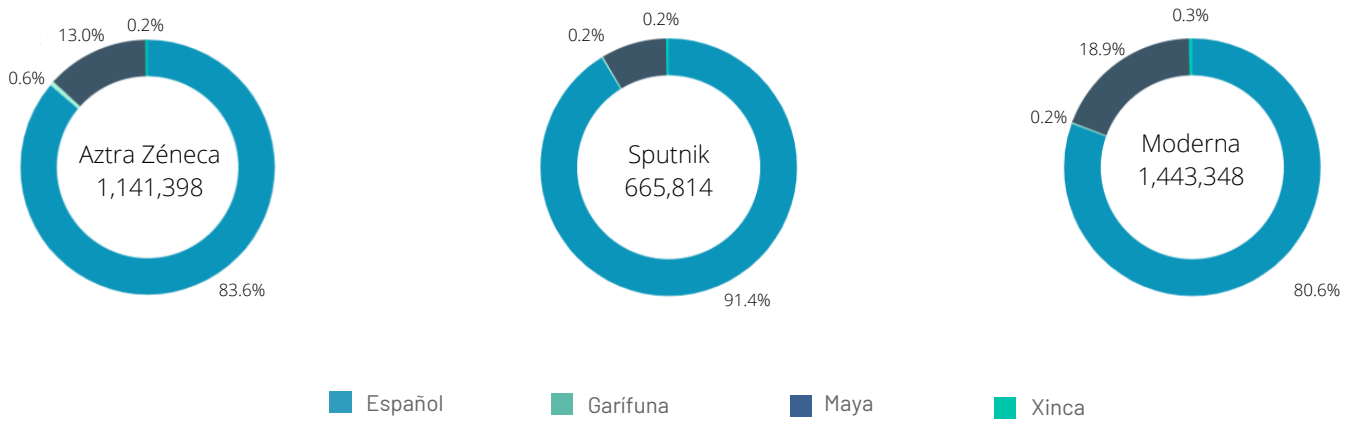
Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

14 La tasa por cada 100,000 habitantes se obtiene al dividir el total de vacunados de un grupo etnolingüístico sobre la población total de ese mismo grupo, y al multiplicar el resultado por 100,000. En ese sentido, un porcentaje no es más que una tasa por cada 100 habitantes, ya que se calcula de la misma forma.

La accesibilidad que tienen las comunidades etnolingüísticas a diferentes tipos de vacunas depende del abastecimiento nacional, en distintos momentos, y de una planificación y logística adecuada, que tome en cuenta las áreas de salud, donde se encuentran la mayoría de los centros y puestos de vacunación. Teniendo eso en mente, en los primeros cinco meses del año 2021, Guatemala contaba con un total de 1,079,800 de dosis, de las cuales el 14% correspondía a Sputnik V y 86% de AstraZeneca (menos del 1% a la vacuna Moderna). Con esta cantidad de vacunas, Guatemala según la Organización Panamericana de la Salud se encontraba en el escenario de disponibilidad muy limitada de suministro de vacunas, denominado como Etapa I [15] (entre el 1% al 10% de la población nacional). No obstante, a partir del 09 de julio de 2021, con la llegada de 1.5 millones de dosis de la vacuna Moderna, a través de la donación de Estados Unidos, se inicia la transición hacia un diferente escenario de suministro de vacunas. Al 15 de agosto de 2021, se cuenta con un total de 7,255,270 dosis de cuatro vacunas de COVID-19 (Sputnik V, AstraZeneca, Moderna y Pfizer), lo cual coloca al país en el escenario de disponibilidad de vacunas moderada, Etapa III (entre el 21% al 50% de la población nacional).

Frente a este nuevo escenario, las disparidades por tipo de vacuna en la Figura 3 revelan una tendencia positiva hacia la comunidad que habla español (con porcentajes por encima del 80% sobre el total de vacunas administradas). Aunque todos los tipos de vacunas reflejan un pequeño porcentaje de dosis aplicadas a las comunidades etnolingüísticas: mayas, xincas y garífunas; la que muestra mayor inaccesibilidad es la Sputnik V, con 665,814 dosis administradas. Como se puede observar en la Figura 3, un 91% de las dosis de esta vacuna se han aplicado a personas que hablan español. Este hallazgo es consistente con la limitada capacidad que ha tenido el Ministerio de Salud para asegurar la cadena de frío de la vacuna Sputnik V, en municipios fuera de la ciudad capital.

Figura 3. Tipo de vacuna por población etnolingüística, al 15 de agosto de 2021



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

15 Organización Panamericana de la Salud. 2021. "Marco de valores del SAGE de la OMS para la asignación y priorización de la vacunación contra la COVID-19. 14 de septiembre del 2020". OPS/FPL/IM/COVID-19/21-0014. OPS. https://iris.paho.org/handle/10665.2/53323?show=full.

Disparidades entre vacunación en áreas urbanas y rurales

Desde el inicio, el acceso a la vacuna ha mantenido una tendencia urbana, tanto en el proceso del registro individual (principalmente a través de plataformas digitales y la línea telefónica COVID-19), como en la distribución y disponibilidad de vacunas en los puestos y centros de vacunación. Debido a sus condiciones geográficas, propias de la topografía y la falta de estructura vial, es de suponer que las áreas rurales se encuentran en una posición de desventaja en la carrera por la vacuna. A pesar de eso, el Plan Nacional de Vacunación Contra COVID-19 de Guatemala no contempla mecanismos para mitigar este problema.

De acuerdo con el Censo Nacional de Población 2018, la mayor parte de la población urbana era la no indígena (68 %), mientras que la población indígena urbana pasó de 28% a 32%, entre el año 2002 al año 2018. Pese a ese leve crecimiento, la población indígena rural es mayor que la población no indígena rural (57% versus 43%). Debido a lo anterior, la distinción entre las áreas urbanas y rurales guarda relación con el indicador de disparidad por comunidad etnolingüística. En ese sentido, el sesgo urbano de la campaña de vacunación también resulta desfavorable para la población indígena. Teniendo en cuenta estos factores, se construyó una variable dicotómica, en la cual municipios con menos del 50 % de población urbana se clasificaron como "rurales" y municipios con más del 50 % de población urbana se definieron como "urbanos"[16]. Aunque la variable es tan solo una aproximación a la compleja realidad del país, consideramos que es una herramienta útil para mostrar desigualdades entre municipios.

Según datos recolectados al 15 de agosto, se ha vacunado dos veces más a personas en municipios urbanos que en municipios rurales. En total, el 25% de la población urbana ha recibido una dosis de la vacuna de COVID-19, mientras que, para la población rural, el porcentaje tan solo ha llegado al 10% de sus habitantes. Al desagregar la vacunación por sexo, es importante notar que las mujeres, tanto en áreas rurales como en urbanas, han sido vacunadas en mayor porcentaje. Ahora bien, existe una diferencia positiva de 15 puntos porcentuales de mujeres vacunadas en áreas urbanas con relación a las mujeres en áreas rurales.

Figura 4. Porcentaje de hombres y mujeres vacunadas en áreas urbanas y rurales, al 15 de agosto de 2021

		Cantidad	Población	%
Rural	Mujer	328.865	3.244.276	10,1%
	Hombre	284.692	3.074.257	9,3%
	Total	613.557	6.318.533	9,7%
Urbano	Mujer	1.121.440	4.433.914	25.3%
	Hombre	979.758	4.148.839	23.6%
	Total	2.101.198	8.582.753	24.5%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y cifras del porcentaje de personas en áreas rurales y urbanas datos de la Propuesta Urbana/UNFPA, 2020.

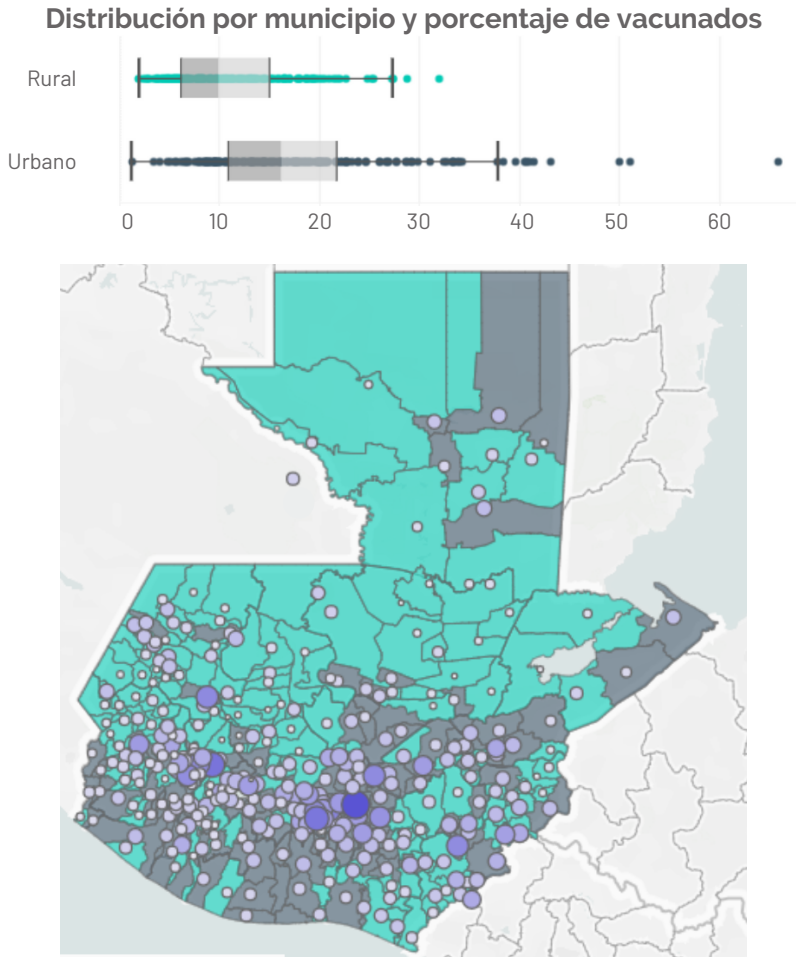
16 Los datos sobre el porcentaje de población urbana y rural de cada municipio se obtuvieron del trabajo de Propuesta Urbana/UNFPA, diseñado por Jean-Roch Lebeau, en el año 2020.

La distribución de personas vacunadas por municipios en áreas urbanas y rurales en la Figura 5 muestra diferencias significativas entre cada población. En el caso de las áreas rurales, el 50% de los municipios han vacunado entre el 6% y 15% de su población. Los municipios Agua Blanca y Sibilia, en Jutiapa y Quetzaltenango, respectivamente, se encuentran por encima del límite superior, con un 32 % y 29 % de su población vacunada, es decir, representan casos atípicos y exitosos que han tenido un mejor desempeño que el resto de municipios rurales. En el caso de municipios urbanos, la dispersión es mayor, con el 50% de municipios entre el 11% y 38% de personas vacunadas. Sin embargo, entre los casos extremos, con mayor porcentaje de vacunación, se encuentran los municipios de Guatemala; con un 66 % de su población vacunada; seguido de Antigua Guatemala, con un 47%; y San Lucas Sacatepéquez, con un 43%. Tan solo un 1 % de la población en el municipio urbano de Concepción, en el departamento de Sololá, ha recibido una dosis de la vacuna de COVID-19, lo que refleja altas disparidades incluso entre municipios urbanos.

"En el caso de las áreas rurales, el 50 % de los municipios han vacunado entre el 6 % y 15 % de su población".

"En el caso de municipios urbanos, la dispersión es mayor, con el 50 % de municipios entre el 11 % y 38 % de personas vacunadas".

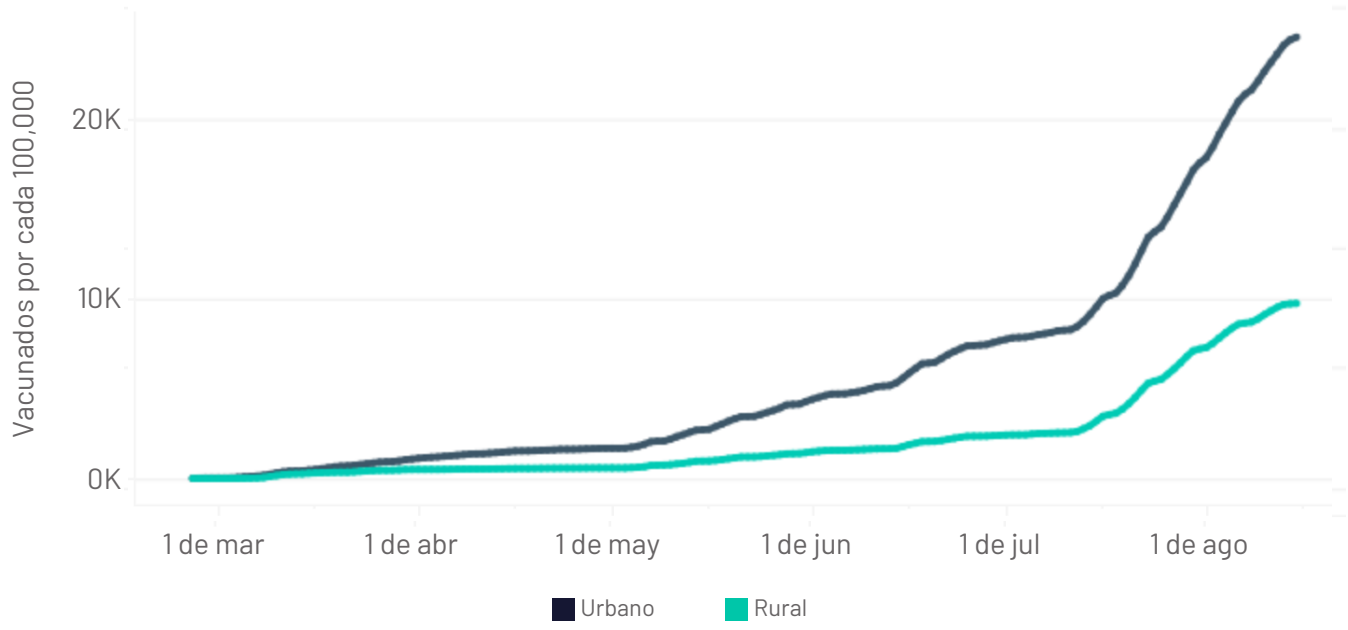
Figura 5. Diagrama de caja y mapa de personas vacunadas por municipios rurales y urbanos, al 15 de agosto de 2021



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

La Figura 6 calcula la tasa de personas vacunadas en los municipios considerados predominantemente urbanos y rurales. Hasta el 15 de agosto, en áreas urbanas se registraba una tasa de 24,480 vacunados por cada 100,000 habitantes, comparado con 9,710 vacunados por cada 100,000 en áreas rurales. Visto de otra forma, esta diferencia significa que hay 2.5 veces más personas vacunadas en áreas urbanas que en rurales. Asimismo, al evaluar el crecimiento de ambas tasas se puede notar que los municipios urbanos crecen de forma más acelerada. Para el 11 de julio, las tasas de vacunación eran de 8,243 y 2,546 por cada 100,000 habitantes, para los municipios urbanos y rurales, respectivamente. Eso representa un crecimiento de 16,237 por cada 100,000 en los municipios urbanos, comparado con un crecimiento de 7,164 por cada 100,000 en los municipios rurales, ambos en 22 días.

Figura 6. Ritmo de vacunación por área urbana y rural, al 15 de agosto 2021



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Aunque no se disponen de estadísticas sobre prevalencia de enfermedades crónicas, sabemos que el acceso limitado a servicios de salud y la incidencia de pobreza de la población en áreas rurales conllevan un infradiagnóstico o tratamiento tardío de personas positivas al virus SARS-CoV-2. Los distintos ritmos de vacunación en áreas urbanas y rurales posiblemente estén correlacionados con las estrategias de vacunación actuales, las cuales responden a la oferta de espacio y no a la demanda de la población u otros criterios técnicos / sanitarios.

Esto ha llevado a las autoridades de salud a establecer puestos de vacunación en centros comerciales o universidades, principalmente en zonas urbanas.

"Hay 2.5 veces más personas vacunadas en áreas urbanas que en rurales. Asimismo, al evaluar el crecimiento de ambas tasas se puede notar que los municipios urbanos crecen de forma más acelerada".

¿Qué se puede inferir sobre el proceso de vacunación y casos positivos de COVID-19?

Los factores estructurales mencionados arriba en parte también moldean las disparidades en el aumento de casos positivos de COVID-19 en las poblaciones estudiadas. De momento, no se ha tomado en cuenta o publicado información sobre ocupación o factores de riesgo sociales de las personas contagiadas por el virus, por lo que no existen estrategias de priorización de la vacuna de COVID-19, que permitan reducir el alto riesgo de contagio.

Es importante mencionar que el número de casos es una imagen incompleta de la situación epidemiológica actual debido a las limitantes en la distribución (en gran parte condicionada por la alta centralización de pruebas en la urbe metropolitana) y realización de pruebas diagnósticas de COVID-19 en Guatemala. En su ausencia, es necesario utilizar aproximaciones, como el exceso en la mortalidad realizado por Martinez-Folgar, et al.[17], el cual muestra que, durante el año 2020, hubo un exceso de mortalidad de 8,036 personas, comparado con las 5,847 atribuibles directamente a COVID-19. Estos números pueden ser aún mayores en comunidades rurales del país, en donde es más difícil recabar datos adecuados y es más probable que exista un importante subregistro de la mortalidad[18].

A pesar de estas limitaciones es necesario evaluar las tendencias entre la cantidad de positivos de COVID-19 y el porcentaje de personas vacunadas con una o dos dosis contra el COVID-19, con el fin de evaluar la efectividad de la inmunización en el país[19]. Así, en la Figura 7 se puede observar la relación entre la tasa de casos confirmados con coronavirus (de los últimos 14 días) y el porcentaje de población vacunada, a nivel municipal con datos al 15 de agosto.

En el mapa bivariable aparecen varios municipios de la región metropolitana, central y suroriental con el mayor porcentaje de personas vacunadas y la tasa más alta de casos positivos. En cambio, la región norte y noroccidental, principalmente con población indígena y rural, tiene el menor porcentaje de personas vacunadas y la menor tasa de casos confirmados. Esta tendencia nuevamente refleja las disparidades antes descritas, ya que, por una parte el bajo número de casos confirmados que se reportan en el norte y noroccidente del país puede ser el resultado de la poca accesibilidad a pruebas de detección COVID-19 en los municipios rurales con población indígena. Sin embargo, también es cierto que esta región se encuentra más aislada, y por lo tanto, menos susceptible al contagio que otras áreas más urbanizadas y densamente pobladas. Pero en términos generales su lejanía es desfavorable, y exacerba la vulnerabilidad de las comunidades en estos municipios; condiciona las capacidades que tienen las personas para acceder de forma rápida y segura a la red hospitalaria del país.

"El número de casos es una imagen incompleta de la situación epidemiológica actual debido a las limitantes en la distribución (en gran parte condicionada por la alta centralización de pruebas en la urbe metropolitana) y realización de pruebas diagnósticas de COVID-19 en Guatemala".

17 "Excess Mortality During the COVID-19 Pandemic in Guatemala". s/f. Consultado el 16 de agosto de 2021. https://www.ces.uvg.edu.gt/page/product/excess-mortality-during-the-covid-19-pandemic-in-guatemala/.

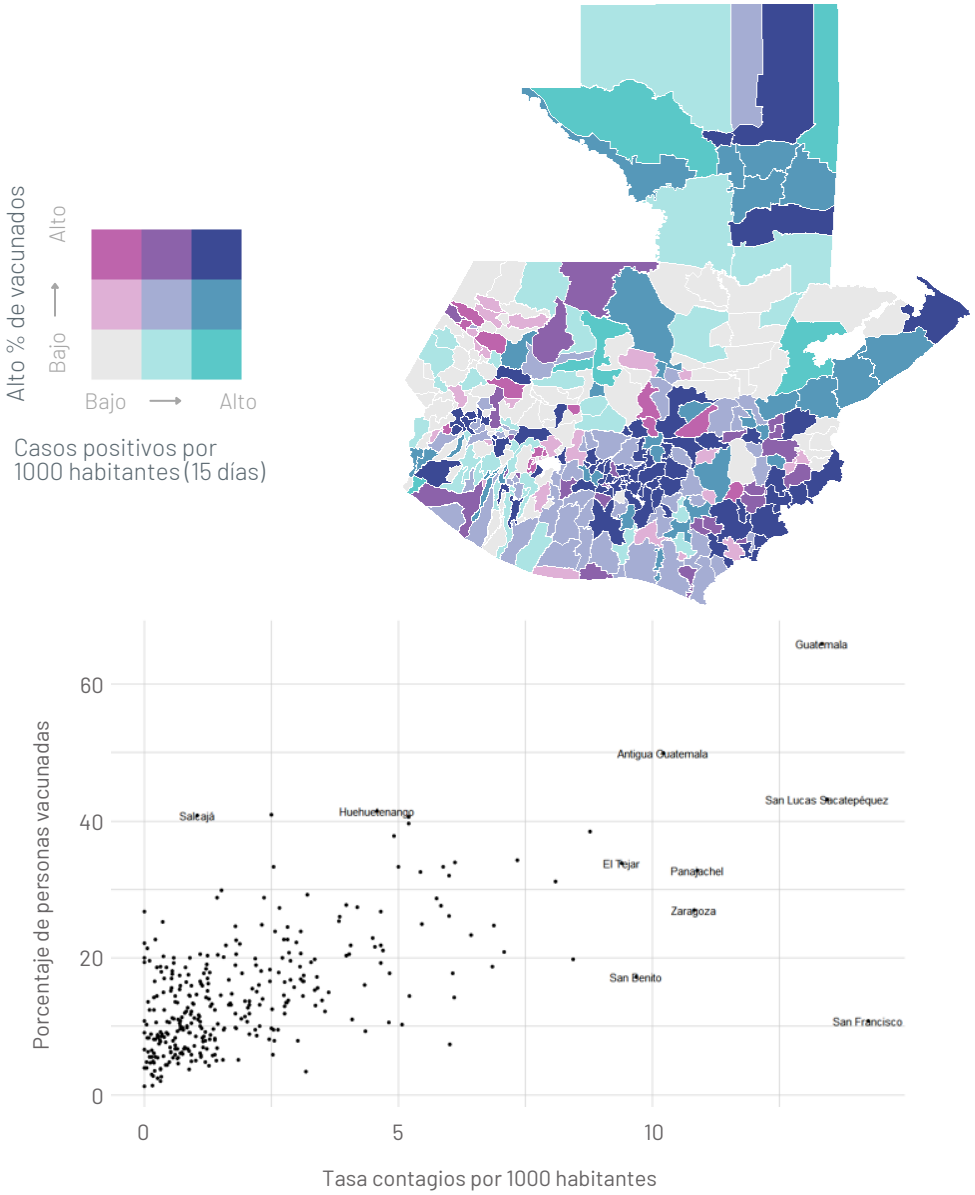
18 Es necesario señalar que, hasta la fecha, los estudios de mortalidad se basan en datos provisionales del Registro Nacional de las Personas, ya que se sigue a la espera de los datos depurados y oficializados por el Instituto Nacional de Estadísticas de Guatemala, en su apartado de Estadísticas Vitales.

19 CDC. 2020. "COVID Data Tracker". el 28 de marzo de 2020. https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/.

El bajo porcentaje de personas vacunadas que se están registrando en la región norte y noroccidental puede que se explique, por una parte, por la falta de estrategias diferenciadas de las autoridades de salud (desde la planificación - con el Plan Nacional de Vacunación Contra COVID-19 - y su implementación), y por otra, puede ser el resultado de una desconfianza generalizada de alguna comunidades hacia el gobierno, que tenga como consecuencia el rechazo de éstas a la vacuna.

Esta última explicación debe ser estudiada con más detenimiento, pues es trascendental entender las actitudes favorables y desfavorables que tienen las poblaciones respecto a la vacuna, sobre todo, cuando la comunicación oficial no ha realizado un esfuerzo por ser inclusivo con idiomas de las población indígena, ni tampoco han existido grandes acciones para acercar a líderes comunitarios a la campaña de vacunación.

Figura 7. Relación entre porcentaje de personas vacunadas y casos positivos (últimos 14 días), al 15 de agosto de 2021



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Implicaciones de las disparidades etnolingüísticas y áreas urbanas/rurales

- La recolección de datos de personas vacunadas por etnia, sexo, edad, lugar de residencia y municipio de vacunación son indispensables para visibilizar posibles disparidades en el proceso de inmunización contra la COVID-19, especialmente en las poblaciones más vulnerables. Esta información representa el punto de partida para el diseño de políticas e intervenciones, elaboradas de forma oportuna y acertada.

- Le corresponde al Ministerio de Salud hacer un esfuerzo más grande para presentar datos de forma desagregada por centro y puesto de vacunación habilitado, al igual que la información referente a la boleta de vigilancia epidemiológica, para asegurar un detalle más preciso, que permita a terceras partes colaborar en la generación de evidencia certera y confiable. También debe existir una mejora en la calidad de la información disponible sobre personas contagiadas de COVID-19, con una aproximación epidemiológica, para subsanar el subregistro. De esa manera, se podrán diseñar políticas y medidas de contención, en las que la movilidad interdepartamental es fundamental para evitar aumentar de forma desproporcionada los contagios, especialmente para poblaciones en donde todavía no ha llegado la vacuna.

- Debe ser de principal importancia realizar actividades que reduzcan las disparidades ocasionadas o exacerbadas por la pandemia COVID-19. Para ello, se recomienda la elaboración de estrategias diferenciadas como las jornadas de vacunación masiva en comunidades rurales, campañas de micro-concentración en áreas rurales, jornadas de vacunación en mercados comunales y de alta recurrencia comunitaria, entre otras. Asimismo, se necesita realizar estrategias de comunicación inclusivas, con pertinencia cultural, con el fin de reducir las disparidades en las comunidades etnolingüísticas, especialmente de los pueblos xinkas y mayas.

- Ante el escenario moderado de suministro de vacunas, las autoridades de salud deberán acelerar el ritmo de la campaña de inmunización de la población, así como abastecer de forma constante los puestos y centros de salud con vacunas de COVID-19, y proveer el equipo necesario (humano, tecnológico y material) para su funcionamiento. La accesibilidad debe prestar más atención a las áreas de las regiones norte y noroccidente del país, sobre todo departamentos como: Alta Verapaz, Baja Verapaz, Huehuetenango y Totonicapán, con poblaciones indígenas rurales y alta incidencia de pobreza.

- Finalmente, también es necesario continuar con esta línea de estudio a nivel micro para indagar en las actitudes y opiniones de las diferentes comunidades etnolingüísticas sobre la vacunación, con el fin de determinar un posible desconocimiento o incluso rechazo a la vacuna de COVID-19, por parte de la población mayor de 18 años. Tener un registro adecuado de esto podrá anticipar las acciones y posibles estrategias necesarias para mitigar esta problemática.

Referencias

Bassett, Mary T., Jarvis T. Chen, y Nancy Krieger. 2021. "Correction: Variation in Racial/ethnic Disparities in COVID-19 Mortality by Age in the United States: A Cross-Sectional Study". PLoS Medicine 18 (2): e1003541. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003541.

Battle-Fisher, Michele. 2014. Application of Systems Thinking to Health Policy & Public Health Ethics: Public Health and Private Illness. Springer. https://play.google.com/store/books/details?id=OzdpBQAAQBAJ.

CDC. 2020. "COVID Data Tracker". el 28 de marzo de 2020. https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/.

"Excess Mortality During the COVID-19 Pandemic in Guatemala". s/f. Consultado el 16 de agosto de 2021. https://www.ces.uvg.edu.gt/page/product/excess-mortality-during-the-covid-19-pandemic-in-guatemala/.

"Guatemala". 2015. el 9 de septiembre de 2015. http://www.healthdata.org/guatemala.

Maldonado, Enrique, y Sofía Montenegro. 2020. "¿A quién NO llega la ayuda? Análisis de los programas de emergencia #COVID19 frente a los indicadores de pobreza y desnutrición". el 27 de agosto de 2020. https://dialogos.org.gt/publicaciones/quien-no-llega-la-ayuda-analisis-de-los-programas-de-emergencia-covid19-frente-los.

Martins-Filho, Paulo Ricardo, Brenda Carla Lima Araújo, Karyna Batista Sposato, Adriano Antunes de Souza Araújo, Lucindo José Quintans-Júnior, y Victor Santana Santos. 2021. "Racial Disparities in COVID-19-Related Deaths in Brazil: Black Lives Matter?" Journal of Epidemiology / Japan Epidemiological Association 31 (3): 239–40. https://doi.org/10.2188/jea.JE20200589.

Mutambudzi, Miriam, Claire Niedwiedz, Ewan Beaton Macdonald, Alastair Leyland, Frances Mair, Jana Anderson, Carlos Celis-Morales, et al. 2020. "Occupation and Risk of Severe COVID-19: Prospective Cohort Study of 120 075 UK Biobank Participants". Occupational and Environmental Medicine, diciembre. https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106731.

Razai, Mohammad S., Hadyn K. N. Kankam, Azeem Majeed, Aneez Esmail, y David R. Williams. 2021. "Mitigating Ethnic Disparities in Covid-19 and beyond". BMJ 372 (enero): m4921. https://doi.org/10.1136/bmj.m4921.

Ritchie, Hannah, Edouard Mathieu, Lucas Rodés-Guirao, Cameron Appel, Charlie Giattino, Esteban Ortiz-Ospina, Joe Hasell, Bobbie Macdonald, Diana Beltekian, y Max Roser. 2020. "Coronavirus Pandemic (COVID-19)". Our World in Data, marzo. https://ourworldindata.org/coronavirus.

Organización Panamericana de la Salud. 2021. "Marco de valores del SAGE de la OMS para la asignación y priorización de la vacunación contra la COVID-19. 14 de septiembre del 2020". OPS/FPL/IM/COVID-19/21-0014. OPS. https://iris.paho.org/handle/10665.2/53323?show=full.

Autores

Sofía Montenegro

Investigadora de Diálogos

Licenciada en Ciencia Política por la Universidad Francisco Marroquín y Master en Opinión Pública y Comportamiento Político por la Universidad de Essex, Inglaterra.

Kevin Martínez-Folgar

Epidemiólogo

Médico y Cirujano por la Universidad de San Carlos de Guatemala y candidato doctoral en Epidemiología por la Universidad de Drexel (EEUU).

Walter Corzo
Director Ejecutivo

Carlos Mendoza
Coordinador Académico

Marco Robles
Análisis y visualización de datos

Mayarí Prado
Coordinadora de Comunicación

Gabriela Morales
Portada, diagramación y producción editorial

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

Agosto 2021

Este documento ha sido elaborado por el área temática de Respuesta Covid-19. El análisis y las opiniones contenidas en este documento pertenecen exclusivamente a Diálogos.

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

Cualquier comentario u observación sobre esta publicación puede ser enviada al correo electrónico: info@dialogos.org.gt

Diálogos es un centro de pensamiento de segunda generación 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, agosto de 2021