



JUSTICIA ECONÓMICA Y COVID-19: ADQUISICIÓN DE VACUNAS DURANTE LA PANDEMIA EN EL SALVADOR, GUATEMALA Y HONDURAS



**AGENDA
REGIONAL**
PARA UNA
**VACUNA
UNIVERSAL**
CONTRA LA COVID-19

Con el apoyo de



JUSTICIA ECONÓMICA Y COVID-19: ADQUISICIÓN DE VACUNAS DURANTE LA PANDEMIA EN EL SALVADOR, GUATEMALA Y HONDURAS

Serie Agenda Regional para la Vacunación Universal contra la COVID-19
Oxfam en América Latina y el Caribe

2023



Con el apoyo de:



Karin Slowing Umaña, Coordinadora General del Informe Regional y autora del informe sobre Guatemala, Laboratorio De Datos GT.

Oscar Chávez, autor de los estudios sobre brechas regionales de vacunación y adquisiciones de vacunas en El Salvador, Honduras y Guatemala, Laboratorio De Datos GT.

Enrique Maldonado, autor de los estudios sobre financiamiento y presupuesto para adquisición de vacunas en El Salvador, Honduras y Guatemala, Laboratorio De Datos GT.

Rubén Morales y Facundo Vásquez, estudio regional sobre percepciones del sector farmacéutico de El Salvador, Honduras y Guatemala sobre la viabilidad de producir vacunas en Centroamérica.

Manuel Delgado, Coordinador de Estudios sobre Políticas Públicas, Fundación Dr. Guillermo Manuel Ungo (FUNDAUNGO), El Salvador.

Claudia Meléndez y Orlando Contreras, consultores de la Fundación Dr. Guillermo Manuel Ungo (FUNDAUNGO), El Salvador.

Julio Rivera, consultor del Foro Social de la Deuda Externa y Desarrollo de Honduras (FOSDEH), Honduras.

Se agradece la colaboración de:

Estela García, Gerente de Comunicaciones de Oxfam en Centroamérica.

Fidel Us, Oficial de Influencia, Oxfam en Guatemala.

Karla Castillo, Responsable de Migración, Desigualdad y Justicia Fiscal, Oxfam en El Salvador.

Leana Correa, Oficial de Programa, Oxfam en Honduras.

Karla Sierra y Evin Pagoaga, FOSDEH, Honduras.

Esta es una iniciativa impulsada por el Programa de Oxfam en Centroamérica en Guatemala, El Salvador y Honduras.

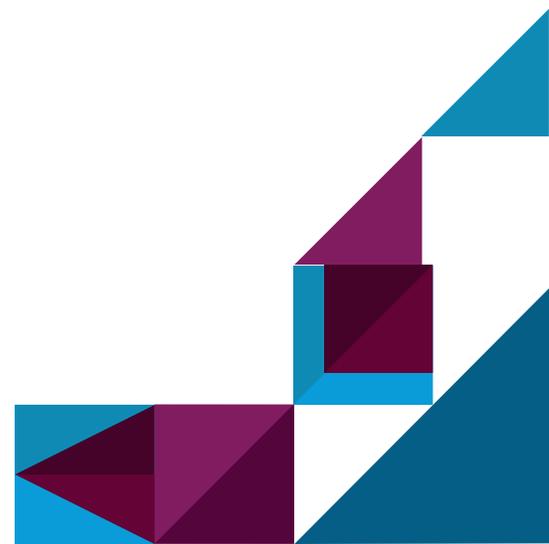
© Oxfam América Latina y el Caribe

El presente documento es la investigación Justicia Económica y COVID-19: adquisición de vacunas durante la pandemia en El Salvador, Guatemala y Honduras. La investigación ha sido elaborada en el marco de los estudios de la Serie Regional para la Vacunación Universal contra la COVID-19, realizada con el apoyo de Oxfam en América Latina y el Caribe y de la Plataforma Vacunas para la Gente en Latinoamérica, con el fin de documentar la situación de la pandemia y la vacunación en estos tres países de Centroamérica.

El texto puede ser utilizado libremente para campañas informativas, procesos educativos, acciones de incidencia y estudios de investigación científica, siempre y cuando se indique la fuente de forma completa.

CONTENIDO

Introducción	7
I. Reseña del inicio y evolución de la pandemia covid-19 en El Salvador, Guatemala y Honduras	9
1.1. Evolución de la pandemia y la vacunación en El Salvador	10
1.2. Evolución de la pandemia y la vacunación en Honduras	14
1.3. Evolución de la pandemia y la vacunación en Guatemala	17
II. Adquisición de vacunas para la COVID-19	21
2.1. Adquisición de vacunas en El Salvador	21
2.2. Adquisición de Vacunas en Honduras	29
2.3. Adquisición de vacuna en Guatemala	36
III. Financiamiento y presupuesto para las vacunas COVID-19	46
3.1. Financiamiento para la adquisición de vacunas en El Salvador	47
3.2. Financiamiento de la vacunación en Honduras	48
3.3. Financiamiento de la vacunación en Guatemala	51
IV. Análisis comparado de las experiencias de los tres países con la adquisición y financiamiento de vacunas para la COVID-19	54
4.1. Efectividad en el uso de los recursos financieros disponibles para la vacunación COVID-19	57
V. Perspectivas de la industria farmacéutica sobre la viabilidad de producir vacunas en la región centroamericana	63
5.1. Antecedentes de la producción farmacéutica en El Salvador, Guatemala y Honduras	63
5.2. Actores actuales de la industria farmacéutica en El Salvador, Guatemala y Honduras	64
5.3. Factores que afectan la factibilidad de producir vacunas en la región centroamericana	65
Conclusiones	72
Recomendaciones	73
Bibliografía	75
Anexos	77





INTRODUCCIÓN

El Salvador, Guatemala y Honduras son los tres países más septentrionales de Centroamérica y comparten muchas características en cuanto a su problemática social, económica y política. Al año 2023, en estos tres países viven unas 33.69 millones de personas (17.60 millones de personas en Guatemala¹; 6.34 millones de personas en El Salvador²; y 9.75 millones de personas en Honduras³), distribuidas en un total de 900 municipios (340 municipios en Guatemala; 262 distritos en El Salvador⁴; y 298 municipios en Honduras). El 44.0% de la población total reside en el área rural (46.2% en Guatemala; 37.3% en El Salvador; y 44.4% en Honduras) y, además, es un territorio pluricultural, multiétnico y multilingüe, en donde el 28.1% de las personas se autodenominan como poblaciones indígenas u originarias (44.0% en Guatemala; 13.6% en El Salvador; y 8.6% en Honduras), y en estos territorios se reconocen, al menos, 35 pueblos indígenas.

Son tres sociedades cuya historia más reciente ha estado marcada por guerras y/o conflictos internos, de manera directa, como en el caso de El Salvador y Guatemala, o indirectamente, como en el caso de Honduras, pues este último comparte fronteras con tres países que vivieron conflictos armados internos entre las décadas de los 60 y 90 del siglo

¹ Instituto Nacional de Estadística (INE). (2019). Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050. XII Censo Nacional de Población. (2018). Guatemala. Disponible en <https://www.ine.gob.gt/proyecciones>

² Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), (2021). Estimaciones y Proyecciones de Población 2005-2050. VI Censo de Población. (2007). El Salvador. Disponible en <https://www.bcr.gob.sv/documental/Inicio/busqueda/192>

³ Instituto Nacional de Estadística (INE). (2013). Proyección de población total Honduras 2013-2030. Censo Nacional de Población. (2013). Honduras. Disponible en https://www.ine.gob.hn/publicaciones/Censos/Censo_2013/09Tomo-IX-Proyecciones-de-Poblacion/cuadros.html

⁴ Desde la aprobación de la Ley Especial para la Reestructuración Municipal en El Salvador, el 13 de junio de 2023, se redujeron los municipios del país a 44, mediante la fusión de varios antiguos municipios; los antiguos 262 municipios pasaron a ser distritos dentro de los nuevos municipios.

XX,⁵ y que, desde mediados de los años ochenta en adelante, también vivieron procesos de pacificación y democratización, e intentos variados y, en general, poco fructíferos, de lograr mejores condiciones de desarrollo y bienestar para sus poblaciones. En parte por ello, son de los países más rezagados de Latinoamérica en materia de desarrollo humano.⁶

Según el Índice de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), para el año 2021/2022⁷, El Salvador se ubicó en el puesto 125, con 0.675; Guatemala en el puesto 135, con 0.627; y Honduras en el puesto 137, con 0.621, entre los 191 países donde se calculó este índice. Además, los tres países mostraron un retroceso en su Índice de Desarrollo Humano (IDH) con respecto a la medición previa hecha por PNUD (2020/2021), hecho que, en parte, refleja los efectos que ha tenido la pandemia COVID-19 sobre la salud, la educación y la economía de estos países.

No obstante, los rezagos de desarrollo humano de El Salvador, Guatemala y Honduras anteceden con creces a la pandemia COVID-19. Sus manifestaciones son múltiples: altos niveles de pobreza, desigualdad y vulnerabilidad social y económica de sus poblaciones; altos índices de emigración indocumentada; déficits históricos de acceso, calidad y pertinencia de los servicios públicos esenciales, en particular, de la salud; discriminación, violencia e inequidades que afectan desproporcionadamente a las mujeres y a las poblaciones indígenas, entre otras. Con la pandemia, estos rasgos históricos solo se acentuaron.

Estos elementos bosquejan la complejidad de la región y las condiciones en que se enfrentó la pandemia en estos países. Sin embargo, si bien los tres países comparten varios de estos rasgos, muestran importantes diferencias en cuanto a la capacidad que tuvieron sus Estados nacionales para asegurar la disponibilidad de vacunas para la COVID-19. Este es el tema en que se enfoca el presente estudio regional, cuyo propósito es

⁵ Guatemala, El Salvador y Nicaragua.

⁶ Solo superados en la región por Nicaragua y Haití.

⁷ <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2021-22>

establecer y analizar cómo se dio esta dinámica en cada uno de estos países y comparar dicha experiencia.

Cuatro fueron los objetivos específicos que se pretendieron alcanzar: 1. Documentar cómo se dio el acceso a vacunas para la COVID-19 en cada país durante el período de la pandemia y los recursos financieros empleados para ello. 2. Identificar las perspectivas y planes existentes para asegurar el acceso a vacunas para la COVID-19, luego del Cese de la Alerta Sanitaria Internacional, el 4 de mayo 2023. 3. Indagar cuál es la posición de país frente al Tratado Pandémico. 4. Identificar la percepción de los actores nacionales y de las instancias regionales, como el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), y de organismos internacionales vinculados con el sector de medicamentos y vacunas (productores locales e importadores), con respecto a la viabilidad de producir vacunas en Centroamérica.

Para lograr estos objetivos, con la facilitación y apoyo de Oxfam en Centroamérica y sus sedes nacionales en Honduras, El Salvador y Guatemala, se establecieron tres equipos de trabajo, uno en cada país. En el caso de Honduras, la investigación fue realizada por el Foro Social de la Deuda Externa y Desarrollo de Honduras (FOSDEH); en El Salvador, por la Fundación Dr. Guillermo Manuel Ungo (FUNDAUNGO); y en Guatemala, por el Laboratorio de Datos GT, que también tuvo a su cargo la coordinación general de la investigación y los análisis regionales sobre adquisiciones y presupuestos, así como el estudio de percepciones de la industria farmacéutica sobre la viabilidad de producir vacunas en Centroamérica.

Se preparó una nota técnica y guía general para el desarrollo de la investigación, en cada país, y términos de referencia para cada uno de los otros estudios. Como resultado, se generaron seis informes de investigación que alimentaron el informe regional.

El informe se organizó en cinco capítulos. El primero presenta una breve reseña de lo que ha sido la pandemia en los países objeto de la investigación, así como de las brechas persistentes en materia de vacunación. El capítulo dos documenta la experiencia específica vivida en cada país con la adquisición y uso de vacunas para la COVID-19, y finaliza comparando dichas experiencias. El capítulo tres hace el examen del financiamiento, presupuestos y gasto realizado en vacunas COVID-19, en los tres países. El capítulo cuatro compara las experiencias de los tres países, y el capítulo cinco recoge los elementos más sustantivos del estudio de percepciones del sector farmacéutico, sobre la viabilidad de producir vacunas en la región centroamericana.

El informe finaliza con las conclusiones y recomendaciones que puedan aprovechar los gobiernos de los tres países y los organismos internacionales que trabajan en la subregión, en la búsqueda de una más efectiva preparación y capacidad de respuesta frente a amenazas regionales y globales a la salud de las poblaciones centroamericanas.



I. RESEÑA DEL INICIO Y EVOLUCIÓN DE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL SALVADOR, GUATEMALA Y HONDURAS

El virus SARS CoV-2, agente biológico causal de la enfermedad ahora conocida como COVID-19, luego de ser detectado por primera vez en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, República Popular de China, se dispersó por todo el planeta.

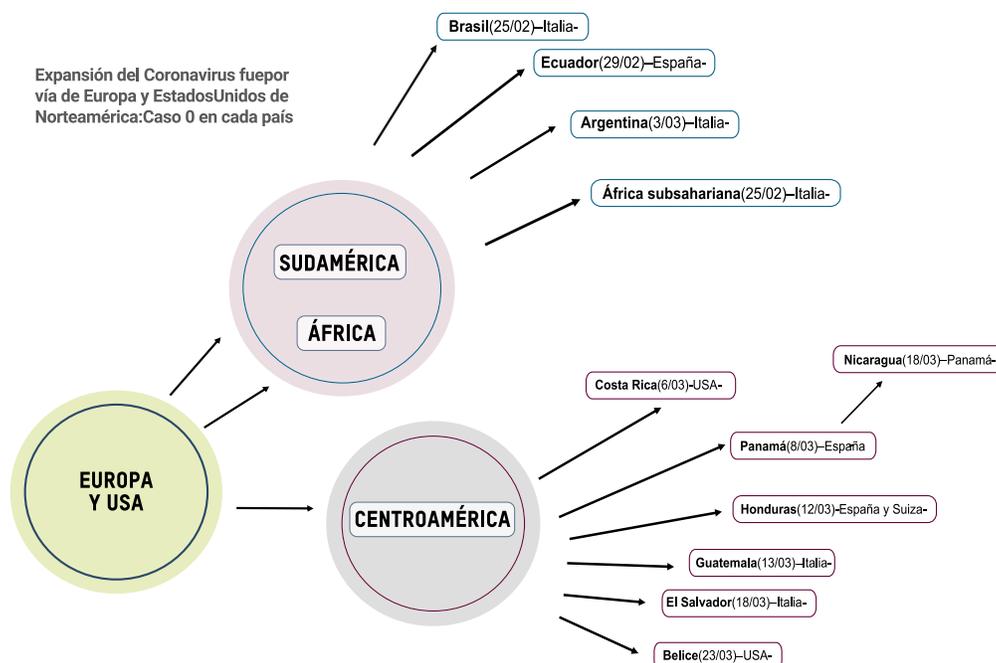
Los primeros casos de COVID-19 fuera de China se detectaron en Tailandia (13 de enero 2020) y en Japón (16 de enero 2020) en personas que habían retornado de viaje desde Wuhan. Estados Unidos de Norteamérica identificó el primer caso el 21 de enero de 2020, luego de instalar protocolos iniciales de detección en viajeros, a partir del 17 de ese mes. El primer caso en Europa se detectó en Francia, el 24 de enero, seguido de España e Italia, países que tuvieron una especial importancia para la llegada del virus a Latinoamérica.

El virus llegó a inicios de febrero a Sudamérica, y entró a la subregión centroamericana un mes más tarde. A diferencia de cómo ocurrió con Asia, Estados Unidos o Europa, el virus no llegó por medio de viajeros procedentes de China, sino de personas que se infectaron en Europa o en Estados Unidos e ingresaron desde esos destinos a los países centroamericanos, a pesar de las medidas iniciales de restricción que se tomaron tempranamente en la región, especialmente, en los tres países objeto de esta investigación.

Costa Rica fue el primer país afectado, seguido de Panamá. Ambos países son importantes puertas de entrada a la región, “hubs regionales” de transporte aéreo y marítimo (Panamá), con alta movilidad humana internacional. Costa Rica es un lugar de retiro y vacaciones de personas norteamericanas y europeas. Panamá es un centro logístico internacional para el comercio, el transporte, las finanzas y sede regional de varios organismos internacionales. Además, ambos son países altamente urbanizados, variable que jugó un papel significativo en la pandemia; y su alta densidad de habitantes fue una condición favorable para la diseminación del virus, dado su modo de transmisión.

FIGURA 1

Expansión inicial del virus SARS CoV-2 por la región Centroamericana, marzo 2020.



Fuente: Laboratorio de Datos GT.

Estas características contrastan con las condiciones en Guatemala y Honduras, pues son países que todavía tienen un alto porcentaje de población rural, que vive dispersa en esos territorios. El Salvador, por otra parte, es el país con la más alta densidad poblacional (300 habitantes por km²) y el más urbanizado (67%) de los tres en que se enfoca esta investigación. En este sentido, se hubiera podido esperar un comportamiento pandémico más parecido al de Costa Rica o Panamá; sin embargo, según la información oficial disponible, no fue tan afectado por la pandemia como lo fueron esos dos países. Se reconoce, no obstante, las enormes limitaciones impuestas por la falta de acceso a información.

En los siguientes apartados se hace una síntesis de cómo la pandemia COVID-19 afectó a cada uno de los tres países, en términos de casos y decesos confirmados, así como de coberturas de vacunación alcanzadas hasta antes de mayo 2023, fecha en que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara el cese de la Alerta Sanitaria Internacional.

1.1. EVOLUCIÓN DE LA PANDEMIA Y LA VACUNACIÓN EN EL SALVADOR

El Salvador, al igual que el resto de los países, implementó una serie de medidas para reducir la transmisión de la enfermedad, tales como la restricción a la movilidad de la población, la ampliación de la oferta hospitalaria, el apoyo económico a empresas y hogares y, posteriormente, estableció un plan de vacunación. En marzo de 2020, unos días antes de que se informara del primer caso oficial de COVID-19, El Salvador introdujo uno de los bloqueos más estrictos del mundo, una cuarentena domiciliar decretada del 21 de marzo al 13 de junio de 2020, que significó 85 días en total de restricción.

Posteriormente, transitó a una cuarentena voluntaria, donde la reactivación económica inició de manera gradual el 16 de junio, con la primera fase de la reapertura económica. Sin embargo, ante la falta de un acuerdo entre los Órganos Ejecutivo y Legislativo, el 24 de agosto de 2020 inició la reactivación de las distintas actividades económicas de manera

simultánea, sin una ley que la regulara, dejando la limitación de movilidad en manos de la ciudadanía.

El primer caso confirmado COVID-19 en El Salvador se reportó el miércoles 18 de marzo de 2020, siendo un paciente proveniente de Italia. Desde entonces, en el país se ha confirmado en el sitio oficial, un total de 201,785 casos y 4,230 fallecidos, a través de 2,610,114 pruebas diagnósticas. La fecha de actualización de estos datos corresponde al 18 de octubre de 2022, fecha en la cual el Gobierno de El Salvador dejó de actualizar los datos COVID-19 del país.

Durante el año 2020, fueron diagnosticados 725 casos por 100 mil personas en El Salvador; en el año 2021, el número de casos asciende a 1,195 por 100 mil personas; y en el 2022, alcanza a un total de 1,263 por 100 mil. En la serie cronológica de casos en El Salvador, expuesta en la Figura 1, se identifican al menos cinco olas epidémicas:

- Primera ola: marzo a septiembre de 2020, con una duración aproximada de siete meses, este período registra 28,981 casos confirmados, con el mayor número de casos durante agosto de 2020. Las primeras tres olas epidémicas son periodos largos durante los cuales los casos se mantienen en meseta, es decir, no se identifica mucha variabilidad con picos altos de contagios, sino que, en promedio, se confirma un número constante de casos y con picos no muy marcados.
- Segunda ola: octubre de 2020 a mayo de 2021, con una duración aproximada de ocho meses, este período registra 44,265 casos, con el mayor número de casos durante las últimas semanas de 2020 y las primeras semanas de 2021.
- Tercera ola: junio a diciembre de 2021, con una duración aproximada de siete meses, este período registra 48,495 casos nuevos, y se identifica un ligero aumento de casos durante septiembre de 2021.
- Cuarta ola: enero a abril de 2022, con la aparición de variantes del virus más contagiosas, se identifican periodos de contagio con picos elevados de casos. En cuatro meses se registran 40,348 casos nuevos.

• Quinta ola: a partir de mayo de 2022 y hasta el final del reporte de casos (octubre de 2022), se registran 39,696 casos.

• Se estima que al final de año 2022 y principios de 2023, El Salvador se enfrentaba a la sexta ola de contagios de COVID-19; sin embargo, el gobierno ya no reporta datos oficiales COVID-19.

Cabe mencionar que los datos reflejados en el portal oficial, sobre los cuales se ha realizado el análisis, corresponden, principalmente, a las detecciones de casos a través de las pruebas realizadas por parte del MINSAL a la población en general y en hospitales, así como a aquellas reportadas por los laboratorios

y hospitales privados autorizados; estos últimos a partir de la segunda fase de la pandemia. En consecuencia, se debe considerar que estos no sean datos totales para la población salvadoreña y podrían presentar un alto subregistro de casos.

De acuerdo con la fuente oficial del Gobierno de El Salvador, el predominio de casos reportados corresponde a población en edades entre 20 y 59 años, con 39.7% de los casos ocurridos en personas entre 20 y 39 años; seguido del grupo de 40 a 59 años, con 37,2%. La población más vulnerable se reportó de 60 años en adelante, con letalidades de 8.6% para la población de 60 a 79 años, y hasta de un 22.2% para mayores de 80 años.

FIGURA 2.
Casos de COVID-19 confirmados en El Salvador entre 2020 y 2022.



Fuente: FUNDAUNGO. Datos obtenidos de las páginas oficiales del presidente (Nayib Bukele), ministro de Salud (Francisco Alabí) y publicaciones de la plataforma oficial del Gobierno de El Salvador, a partir del 25/03/2020.

TABLA 1.
Resumen de variables de interés. COVID-19, El Salvador, 2020 a 2022.

GRUPOS DE EDAD	CASOS REPORTADOS	LETALIDAD
0 a 9 años	3,070	0.4%
10 a 19 años	8,026	0.1%
20 a 39 años	64,294	0.5%
40 a 59 años	60,277	1.7%
60 a 79 años	22,404	8.6%
80 y más años	4,018	22.2%

Fuente: FUNDAUNGO. Datos obtenidos de las páginas oficiales del presidente (Nayib Bukele), ministro de Salud (Francisco Alabí) y publicaciones de la plataforma oficial del Gobierno de El Salvador, a partir del 25/03/2020.

Según distribución espacial de los casos de COVID-19, San Salvador resultó ser el departamento con mayor reporte de casos (56,826), seguido por La Libertad (21,282), Santa Ana (18,407), San Miguel (16,864), Chalatenango (6,980), Sonsonate (6,667), Usulután (6,486), La Paz (5,396), Ahuachapán (5,356), La Unión (4,340), Cuscatlán (4,231), Morazán (3,595), San Vicente (2,953) y Cabañas (2,589).

A lo largo de toda la pandemia, en El Salvador se registraron ligeramente más casos COVID-19 en mujeres que, en hombres; sin embargo, existió una mayor mortalidad en hombres, significando un mayor riesgo de morir en este grupo poblacional.

TABLA 2.
Mortalidad según sexo, riesgo epidemiológico y año.

AÑO	MUJERES FALLECIDAS	FALLECIDAS POR 100 MIL	HOMBRES FALLECIDOS	FALLECIDOS POR 100 MIL	TOTAL DE PERSONAS FALLECIDAS	TOTAL DE PERSONAS FALLECIDAS POR 100 MIL
2020	507	15.1	831	28.1	1,338	21.2
2021	1,048	31.1	1,433	48.5	2,481	39.2
2022	137	4.1	231	7.8	368	5.8
Total	1,692	50.2	2,495	84.4	4,187	66.2

Fuente: Base de datos del MINSAL.

1.1.1. BRECHAS DE VACUNACIÓN EN EL SALVADOR

A la última fecha de actualización del portal sobre la situación COVID-19 en El Salvador, en octubre de 2022, se registraban 4,634,978 primeras dosis administradas; 4,329,694 segundas dosis; 1,847,442 terceras dosis; y 438,382 cuartas dosis administradas. Esto corresponde a coberturas vacunales de 73.1%, 68.3%, 29.1% y 6.9%, respectivamente.

Desafortunadamente, aunque El Salvador se ha destacado por avanzar rápidamente en la carrera por inmunizar a la población contra la COVID-19, los sitios oficiales sobre la vacunación COVID-19 en El Salvador no proporcionan información sobre las personas vacunadas desagregadas a nivel local, edad o género. De hecho, a lo largo de la pandemia, el principal reto para el país consistió en diseñar

Aunque el portal oficial de datos registra un poco más de 4 mil muertes por COVID-19 hasta octubre de 2022, para abril de 2021, un informe de The Economist estimaba cerca de 6,500 muertes en exceso en el país; y para 2023, el portal de Our World in Data estimaba entre 11 y 33 mil muertes en exceso durante la pandemia.

Si bien es claro que los estudios de exceso de muertes durante la pandemia toman en cuenta en su metodología las muertes por cualquier causa (estén asociadas o no a COVID-19) y apuntan a un aumento general de la mortalidad durante la pandemia por una multiplicidad de factores, se estima un alto subregistro, tanto de casos como de fallecimientos por la enfermedad.

políticas diferenciadas para alcanzar a poblaciones en situación de vulnerabilidad, particularmente mujeres rurales.

El estudio de caso “Barreras y acceso a vacunación COVID-19 para mujeres rurales en El Salvador” realizado por el Instituto de Investigación, Capacitación y Desarrollo de la Mujer (IMU) da evidencia de ello, a través del levantamiento de datos en seis municipios del departamento de Usulután, al oriente del país: Jucuarán, Ereguayquín, Jiquilisco, California, Santiago de María y Nueva Granada, que consiguió identificar las barreras en el acceso a la vacuna a través de la investigación de experiencias y percepciones de mujeres rurales.

La Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples (EHPM) del 2019 consigna un total de población rural de 1,231,520 hombres y de 1,338,984 mujeres.

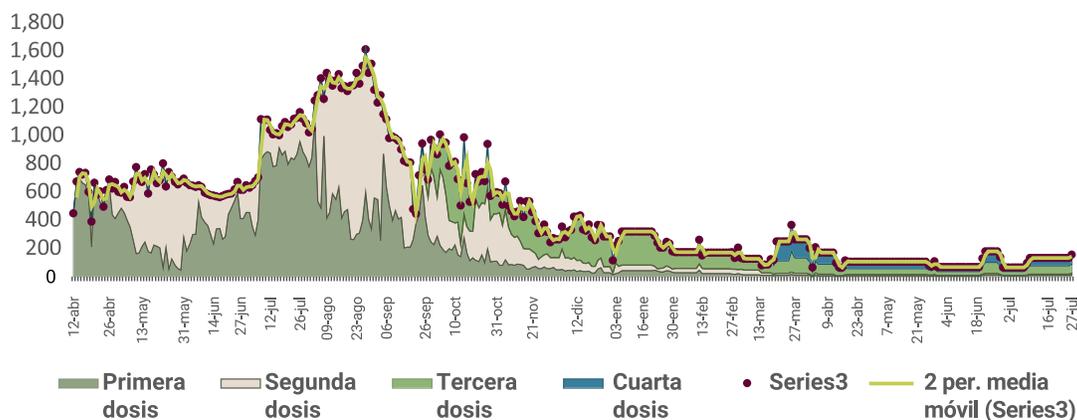
En este sentido, se esperaría que la formulación de políticas públicas debería de incluir un enfoque de género y sensibilidad a la realidad particular de las poblaciones rurales para que logren acceder a servicios y acciones públicas en condiciones de igualdad. Sin embargo, de 87 decretos expedidos por el órgano ejecutivo y judicial de El Salvador para atender la pandemia, durante los meses de enero a julio de 2020, ninguno contenía disposiciones para las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad, como las niñas y adolescentes, las mujeres migrantes y desplazadas, las mujeres con discapacidad, embarazos y lactantes, privadas de libertad, mujeres con VIH, mujeres con orientación sexual e identidad de género diversas, ni para las mujeres rurales.

Según el estudio de caso “Barreras y acceso a vacunación COVID-19 para mujeres rurales en El Salvador”, el 93.44% del total de mujeres

encuestadas afirmó que poseía el esquema completo de vacunación (dos dosis), el 81.97% expresó tener las tres dosis y ninguna tenía la cuarta dosis aplicada. Como principal mecanismo para acceder a la vacunación, el gobierno habilitó un sistema electrónico para verificar si una persona era accesible a vacunación y para programar una cita. Solamente 47.59 % de las mujeres rurales encuestadas hizo uso de esta herramienta; la mayoría no utilizó tecnología para hacer sus citas, sino que buscaron alternativas tradicionales, como una promotora o promotor de salud, llamadas por teléfono, acudiente a la Unidad de Salud comunitaria o asistiendo directamente a la clínica. Además de la falta de habilidades tecnológicas y de educación (13.11% de las mujeres rurales no podían utilizar el portal porque no saben leer y escribir), la principal barrera identificada fue el acceso al servicio de internet.

FIGURA 2.

Dosis de vacuna contra COVID-19 administradas en El Salvador entre el 12 de abril de 2021 al 27 de julio de 2022.



Fuente: FUNDAUNGO. Datos obtenidos de las páginas oficiales del presidente (Nayib Bukele), ministro de Salud (Francisco Alabí) y publicaciones de la plataforma oficial del Gobierno de El Salvador: <https://covid19.gob.sv/>, a partir del 13/04/2021.

También fueron identificados otros retos asociados a barreras estructurales que las mujeres rurales enfrentan para gozar del sistema de sanidad, que tampoco fueron tomados en cuenta en los lineamientos para la vacunación en El Salvador como: desinformación y miedo promovido por algunos sectores de la población como ciertos grupos religiosos; distancia entre sus lugares de

residencia y los Centros de Vacunación o Unidad de Salud Comunitarias; dificultades y costos económicos para movilizarse.

A pesar de estas dificultades, la percepción general respecto a la vacuna se identificó como positiva y las mujeres buscaron activamente tener acceso a ella incurriendo en gastos individuales extras: “La

vacunación minimizará los síntomas, especialmente para algunas mujeres (mayores), ya que no tienen una fuerte condición física”.

Para garantizar un acceso más equitativo a la vacuna se recomienda: fortalecer la gobernanza local en materia de salud; habilitar centros de vacunación en el ámbito comunitario; aumentar la inversión del Sistema de Salud Pública; promover y financiar políticas de cuidado; disminuir la brecha digital con enfoque de género; implementar campañas informativas y la educación comunitaria; y facilitar información pública actualizada y desagregada.

1.2. EVOLUCIÓN DE LA PANDEMIA Y LA VACUNACIÓN EN HONDURAS

Los dos primeros casos confirmados de COVID-19 en Honduras se reportaron el 11 de marzo de 2020, en una paciente proveniente de España y una proveniente de Suiza. Desde entonces, en el país se han confirmado 473,547 casos y 11,163 fallecidos, a través de unas 1,681,234 pruebas diagnósticas. La fecha de actualización de estos datos corresponde al 28 de agosto de 2023, último boletín informativo disponible sobre la COVID-19 en Honduras.

Durante el año 2020 fueron diagnosticados 1,241 casos por cada 100 mil personas en Honduras; en el año 2021, fueron registrados 2,654 por 100 mil personas; en 2022, un total de 886 casos por cada 100 mil personas, y se identifican al menos 6 olas epidémicas:

- Primera ola: de marzo a noviembre de 2020, con una duración aproximada de nueve meses, registra 107,533 casos confirmados, con el mayor número de casos durante julio. Similar a la situación del El Salvador, las primeras tres olas epidémicas son periodos largos durante los cuales los casos se mantienen en meseta, es decir, no se identifica mucha variabilidad con picos altos de contagios, sino que, en promedio, se confirma un número constante de casos y con varios brotes que sobresalen levemente durante el periodo.

- Segunda ola: de diciembre de 2020 a mayo de 2021, en seis meses de duración se confirmaron 129,439 casos. Durante este periodo se identifican dos momentos de elevación de casos durante enero y mayo de 2021.

- Tercera ola: de junio a noviembre de 2021, en seis meses se confirmaron 140,936 casos. Agosto de 2021 se registra como el mes con mayor cantidad de casos durante la pandemia en Honduras.

- Cuarta ola: de diciembre de 2021 a mayo de 2022, fueron seis meses durante los cuales se confirmaron 47,225 casos nuevos.

- Quinta ola: junio a octubre de 2022, en estos cinco meses se confirmaron 32,021 casos.

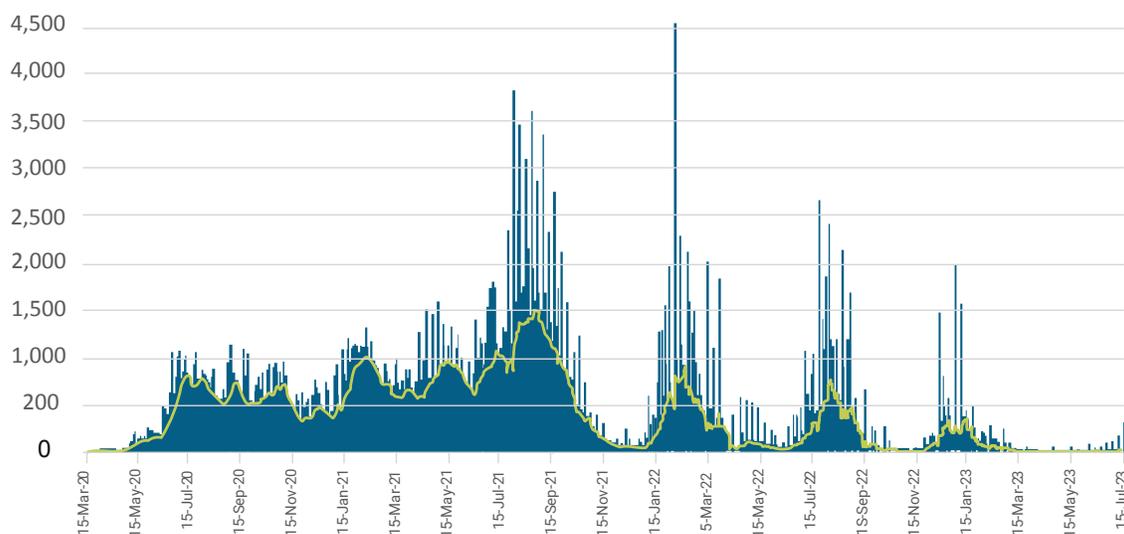
- Sexta ola: a finales de 2022 y principios de 2023, se registra una sexta ola de casos COVID-19. En cuatro meses de aumento de casos, se registran 14,982 casos nuevos en el país.

Llama la atención en la serie de datos de casos en Honduras, la presencia de días sin información a lo largo de todo el periodo, incluso durante etapas de alto contagio, la gran variabilidad en la magnitud del registro de casos durante las mismas semanas y las altas tasas de positividad, especialmente, durante los años 2020 y 2021, donde, en promedio, el 32% de las pruebas realizadas resultaron positivas. Estos son indicios de que podría existir un alto subregistro de casos debido a la cantidad insuficiente de pruebas realizadas y problemas en el reporte de casos.

De acuerdo con estimaciones realizadas con la fuente de datos, el predominio de casos reportados corresponde a población en edades entre 20 y 59 años, representando el 75.3% de todos los casos ocurridos. La población más vulnerable se reportó de 60 años en adelante, reportando letalidades de 0.8% para la población de 60 a 79 años, y hasta 8.6% para mayores de 80 años. Además, se identifica una letalidad considerablemente alta (1.5%) en personas menores de 9 años en Honduras.

FIGURA 3.

Casos diarios confirmados por Covid-19 en Honduras 2020-2023, y promedio móvil 14 días.



Fuente: FOSDEH, con base en boletines quincenales de la SESAL.

TABLA 3.

Resumen de variables de interés. COVID-19, Honduras, 2020 a 2023.

GRUPOS DE EDAD	CASOS REPORTADOS	LETALIDAD
0 a 9 años	11,421	1.5%
10 a 19 años	34,218	0.3%
20 a 39 años	218,290	0.0%
40 a 59 años	140,036	0.2%
60 a 79 años	60,225	0.8%
80 y más años	11,386	8.6%

Fuente: FOSDEH, con datos obtenidos de los boletines de la Secretaría de Salud.

TABLA 4.

Mortalidad según sexo, riesgo epidemiológico y año.

AÑO	MUJERES FALLECIDAS	FALLECIDAS POR 100 MIL	HOMBRES FALLECIDOS	FALLECIDOS POR 100 MIL	TOTAL DE PERSONA FALLECIDAS	TOTAL DE PERSONAS FALLECIDAS POR 100 MIL
2020	1,422	28.41	1,788	37.72	3,210	32.94
2021	3,166	63.26	3,981	83.97	7,146	73.33
2022	277	5.53	353	7.45	630	6.46
2023	19	0.38	34	0.72	53	0.54
Total	4,884	97.58	6,156	129.85	11,039	113.28

Fuente: FOSDEH, con datos obtenidos de los boletines de la Secretaría de Salud de Honduras, Unidad de Vigilancia de la Salud.

De igual manera, se estima que, a lo largo de toda la pandemia en Honduras, se registraron ligeramente más casos COVID-19 en mujeres que, en hombres; sin embargo, existió una mayor mortalidad en hombres, significando un mayor riesgo de morir en este grupo poblacional.

Aunque el portal oficial de datos registra un poco más de 11 mil muertes por COVID-19 hasta agosto de 2023, para marzo de 2022, un estudio publicado por The Lancet estimaba 55,400 (de 46,900 a 67,100) muertes en exceso en el país; y para 2023, el portal de Our World in Data estimaba entre 14 y 45 mil muertes en exceso durante la pandemia. Si bien es claro que los estudios de exceso de muertes durante la pandemia toman en cuenta en su metodología las muertes por cualquier causa (estén asociadas o no a COVID-19) y apuntan a un aumento general de la mortalidad durante la pandemia por una multiplicidad de factores, se estima en este caso un alto subregistro, tanto de casos como de fallecimientos por la enfermedad.

1.2.1. BRECHAS DE VACUNACIÓN EN HONDURAS

A mediados de 2023, Honduras registraba 6,492,303 primeras dosis administradas; 5,785,566 segundas dosis; y 4,309,860 dosis de refuerzo (tercera y cuartas dosis). Esto corresponde a coberturas vacunales de 66.62%, 59.37%, 36.78% y 11.96%, respectivamente.

Similar al caso de El Salvador, en Honduras los sitios oficiales sobre la vacunación COVID-19 no proporcionan información sobre las personas vacunadas desagregadas a nivel local, edad o género; de manera general, el acceso a la información sobre la vacunación es muy limitado. Sin embargo, se ha podido documentar el limitado acceso a la vacunación en poblaciones en situación de vulnerabilidad, particularmente, poblaciones indígenas en territorios rurales. El estudio de caso "Brechas de vacunación en el departamento de Gracias a Dios" realizado por el Foro Social de Deuda Externa y Desarrollo de Honduras (FOSDEH) da evidencia de ello.

El departamento de Gracias a Dios, situado en el noreste de Honduras, registra una población mayoritariamente indígena. Pese a ser un colectivo

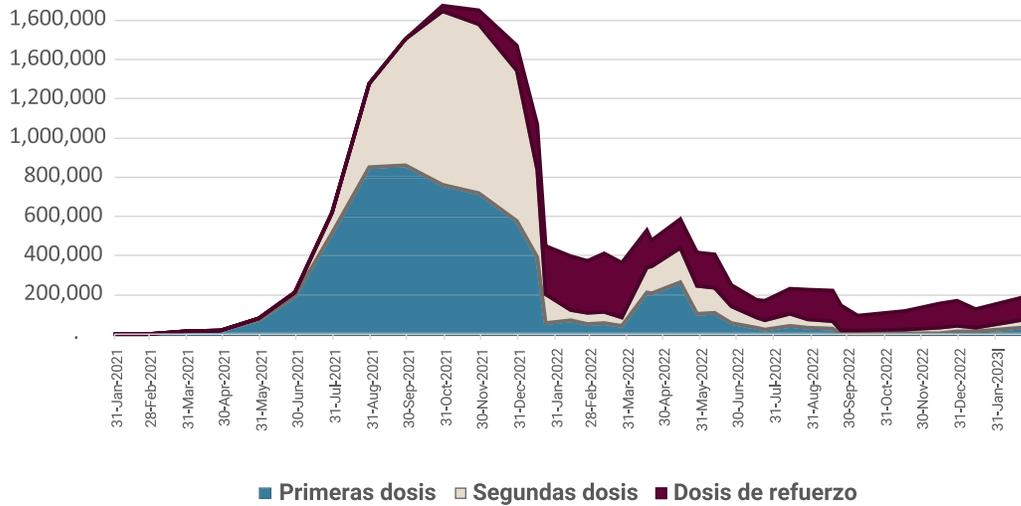
históricamente en vulnerabilidad, no ha sido priorizado por las autoridades hondureñas en los procesos de vacunación ni se ha presentado un plan específico y culturalmente apropiado para pueblos indígenas y afrodescendientes. Una falta de enfoque diferenciado que ha provocado procesos de exclusión en salud, reduciendo las posibilidades de acceso a las vacunas a los pueblos indígenas Pech, Tawahka, Misquitos y Garifunas que conviven en el departamento.

Como consecuencia, hasta junio de 2022, sólo el 29% de la población tenía la primera dosis de la vacuna, porcentaje que bajaba hasta el 14% en el caso del esquema completo de dos dosis y al 4% para el primer refuerzo. Estas coberturas vacunales se encuentran muy por debajo del promedio nacional, posicionando al departamento de Gracias a Dios como la región hondureña con menor índice de inoculación de la vacuna contra el virus.

Las principales barreras para el acceso a la vacuna entre la población indígena de Honduras identificadas son: el deficiente y disperso sistema de salud, la falta de electrificación de los municipios del departamento, las dificultades para el desplazamiento y transporte de insumos médicos y, finalmente, la ausencia de una campaña de comunicación y sensibilización consultada, culturalmente apropiada, traducida a los idiomas indígenas y que valore la medicina tradicional de los pueblos indígenas.

FIGURA 5.

Estimación de dosis de vacuna contra COVID-19 administradas en Honduras durante 2021 y 2022.



Fuente: Laboratorio de Datos GT, con datos obtenidos de la SESAL, Honduras.

1.3. EVOLUCIÓN DE LA PANDEMIA Y LA VACUNACIÓN EN GUATEMALA

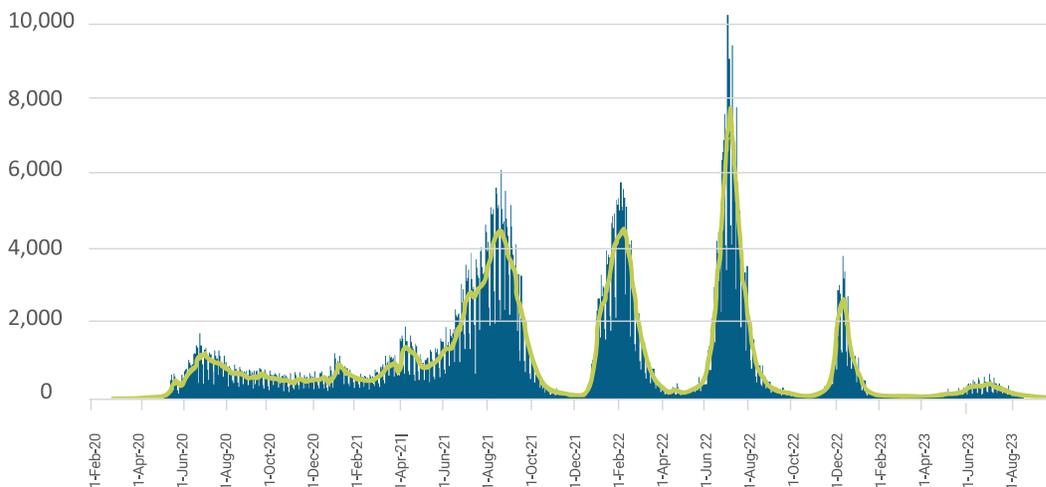
El primer caso confirmado COVID-19 en Guatemala se reportó el 13 de marzo de 2020, siendo un paciente proveniente de Italia. Desde entonces, en Guatemala se han confirmado 1,278,134 casos y 20,264 personas fallecidas, a través de 7,743,198 pruebas diagnósticas. La fecha de actualización de

estos datos corresponde a octubre de 2023, ya que, a la fecha, el tablero oficial del gobierno continúa siendo actualizado.

Durante el año 2020, fueron diagnosticados 837 casos por 100 mil personas en Guatemala; en el año 2021, fueron registrados 2,827 casos por cada 100 mil personas; en 2022, un total de 3,355 por cada 100 mil; y en lo que va de 2023, se han registrado 242 casos por cada 100 mil personas. La serie cronológica de casos en Guatemala identifica seis olas epidémicas:

FIGURA 6.

Casos diarios confirmados por Covid-19 en Guatemala 2020-2023, y promedio móvil 7 días.



Fuente: Laboratorio de Datos GT, con datos obtenidos del MSPAS.

- Primera ola: de marzo a diciembre de 2020, con una duración aproximada de diez meses, registra 147,314 casos confirmados, con el mayor número de casos de ese periodo durante julio. En el caso de Guatemala, se registra una primera ola y un inicio de la segunda ola, ambas muy largas, con un alto número de casos en meseta y pequeños brotes que sobresalen levemente durante el periodo.

- Segunda ola: de enero de 2021 a diciembre de 2021, en un año de duración se confirmaron 497,557 casos. Durante el mes de agosto se da el mayor número de casos en ese periodo.

- Tercera ola: de enero de 2022 a mayo de 2022, cinco meses durante los cuales se confirmaron 242,957 casos. Febrero de 2022 se registra como el mes con mayor cantidad de casos durante ese periodo.

- Cuarta ola: de junio de 2022 a octubre de 2022, cinco meses durante los cuales se confirmaron 282,143 casos nuevos. Julio de ese año se registra como el mes con mayor número de casos durante la pandemia en Guatemala, con poco más de 160 mil casos registrados.

- Quinta ola: noviembre de 2022 a marzo de 2023, cinco meses durante los cuales se confirmaron 78,603 casos.

- Sexta ola: a partir de abril de 2023 y hasta mediados del año, se registra una sexta ola de casos COVID-19, con 29,559 casos nuevos en el país.

A lo largo de toda la pandemia, Laboratorio de Datos GT ha documentado el limitado y desigual acceso que ha habido a las pruebas diagnósticas en Guatemala. Esto se ha traducido en un subregistro de pruebas que en periodos de la pandemia ha llegado a ser de hasta diez veces, por lo que los datos oficiales registrados serían no más que un límite inferior del verdadero impacto de la pandemia en el país.

Según distribución espacial de los casos de COVID-19, los casos confirmados se concentran, principalmente, en la ciudad capital (municipio de Guatemala) y en otras cabeceras departamentales, predominantemente urbanas. Solo el departamento de Guatemala registra 657 mil casos, representando el 51.4% de todos los casos del país. El resto 48.6% se distribuye en los casos confirmados en todo el país, exceptuando el departamento de Guatemala. En gran manera, esta distribución responde a la manera en la que las pruebas diagnósticas fueron distribuidas en el territorio, priorizando territorios urbanos y menos pobres del país.

De acuerdo con la fuente oficial del Gobierno de Guatemala, el predominio de casos reportados corresponde a población en edades entre 20 y 59 años, con 48.7% de los casos ocurridos en personas entre 20 y 39 años; seguido del grupo de 40 a 59 años, con 26.6%. La población más vulnerable se reportó de 60 años en adelante, reportando letalidades de 6.68% para la población de 60 a 79 años, y hasta 17.01% para mayores de 80 años.

TABLA 5.

Resumen de variables de interés. COVID-19, Guatemala, 2020 a 2023.

GRUPOS DE EDAD	CASOS REPORTADOS	LETALIDAD
0 a 9 años	51,686	0.62%
10 a 19 años	114,563	0.15%
20 a 39 años	622,208	0.33%
40 a 59 años	340,578	1.80%
60 a 79 años	132,969	6.68%
80 y más años	16,030	17.01%

Fuente: Laboratorio de Datos GT, con datos del MSPAS.

TABLA 6.

Mortalidad según sexo, riesgo epidemiológico y año.

AÑO	MUJERES FALLECIDAS	FALLECIDAS POR 100 MIL	HOMBRES FALLECIDOS	FALLECIDOS POR 100 MIL	TOTAL DE PERSONAS FALLECIDAS	TOTAL DE PERSONAS FALLECIDAS POR 100 MIL
2020	1,747	19.5	4,204	48.5	5,951	33.81
2021	4,702	52.6	7,377	85.2	12,079	68.62
2022	898	10.0	1,197	13.8	2,095	11.90
2023	57	0.6	82	0.9	139	0.79
Total	7,404	82.8	12,860	148.5	20,264	115.12

Fuente: Laboratorio de Datos GT, con datos obtenidos del MSPAS.

A lo largo de toda la pandemia, en Guatemala, se registraron ligeramente más casos COVID-19 en mujeres (53%) que en hombres (47%); sin embargo, existió una mayor mortalidad en hombres, significando un mayor riesgo de morir en este grupo poblacional.

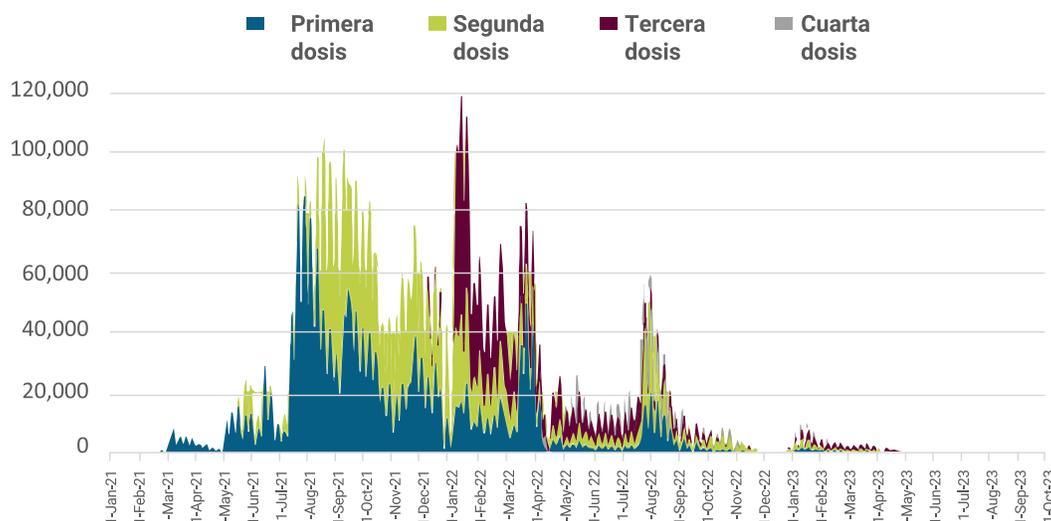
Aunque el portal oficial de datos registra un poco más de 20 mil muertes por COVID-19 hasta octubre de 2023, a lo largo de toda la pandemia, Laboratorio de Datos GT ha monitoreado el exceso de muertes en Guatemala.

A la fecha, se estiman al menos 80 mil muertes en exceso y el portal de Our World in Data estimaba entre 46 y 62 mil muertes en exceso durante la pandemia. Si bien es claro que los estudios de exceso de muertes durante la pandemia toman en cuenta en su metodología las muertes por cualquier causa (estén asociadas o no a COVID-19) y apuntan a un aumento general de la mortalidad durante la pandemia por una multiplicidad de factores, se estima en este caso un alto subregistro, tanto de casos como de fallecimientos por la enfermedad.

1.3.1. BRECHAS DE VACUNACIÓN EN GUATEMALA

FIGURA 6.

Dosis de vacuna contra COVID-19 administradas en Guatemala de marzo de 2021 a octubre de 2023.



Fuente: Laboratorio de Datos GT, con datos obtenidos del MSPAS.

A octubre de 2023, el portal sobre la situación COVID-19 en Guatemala registraba 8,937,834 primeras dosis administradas; 7,139,656 segundas dosis; 3,723,624 terceras dosis; y 590,661 cuartas dosis administradas. Esto corresponde a coberturas vacunales de 50.8%, 40.5%, 21.2% y 3.4%, respectivamente.

En la región, Guatemala es el país más rezagado en la vacunación, y actualmente ya no cuenta con disponibilidad de dosis de vacuna para ampliar las coberturas. El estudio de caso “Vacunación COVID-19 y poblaciones vulnerables: Desigualdad y barreras institucionales (MSPAS) de acceso a la vacunación”, realizado por Laboratorio de Datos GT, describe las decisiones tomadas por el Gobierno de Guatemala y por el MSPAS, así como las barreras de acceso a la vacuna que éstas generaron, las cuales están a

la base de estas bajas coberturas de vacunación a nivel nacional, que se agravan profundamente cuando se toman en cuenta variables que definen la vulnerabilidad socioeconómica en Guatemala: ruralidad, pobreza, etnicidad y bajo nivel educativo: para abril de 2023, la población ladina del país registraba coberturas vacunales de 71% y 58% con primera y segunda dosis; mientras que la población indígena registraba el 28% y 20%, respectivamente. Se identificaron 14 barreras para el acceso equitativo a la vacuna, clasificadas en tres áreas:

1. Acciones del gobierno para adquirir y asegurar el acceso a la vacuna.
2. Diseño del plan de vacunación que se convierte en barrera de acceso.
3. Implementación del plan de vacunación con un sistema de salud debilitado.

TABLA 7.
Barreras institucionales o factores causales inmediatos que afectaron la oferta institucional del MSPAS con la vacunación COVID-19

ACCESO A LAS VACUNAS	DISEÑO DEL PLAN DE VACUNACIÓN	IMPLEMENTACIÓN DE LA VACUNACIÓN
El Gobierno de Guatemala se atuvo en un inicio, gestionando sólo a través de COVAX la adquisición de dosis para el 20% de la población.	Se diseñó un modelo homogéneo de vacunación para todo el país, que no se corresponde con la realidad heterogénea de Guatemala.	Información y educación para la vacunación llegó tarde y a cuentagotas. Mientras que la desinformación llegó muy rápido.
Acaparamiento de vacunas por los países de mayores ingresos en el primer trimestre de 2021. Esto además retrasó las entregas de COVAX.	Una lógica de priorización por riesgo individual, que no consideró la vulnerabilidad socioeconómica de la población como criterio.	Debilidades estructurales de la cadena de frío que no se preparó con tiempo. Las mejoras llegaron tardíamente e insuficiente cantidad.
Las decisiones gubernamentales sobre la adquisición de vacunas no se basaron en las recomendaciones técnicas del CONAPI.	Menor experiencia de los servicios de salud del MSPAS con la vacunación masiva de personas adultas, especialmente hombres.	Criterios gerenciales inequitativos para la distribución/asignación de vacunas en los municipios y puestos de vacunación (por ejemplo, urbano/rural o puestos públicos/privados).
Negociación opaca e incumplimiento tolerado sobre la compra y entrega de vacunas Sputnik-V.	Plan de vacunación no incluye metas claras, tales como objetivo de cobertura vacunal, dosis diarias y otras consideraciones operativas.	La estructura y operatividad institucional y de recurso humano del MSPAS no fue reforzada para realizar la vacunación masiva en el plazo establecido.
No se ha tenido control sobre el cronograma de entregas de vacunas al país (donadas o compradas), lo que resultó en vencimiento de dosis.	Sistema de registro moderno se convierte en barrera al ser virtual y en español, es difícil de usar para la mayor parte de la población, especialmente rural e indígena.	

Fuente: Laboratorio de Datos GT.

II. ADQUISICIÓN DE VACUNAS PARA LA COVID-19

En los tres países objeto de la presente investigación, se emplearon tres mecanismos para acceder a vacunas para la COVID-19: vía el mecanismo COVAX, compra bilateral y donaciones de países amigos. La combinación del uso de estos mecanismos difiere de país a país, por cual, en el presente capítulo, se hace un recuento de cómo se fue dando la adquisición de vacunas en cada país.

2.1. ADQUISICIÓN DE VACUNAS EN EL SALVADOR

El gobierno de El Salvador, incluso antes de la iniciativa para la implementación del Plan de Vacunación, tras declarar el Estado de Emergencia Nacional por la pandemia de COVID-19 en 2020, buscó fuentes de financiamiento externo en una combinación entre préstamos con Instituciones Financieras Internacionales (IFIS) y colocación de títulos valores para hacer frente a los efectos económicos negativos que implicaban las medidas de restricción de la movilidad y sus impactos en las finanzas del Estado.

Adicionalmente, la Asamblea Legislativa aprobó la suspensión temporal de los indicadores fiscales contenidos en la Ley de Responsabilidad Fiscal, para gestionar financiamiento mediante emisión de bonos o préstamos. También otorgó al órgano ejecutivo la autorización para gestionar financiamiento complementario al presupuesto 2020, por \$645.8 millones, y se contempló una autorización de hasta \$2,000 millones en el marco de la pandemia COVID-19 (Ministerio de Hacienda, 2020). El financiamiento de \$2,000 millones, según lo establecido en el Decreto Legislativo No. 608, sería destinado, principalmente, al sistema de salud, para atender la emergencia causada por la pandemia.

Además, una parte del financiamiento (30% del total autorizado) sería destinado a los Gobiernos Municipales para la ejecución de proyectos en sus territorios.

Durante 2020, el gobierno modificó el presupuesto del ramo de salud para la adquisición de insumos, equipos y medicamentos para hospitales y unidades de salud, así como el reacondicionamiento y equipamiento de hospitales. Estos cambios, aunque pretendían incrementos de aproximadamente \$100 millones, según los datos del Ministerio de Hacienda, solo se devengaron aproximadamente \$50 millones, y estos incrementos se sostuvieron en los tres años siguientes.

El 24 de noviembre de 2020, el presidente Nayib Bukele anunció el primer acuerdo con las farmacéuticas para adquirir las vacunas para la COVID-19. Fue el tercer país de Centroamérica, luego de Costa Rica y Panamá, en anunciar este tipo de acuerdos. Dos meses después de firmar el primer acuerdo, llegó el primer cargamento de vacunas, según las declaraciones del ministro de Salud, Francisco Alabí. A partir de este anuncio, se fue dando a conocer en las diferentes redes sociales oficiales de las instituciones, así como en periódicos de circulación nacional, la posterior recepción de diferentes lotes de vacunas y las dosis recibidas.

Como resultado del constante monitoreo de esta información, Fundaungo publicó el Boletín No. 39 sobre la percepción de inconsistencias en el número de lotes de vacunas recibidos en el país. En dicho boletín, se señaló que: “cabe mencionar que en las redes sociales de la Secretaría de Prensa de la Presidencia de la República, existen publicaciones en la que mencionan que se han recibido 53 lotes de vacunas, pero otras publicaciones mencionan 55 lotes, estableciendo una incoherencia en los datos”⁸. En este boletín, Fundaungo mencionó que, en febrero de 2023, el país recibió 100,800 dosis de vacunas Comirnaty/Pfizer de última generación, donadas por Letonia, dato también mencionado en el COVID-19 market dashboard de UNICEF. El ministro de Salud informó que el fármaco donado cuenta con la partícula bivalente, es decir, que brinda protección contra la cepa original del COVID-19, así como frente a ómicron y sus subvariantes BA.4 y BA.5.

⁸ Boletín 39: Evolución de casos del COVID-19 en El Salvador, del 14 de marzo 2020 al 27 de julio de 2022 (fundaungo.org.sv) <https://twitter.com/SecPrensaSV/status/1494483172440125460>

Para la compra de las vacunas, el gobierno tuvo acceso a dos préstamos del Banco Mundial (Oficialmente el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, BIRF, pero mejor conocido como Banco Mundial), el primero por \$70 millones, aprobado en julio de 2021 (Conocido por el código BIRF 9229-SV) y el segundo por \$100 millones, aprobado en octubre del mismo año (conocido por el código BIRF 9429-SV). El 22 de junio de 2020, la Asamblea Legislativa, por medio del Decreto Legislativo No. 675, aprobó el contrato de préstamo con el Banco Mundial, denominado “Programa de respuesta de El Salvador ante la COVID-19”, por un monto de \$20,000,000.

Sin embargo, a pesar de haber sido aprobado, el BIRF no realizó desembolsos en 2020, ya que, según explica el secretario jurídico de la presidencia, Conan Castro, en una iniciativa de ley presentada el 4 de junio de 2021, el Ministerio de Salud no pudo finalizar la elaboración y presentación de los documentos que conforman el Marco de Gestión Ambiental y Social solicitado por el Banco Mundial. Dentro del contrato de este préstamo, se acordó que el Ministerio de Salud debía actualizarlo previo a los desembolsos.

En entrevista realizada a representantes del Banco Mundial (BM) para esta investigación, se pudo corroborar la información obtenida y se conoció parte del proceso de gestión de los recursos.

Se confirmó que el banco otorgó a El Salvador tres préstamos para dar respuesta a la pandemia, el primer préstamo es el 9065 por un monto de 20 millones, debido a que no existían aún vacunas, como expresó el funcionario del Banco Mundial:

(El proyecto de préstamo) fue armado para responder a la pandemia por la emergencia sanitaria, compra de equipos, habilitación de los hospitales para aumentar la capacidad de camas de cuidados intensivos, compra de equipos de protección personal, campañas de comunicación, etcétera. Entre ellos, también incluyeron algunas actividades de largo plazo, como fortalecimiento de los hospitales para responder al aumento de la demanda de los servicios, y este primer préstamo fue aprobado, y no me equivoco, en abril de 2020. Luego, hubo el primer financiamiento adicional, que es el préstamo 9299 en abril de 2021, y el segundo financiamiento adicional 9429, en junio de 2022.

En marzo de 2020, cuando estuvo claro que los países iban a requerir financiamiento, el Banco buscó recursos para implementar el proyecto global, llamado “Multiphase Programmatic Approach”, es decir, como un enfoque multifase programático. Tenía una asignación original de 12 billones que, después, fueron distribuidos entre los países, con base en las necesidades de entonces. Uno de los países beneficiados fue El Salvador por cumplir condiciones previas. Una vez fue seleccionado, se siguió el proceso de un préstamo: aprobación de sus varias fases a partir de diferentes filtros y, después, su implementación.

A partir de la aprobación del préstamo a El Salvador por parte del Banco Mundial para dar respuesta a la situación de salud provocada por la pandemia, existieron organizaciones interesadas en monitorear y generar contraloría sobre la utilización de dichos fondos. El trabajo de monitoreo de las acciones de contención de la pandemia, hecho por parte del Centro de Estudios de la Diversidad Sexual y Genérica (AMATE El Salvador), buscó conocer y/o generar incidencia sobre la ejecución de dichas acciones en las poblaciones vulnerables, para el caso específico, personas viviendo con VIH. A partir de este acompañamiento y monitoreo de las actividades destinadas a dicha población, se estableció una alianza con el Bank Information Center (BIC), “una organización estadounidense que trabaja con temática de incidencia y monitoreo a instituciones financieras internacionales como el Banco Mundial o el Banco Interamericano de Desarrollo”, según informó una persona especialista de AMATE.

La alianza con el BIC permitió a AMATE realizar un proceso sistemático de monitoreo al primer crédito que se le otorgó al gobierno de El Salvador (9065) por 20 millones de dólares, monto que a solicitud del gobierno de El Salvador tuvo en dos ocasiones financiamiento adicional, tal como se ha descrito anteriormente. Estos últimos financiamientos fueron justificados para la compra de vacunas, su distribución y aplicación.

La experiencia de AMATE, en cuanto al monitoreo de estos créditos, señala como principal observación la falta de transparencia en la gestión de recursos, ya que a pesar de la legislación que garantiza el

acceso a la información pública en El Salvador, la información relevante sobre los proyectos se encuentra clasificada como reservada por tres años. Otra de las observaciones realizadas fue la falta de indicadores desagregados para el adecuado monitoreo, situación evidenciada en capítulos anteriores de este estudio, por ejemplo, la aplicación de vacuna por grupos de edad y sexo, incluso mencionan la falta de acceso a la vacuna contra la COVID-19 para ciertas poblaciones, durante la implementación.

AMATE también señaló los temores de la población LGBTIQ+ al involucrar al ejército en el manejo de la pandemia: “algunas mujeres trans nos comentaron que ellas se sentían inseguras porque las unidades de salud o los centros de vacunación estaban rodeados de militares, y los militares históricamente han violentado a la población LGBTIQ+ y, más específicamente, a las mujeres trans” (representante de AMATE).

Una de las principales incidencias que buscó AMATE fue incluir a la población VIH positiva como prioritaria en el Plan de Vacunación, población que originalmente no fue contemplada entre las poblaciones priorizadas por el gobierno, como expresó la persona entrevistada de AMATE:

(el gobierno) había dicho que iba a ser una cuestión como más escalonada, no que iba a empezar a vacunar a los grupos prioritarios y se iba a ir avanzando hacia los menos vulnerables. El VIH o vivir con VIH es una enfermedad crónica y hay personas de la comunidad LGBTIQ+ que están en esa condición y nosotres estábamos viendo que pasaban los días y pasaban las semanas y del Ministerio de Salud no decía que podían acercarse las personas viviendo con VIH para que pudieran ser vacunadas. Eso fue algo que nosotres alertamos en su momento, tanto con el Banco Mundial a nivel local como a nivel de global y, aunque digamos, nunca se vio como de manera directa, pero, sin duda, como a los días después de que nosotres enviamos esas comunicaciones, observamos que el Ministerio salió diciendo, ya que no lo había mencionado para nada hasta ese momento, que también estaba incluyendo a la población, no la población LGBTIQ+, sino a las personas que vivían con VIH, entonces, ya eso para nosotres era como un paso adelante.

Por otro lado, en mayo de 2021 se aprueba el Decreto Legislativo No. 7: la “Ley para el uso de productos para tratamientos médicos en situaciones excepcionales de salud pública ocasionadas por la pandemia COVID-19” y su respectivo instructivo.

Ya en marzo de 2021, los “Procesos de adquisición de vacunas contra el SARS-Cov-2” se habían declarado bajo reserva durante cinco años. La ley permite realizar compras sin cumplir los controles establecidos en la Ley de Compras y Adquisiciones de la Administración Pública (LACAP) y dispensa de responsabilidades administrativas, civiles y penales a los funcionarios que participaron en los procesos de compras y también a los contratistas (Art. 4, DL No. 7). Además, legaliza las compras del pasado realizadas desde marzo de 2020, cuando la Organización Mundial para la Salud (OMS) declaró al COVID-19 como pandemia. La iniciativa, presentada por el Ministerio de Salud el 5 de mayo de 2021, fue sometida a votación casi inmediatamente después de haber sido agendada, sin seguir el proceso de formación de ley que establece un debate previo en una comisión de trabajo de la Asamblea.

El 4 de junio de 2021, el Ministerio de Hacienda presenta una Iniciativa de ley para la suscripción del contrato del préstamo BIRF No. 9229-SV por \$50,000,000 para el Financiamiento Adicional para Proyecto de Respuesta de El Salvador ante la COVID-19. El Ministerio de Hacienda justificó este Primer Financiamiento Adicional (FA1) con la necesidad de fortalecer el sistema de salud pública y responder a la pandemia de COVID-19, entre ellas, las de acciones e intervenciones relacionadas con el proceso de vacunación contra el virus COVID-19 (Ministerio de Hacienda 2021).

La propuesta de contrato del BIRF, establece que el proyecto financiará la adquisición de vacunas y actividades clave de despliegue, permitiendo a El Salvador tener una cartera de opciones para acceder a las vacunas de diferentes fuentes, incluyendo el Fondo de Acceso Global a Vacunas COVID-19 (COVAX). Además de asegurar que el FA1 apoyará la compra de vacunas de COVAX y negociaciones bilaterales con compañías farmacéuticas. (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, 2021). El 27 de julio de 2021, por medio del Decreto Legislativo No. 106 se aprueba el contrato del préstamo BIRF

No. 9229-SV. El contrato, en el apartado de anexos, define que \$49,875,000 se destinen a la respuesta de emergencia ante la COVID-19 y \$125,000 a la administración y monitoreo.

Dado que, inicialmente, el Préstamo BIRF No. 9100-SV por un monto de \$20,000,000 no fue desembolsado en 2020, el Ministerio de Hacienda solicitó el 11 de junio de 2021 que este fuera ejecutado para los ejercicios fiscales 2021-2022 (Ministerio de Hacienda, 2021). Esto permitió incorporar los fondos de dicho préstamo en el FA1, elevando su monto a \$70,000,000. A partir de este punto, ambos fondos se reconocerán bajo la clasificación de préstamo BIRF No. 9229-SV.

El 28 de junio de 2022, la Asamblea Legislativa, por medio del Decreto Legislativo No. 438, autorizó al Ministerio de Hacienda la suscripción del contrato del préstamo BIRF No. 9429-SV por \$100,000,000 para el Segundo Financiamiento Adicional para Proyecto de Respuesta de El Salvador ante la COVID-19. En esta ocasión, el Ministerio de Hacienda justificó este Segundo Financiamiento Adicional (FA2) con las mismas razones por las que solicitó el FA1, ahora considerando una expansión de la población habilitada para vacunarse al incorporar más grupos etarios de forma progresiva. La aprobación del FA2 se dio el 26 de octubre de 2021, por medio del Decreto Legislativo No. 193, y se reformó la ley de presupuesto en la parte que corresponde al ramo de salud para ejecutar los fondos de préstamo BIRF No. 9229-SV, elevando el monto disponible para compra de vacunas a un total de \$170,000,000.

Es necesario aclarar que estos préstamos reconocen compras retroactivas, que comprende la compra y distribución de vacunas, el fortalecimiento de recursos humanos para la vacunación y la expansión de la comunicación. Los contratos de vacunas que se financiaron retroactivamente incluyen AstraZeneca-Serum Institute of India, Sinovac Life Sciences, Pfizer-BioNTech y Sinopharm, todos son elegibles bajo los Criterios de Aprobación de Vacunas (VAC, por sus siglas en inglés), además, se financiarán retroactivamente otros insumos y servicios relacionados con el despliegue de vacunas (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, 2021). Al realizar la consulta durante la entrevista a representantes del Banco Mundial

sobre el monitoreo para garantizar la transparencia y correcto uso de los créditos otorgados, se hizo mención que el banco tiene varios requerimientos antes de poder desembolsar, entre ellos, la creación de una unidad de gestión del proyecto con suficiente capacidad, y el Banco tiene que evaluarla antes de poder desembolsar.

Esa unidad tiene que contener, al menos, 5 personas dedicadas a la implementación del proyecto o un coordinador, un especialista de adquisiciones, un especialista financiero, un especialista ambiental y un especialista social.

Además, el banco pide muchas veces como condición de efectividad o condición de desembolso, la preparación de un manual operativo del proyecto y el plan de adquisiciones.

Otro requerimiento específico también es que los proveedores firman una carta antifraude de corrupción, aun cuando sean actividades financiadas retroactivamente, de igual manera, con el tema ambiental y social: “tenemos la responsabilidad de monitorear la gestión ambiental y social bajo el marco de los estándares del Banco, ahí obviamente no podemos aplicar los estándares en las actividades ya financiadas, pero sí el Banco pide una auditoría retroactiva de los estándares más importantes, por ejemplo, el tema de inclusión, manejo de residuos biomédicos, el mecanismo de quejas y reclamos” (persona entrevistada del BM).

2.1.1. ESTIMACIÓN CUANTITATIVA DE LA ADQUISICIÓN DE VACUNAS EN EL SALVADOR

Al año 2023, El Salvador contaba con una población estimada de 6,338,881 personas. Como se observa en la tabla 8, la cantidad de dosis de vacuna contra la COVID-19 que debe asegurar el país es entre 8.87 millones y 17.75 millones de dosis para alcanzar las metas establecidas. Los lineamientos técnicos para la vacunación contra el SARS-CoV-2 en El Salvador (Ministerio de Salud de El Salvador, 2023) establecen que la meta de vacunación a nivel nacional es lograr coberturas por grupo objetivo iguales o mayores al 85%. Para esto, el gobierno debería asegurar al menos 10.78 millones de dosis.

FIGURA 8.

Línea de tiempo, gestión de fondos para compra de vacunas COVID-19.



Fuente: FUNDAUNGO (2023).

En total, hasta abril de 2023, en El Salvador se habían recibido 16.09 millones de dosis de vacuna, de las cuales 4.14 millones habían sido donadas (25.73%) y 11.95 millones habían sido compradas (74.27%). El detalle de las transacciones de vacunas donadas y compradas en El Salvador se describe

en las tablas 11 y 10. Se contabilizan 5.08 millones de dosis de vacuna Pfizer recibidas en El Salvador, 4.75 millones de dosis de vacuna CoronaVac, 3.10 millones de Moderna, 1.67 millones de Sinopharm y 1.50 millones de dosis de AstraZeneca.

TABLA 8.

Estimación de dosis necesarias para alcanzar las metas de vacunación por edad en El Salvador.

EDAD	POBLACIÓN	META 2 DOSIS (OMS)		META 4 DOSIS	META 3 DOSIS	META 2, 3 Y 4 DOSIS
		40%	70%	70%	70%	70%, 40%, 10%
0 a 5 años	602,933	482,346	844,106	1,688,212	1,266,159	1,145,573
6 a 11 años	642,632	514,106	899,685	1,799,370	1,349,527	1,221,001
12 a 17 años	646,977	517,582	905,768	1,811,536	1,358,652	1,229,256
18 a 49 años	3,052,750	2,442,200	4,273,850	8,547,700	6,410,775	5,800,225
50 años y más	1,393,589	1,114,871	1,951,025	3,902,049	2,926,537	2,647,819
Total	6,338,881	5,071,105	8,874,433	17,748,867	13,311,650	12,043,874

Fuente: FUNDAUNGO, con datos de la DIGESTYC.

TABLA 9.

Resumen del flujo de vacuna COVID-19 en El Salvador.

DOSIS	CANTIDAD DE DOSIS
Dosis recibidas	16,090,850
Dosis administradas	11,090,515

Fuente: FUNDAUNGO, con datos del MINSAL, del COVID-19 Market Dashboard de UNICEF e investigación hemerográfica a abril de 2023.

Como se puede observar en la tabla 10, la primera entrega de dosis de vacunas compradas por el Gobierno de El Salvador en llegar al país fueron 20 mil dosis de AstraZeneca, adquiridas por compra directa el 17 de febrero de 2021. La primera entrega de dosis gestionadas a través del mecanismo COVAX fue el 11 de marzo de 2021. A través de COVAX

hasta abril de 2023, se estima que El Salvador ha logrado adquirir, entre compras y donaciones, un total de 4.11 millones dosis de vacuna (de Pfizer, AstraZeneca y Moderna). Esto incluye unas 920 mil dosis de vacuna gestionadas en un principio con el mecanismo, más 3.19 millones de dosis por donación de los Estados Unidos facilitadas por

COVAX, que se realizaron posteriormente. A finales de 2021, El Salvador cedió su lugar en el programa de COVAX, ya que contaban con suficiente cantidad de vacunas, a pesar de no haber recibido aún la cantidad de vacunas planificadas en un principio (The San Diego Union Tribune, 2021).

Además de las vacunas adquiridas por medio del mecanismo COVAX, El Salvador completó la compra de vacunas de AstraZeneca, CoronaVac, Pfizer, y Sinopharm. El 41.92% de las dosis compradas fueron entregadas en el tercer trimestre de 2021.

TABLA 10.

Compras de dosis de vacuna COVID-19 realizadas por El Salvador.

PROCEDENCIA	MARCA	FECHA	CANTIDAD DE DOSIS
Compra directa	AstraZeneca	17-Feb-2021	20,000
		22-May-2021	204,000
		19-Jun-2021	204,000
		20-Jul-2021	163,200
		3-Aug-2021	163,200
		12-Oct-2021	326,400
		15-Jan-2022	90,000
	CoronaVac	28-Mar-2021	1,000,000
		26-Apr-2021	500,000
		18-May-2021	500,000
		9-Jun-2021	500,000
		7-Jul-2021	1,500,000
	Pfizer-BioNTech	25-Jun-2021	125,190
		2-Jul-2021	125,190
		9-Jul-2021	33,930
		16-Jul-2021	43,290
		23-Jul-2021	99,450
		30-Jul-2021	143,000
		4-Aug-2021	169,650
		13-Aug-2021	127,530
		20-Aug-2021	120,510
		27-Aug-2021	122,580
		3-Sep-2021	200,070
		10-Sep-2021	109,980
		17-Sep-2021	109,980
		24-Sep-2021	109,980
		1-Oct-2021	108,810
		8-Oct-2021	198,900
		15-Oct-2021	198,900
		22-Oct-2021	198,000
		29-Oct-2021	196,560
		5-Nov-2021	205,920
		12-Nov-2021	205,920
19-Nov-2021		205,920	
26-Nov-2021		205,920	
3-Dec-2021		205,920	
16-Dec-2021		205,920	

PROCEDENCIA	MARCA	FECHA	CANTIDAD DE DOSIS
		23-Dec-2021	205,920
		30-Dec-2021	208,260
	Sinopharm	26-Jul-2021	1,000,000
		3-Sep-2021	527,600
		6-Sep-2021	140,400
COVAX	AstraZeneca	11-Mar-2021	33,600
		19-Apr-2021	96,000
		25-May-2021	96,000
	Moderna	15-Sep-2022	80,000
		15-Dec-2022	20,000
	Pfizer-BioNTech	22-Mar-2021	51,480
		12-May-2021	140,400
		15-Aug-2022	297,600
		15-Sep-2022	105,600
Total de dosis compradas			11,950,680

Fuente: FUNDAUNGO, con datos del MINSAL, del COVID-19 Market Dashboard de UNICEF e investigación hemerográfica a abril de 2023.

La tabla 11 describe a detalle las donaciones de vacuna realizadas al país. En total se registran 7 donaciones realizadas a El Salvador. El principal donante de vacunas ha sido los Estados Unidos, con 3.19 millones de dosis de vacuna donadas Moderna y Pfizer (77.02% de todas las vacunas donadas a El Salvador, y 19.82% del total de vacunas adquiridas por compra o donación); Seguido por China, con 750 mil dosis de vacuna CoronaVac (18.12% de todas

las vacunas donadas, y 4.66% del total de vacunas adquiridas por compra o donación). El Salvador recibió su primer cargamento de vacunas de dosis bivalente en febrero de 2023, por donación del país de Letonia con un total de 100 mil dosis de Pfizer bivalente; y desde marzo de 2022, se apertura la vacunación para toda la población de la cuarta dosis (segunda dosis de refuerzo).

TABLA 11.

Donaciones de dosis de vacuna COVID-19 realizadas a El Salvador.

MARCA	PROCEDENCIA	FECHA	CANTIDAD DE DOSIS
AstraZeneca	México	24-Jun-2021	100,800
CoronaVac	China	6-Apr-2021	150,000
		19-Dec-2021	600,000
Moderna	Estados Unidos (COVAX)	4-Jul-2021	1,500,100
		22-Jul-2021	1,500,100
Pfizer-BioNTech	Letonia	14-Feb-2023	100,800
	Estados Unidos (COVAX)	27-Aug-2021	188,370
Total de dosis donadas			4,140,170

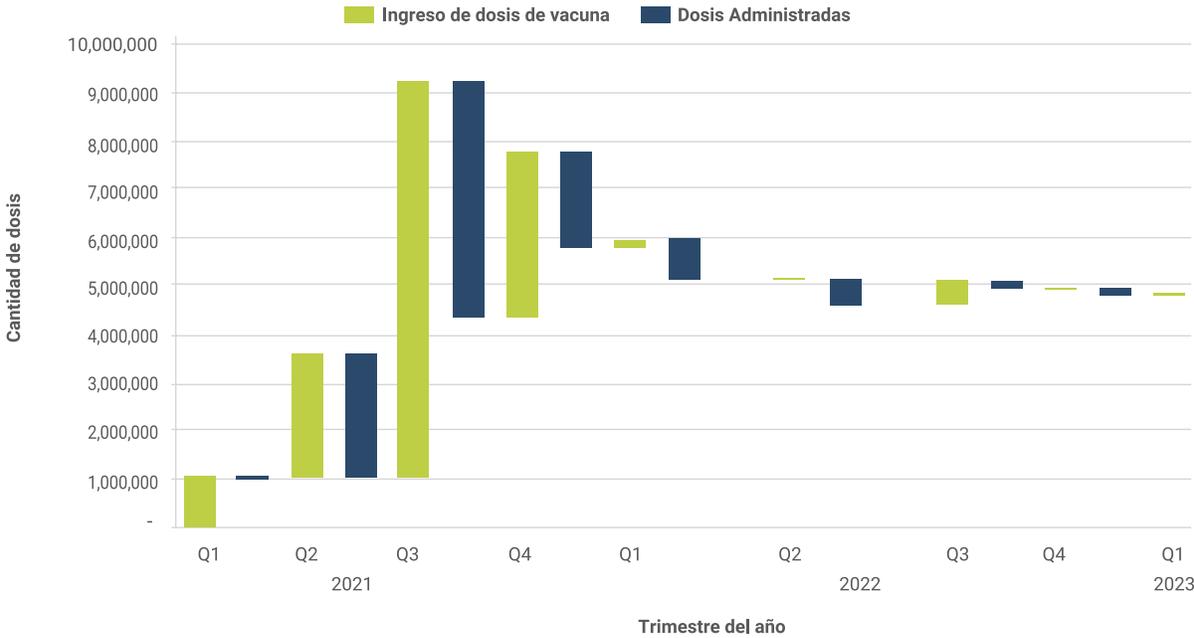
Fuente: FUNDAUNGO, con datos del MINSAL, del COVID-19 Market Dashboard de UNICEF e investigación hemerográfica a abril de 2023.

A finales de 2021, cuando se estima que el país contaba cerca de 6 millones de dosis disponibles para vacunar, se advertía sobre el vencimiento de dosis de vacuna AstraZeneca (elsalvador.com, 2021); y del vencimiento de dosis de Pfizer (elsalvador.com, 2022). Sin embargo, a la fecha de realización de este estudio, no se encontró ninguna información oficial en cuanto a la fecha o al número de vacunas vencidas en El Salvador.

En resumen, la figura 9 describe el flujo de dosis de vacuna contra la COVID-19 por trimestre en El Salvador. Se observa cómo la disponibilidad de vacunas aumenta fuertemente durante el tercer trimestre de 2021, producto de las grandes

donaciones de vacuna de parte de los Estados Unidos (barras color verde). Entre el segundo trimestre de 2021 y el primer trimestre de 2022, es cuando la capacidad de vacunación en el país es la más fuerte, y se administró la mayor cantidad de dosis (barras color amarillo). Se estima que, entre el tercer trimestre de 2021 y el primero de 2022, hubo vencimiento de vacunas en el país, dada la acumulación de dosis y la disminución en la vacunación. Sin embargo, se desconoce su magnitud para poder incorporarlo en el diagrama de flujo. Por esto, a abril de 2023, se calcula que en El Salvador había 5 millones de dosis de vacuna contra la COVID-19.

FIGURA 9. Flujo de dosis de vacuna COVID-19 en El Salvador por trimestre: dosis recibidas, administradas y vencidas.



Fuente: Laboratorio de Datos GT, con datos del MINSAL, del COVID-19 Market Dashboard de UNICEF, Our World in Data e investigación hemerográfica a abril de 2023.

El Gobierno de El Salvador actualizó por última vez los datos de cobertura vacunal el 11 de octubre de 2022. A esa fecha, El Salvador se encontraba justo por llegar a la meta de vacunación de la OMS. Y se habían administrado en El Salvador unas 11.29 millones de dosis, lo que representa las siguientes proporciones de cobertura vacunal de la población:

- 4.63 millones de primeras dosis, cobertura del 73.12%.
- 4.33 millones de segundas dosis, cobertura de 68.30%.
- 1.85 millones de terceras dosis, cobertura de 29.14%.
- 438 mil cuartas dosis de refuerzo, cobertura de 6.92%.

La tabla 12 presenta la cantidad de dosis que el país debe asegurar para lograr las metas de cobertura vacunal establecidas, considerando las coberturas de vacunación actuales. Esto representa las cantidades de dosis de vacuna que el Gobierno de El Salvador debería de adquirir durante 2023 y 2024 para alcanzar las metas de vacunación establecidas.

Como se mencionó anteriormente, se estima que a la fecha en El Salvador hay, a lo más, 5 millones

de dosis disponibles. Pero es imposible estimar esta cantidad con mayor exactitud por la falta de información oficial sobre el vencimiento de vacunas. Sin embargo, se puede asumir con bastante certeza que el país ya está muy próximo a cumplir las metas de vacunación y podrían hacerlo con las dosis disponibles. En este momento el mayor enfoque de la estrategia se ha concentrado en las dosis de refuerzo.

TABLA 12.

Cantidad de dosis que El Salvador debe asegurar para alcanzar metas de vacunación COVID-19.

META	CANTIDAD DE DOSIS
Meta 2 dosis, cobertura 70%	0
Meta 4 dosis, cobertura 70%	6,000,000
Meta 3 dosis, cobertura 70%	2,600,000
Meta 2, 3 y 4 dosis, coberturas 70%, 40%, 10%	1,000,000

Fuente: FUNDAUNGO, con datos del MINSAL e DIGESTYC.

2.2. ADQUISICIÓN DE VACUNAS EN HONDURAS

No existe un documento oficial que explique cómo se desarrolló la compra de vacunas contra la COVID-9 en Honduras, por lo que, a través de esta investigación, se busca aportar para llenar el vacío de conocimiento que esto implica. En términos generales, la adquisición de la vacuna se puede dividir en cuatro etapas, la identificación de un

mecanismo de adquisición, la realización de la compra o el recibimiento de las donaciones, los procesos de cuidado de las vacunas para que las mismas se mantengan en óptimas condiciones, y la aplicación de la vacuna o el vencimiento, en caso de no ser aplicada. Cada una de estas etapas tienen un grado de complejidad relativamente alto. Para garantizar que las personas obtengan la vacuna se debe cumplir con ciertas leyes y lineamientos que permitan la transparencia, la equidad y eficiencia en cada uno de los procesos.

FIGURA 10.

Ciclo de vida de la adquisición de Vacuna COVID-19 en Honduras.



Fuente: FOSDEH.

A continuación, se presenta la secuencia de los procesos llevados a cabo para acceder a vacunas COVID-19 en Honduras:

EL 7 de diciembre de 2020 se publicó el Decreto No. 162-2020 del Poder Legislativo de Honduras “Ley de Vacuna Gratuita para todos contra el COVID-19”. Esta ley tuvo como propósito garantizar a la población hondureña el acceso gratuito y universal a la vacuna contra la COVID-19, mediante la participación de todas las instituciones públicas y privadas legalmente autorizadas por la Constitución, la Ley y la Secretaría de Estado en el Despacho de la Salud (SESAL). En el artículo 3 se autorizó a la Secretaría de Finanzas (SEFIN) realizar las adecuaciones presupuestarias a efecto de garantizar la adquisición de las vacunas suficientes para permitir de forma gratuita e igualitaria que toda la población hondureña tuviera acceso a la vacuna contra la COVID-19.

En el artículo 2, 3, 6, se autorizó a la SESAL y al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) a realizar los cambios que fueran necesarios en sus presupuestos y a buscar las fuentes de financiamiento para realizar la adquisición de vacunas contra la COVID-19, con base en el Decreto No.288-2013. Este decreto incorpora el Esquema Nacional de Vacunación a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). El artículo 2 del decreto No. 8-2021⁹ autorizó a la SESAL a adquirir las vacunas a través del fondo rotatorio de vacunas de la Organización Panamericana de Salud (OPS/OMS), mediante los mecanismos ya establecidos y, también, a través de forma directa, sin intermediarios y sin sujeción a la Ley de Contratación del Estado, a realizar las gestiones oportunas y pertinentes para la adquisición de las vacunas contra la COVID-19, así como la logística, dispensaría y de suministros necesarios para la aplicación de dicha vacuna. En dichos procesos deberá darse prioridad a la disponibilidad inmediata de la vacuna en el menor tiempo posible y su disponibilidad en cantidad suficiente para toda la población e incorporarla al Esquema Nacional de Vacunación a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).”

A partir de estas bases legales, se aprueban “Los Lineamientos Técnicos y Operativos de Introducción

⁹ Reforma de la Ley De Vacuna Gratuita Para Todos Contra el COVID-19.

de la Vacuna Contra el COVID-19”, en febrero de 2021, en donde se establece la elaboración de un plan de acción regional de introducción de la vacuna contra el COVID-19, hacer un análisis del funcionamiento de la cadena de frío en todos los niveles y una propuesta de intervención para su funcionamiento, así como asegurar las vacunas del personal médico de sector público y privado al frente de la batalla contra el COVID-19.

En estos lineamientos se establece que el primer semestre se priorizaría a los trabajadores de salud de primera línea, públicos y no públicos, que presten servicios de manera directa e indirecta, adultos mayores de 60 años, personal de servicio de socorro, personal de seguridad, empleados públicos que brinden atención directa y trabajadores esenciales.

En el segundo semestre se planificó priorizar y continuar vacunando a personas adultas mayores de 60 años, tanto la primera como la segunda vacuna, población de 18 a 59 años con comorbilidades y trabajadores esenciales. En el tercer semestre, luego de la introducción se priorizaría vacunar a la población entre los 50 y 59 años, personas privadas de libertad, estudiantes mayores de 18 años y trabajadores del sector informal de la economía.

Además, en Honduras se firmaron una serie de acuerdos bilaterales que involucran actores internacionales como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE), Banco Mundial (BM) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) los cuales ofrecieron sus servicios de prestatarios para que Honduras pudiera adquirir mayor número de vacunas en el menos tiempo posible y poder contener el contagio y las muertes por el COVID.

El 5 de mayo de 2023, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el fin del COVID-19 como emergencia sanitaria internacional, sin embargo, el director general de la OMS advirtió que esto no significa que el COVID-19 haya dejado de ser una amenaza para la salud mundial, y que debe seguir siendo una prioridad de salud pública global (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

El mecanismo COVAX y algunos países en el mundo donaron una cantidad considerablemente alta

de vacunas a Honduras y, además, el país tomó préstamos bilaterales y de los fondos nacionales para abastecerse de vacunas. Cabe destacar que los préstamos de compra de vacunas se pagan con los impuestos de la población hondureña, ya que las vacunas donadas por países en el extranjero tienen un precio que alguien debe pagar.

En Honduras, se han abierto varias disputas sobre la forma en que las vacunas han sido tratadas durante el periodo de vacunación. El Colegio de Médicos de Honduras ha denunciado que algunas de las vacunas contra el COVID-19 en Honduras se encontraban vencidas (La Prensa, 2023), algunas fuentes de información argumentaron que las vacunas se estaban venciendo debido a que las personas no se querían vacunas por distintas razones (La Prensa, 2021), otras personas argumentaron que las vacunas tienen una extensión del período de vida útil, certificado por las farmacéuticas (La Prensa, 2023).

Dos de los actores más importantes en el proceso de adquisición de vacunas COVID-19 fueron la Secretaría de Salud (SESAL) y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) que, en conjunto con la Secretaría de Finanzas (SEFIN), realizaron actividades como la identificación de espacio fiscal, fuentes de financiamiento, adquisición, cuidado y aplicación de las vacunas, etc.

Luego se encuentra otras entidades como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) y el Banco Mundial (BM), que fueron las organizaciones que financiaron la adquisición de vacunas además de los fondos propios de la Secretaría de Finanzas.

Por último, pero no menos importante, se encuentran la Organización Mundial de la Salud, la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la preparación para Epidemias (CEPI) y la Alianza Gavi para las Vacunas (GAVI) que, a través del mecanismo de Colaboración para un Acceso Equitativo Mundial a las Vacunas Contra el COVID-19 (COVAX), donaron una gran cantidad de vacunas que fueron enviadas por diferentes países en el mundo.

2.2.1 ESTIMACIÓN CUANTITATIVA DE LA ADQUISICIÓN DE VACUNAS PARA LA COVID-19 EN HONDURAS

Al año 2023, Honduras cuenta con una población estimada de 9,745,149 personas. Como se observa en la tabla 13, la cantidad de dosis de vacuna contra COVID-19 que debe asegurar el país es entre 13.64 millones y 27.29 millones de dosis para alcanzar las metas establecidas. Los Lineamientos técnicos y operativos de introducción de la vacuna contra la COVID-19 (Secretaría de Salud de Honduras, 2021) establecieron que la meta de vacunación a nivel nacional es lograr coberturas por grupo objetivo iguales o mayores al 80%. Para esto, el gobierno debería de asegurar, al menos, 15.60 millones de dosis.

En total, hasta abril de 2023, en Honduras se habían recibido 19.41 millones de dosis de vacuna, de las cuales, 5.21 millones habían sido donadas (26.87%); y 14.19 millones habían sido compradas (73.13%). El detalle de las transacciones de las donaciones y compras se describen en las tablas 14 y 15. Se contabilizan 9.55 millones de dosis de vacuna Pfizer recibidas en Honduras, 3.66 millones de dosis de vacuna de marca desconocida¹⁰, 3.51 millones de Moderna, 2.61 millones de AstraZeneca y 86 mil dosis de Sputnik V.

¹⁰ A la fecha, el COVID-19 Market Dashboard de UNICEF, una herramienta interactiva para que socios, fabricantes y países sigan los desarrollos de la vacuna y la terapéutica COVID-19, registraba la entrega de 3.66 millones de dosis, entre febrero de 2022 y febrero de 2023, clasificadas como "Unknown", es decir, se desconoce la marca de las vacunas. Sin embargo, esta cantidad es congruente con el total de dosis adquiridas según la SESAL, por lo que se ha decidido agregarlas al flujo de dosis del país.

TABLA 13.

Estimación de dosis necesarias para alcanzar las metas de vacunación por edad en Honduras.

EDAD	POBLACIÓN	META 2 DOSIS (OMS)		META 4 DOSIS	META 3 DOSIS	META 2, 3 Y 4 DOSIS
		40%	70%	70%	70%	70%, 40%, 10%
0 a 5 años	1,187,001	949,601	1,661,801	3,323,603	2,492,702	2,255,302
6 a 11 años	1,150,674	920,539	1,610,944	3,221,887	2,416,415	2,186,281
12 a 17 años	1,173,409	938,727	1,642,773	3,285,545	2,464,159	2,229,477
18 a 49 años	4,675,810	3,740,648	6,546,134	13,092,268	9,819,201	8,884,039
50 años y más	1,558,342	1,246,674	2,181,679	4,363,358	3,272,518	2,960,850
Total	9,745,236	7,796,189	13,643,330	27,286,661	20,464,996	18,515,948

Fuente: FOSDEH, con datos del INE.

TABLA 14.

Resumen del flujo de vacuna contra la COVID-19 en Honduras.

DOSIS	CANTIDAD DE DOSIS
Dosis recibidas	19,408,776
Dosis administradas	16,587,729

Fuente: FOSDEH, con datos de SESAL e investigación hemerográfica a abril de 2023.

La tabla 15 describe las entregas de dosis de vacuna compradas por el Gobierno de Honduras, hasta abril de 2023. La primera entrega de dosis de vacunas en llegar al país fue por un total de 48 mil dosis de AstraZeneca, adquiridas a través de COVAX, el 13 de marzo de 2021. En total, a través de COVAX hasta abril de 2023, Honduras ha logrado adquirir, entre compras y donaciones, un total de 9.03 millones dosis de vacuna (Pfizer, AstraZeneca y Moderna); esto incluye unas 4.40 millones de dosis de vacuna

gestionadas en un principio con el mecanismo, más 4.63 millones de dosis por donación (principalmente de los Estados Unidos). Adicional a las adquisiciones de vacunas realizadas por medio del mecanismo COVAX, Honduras completó la compra de vacunas de 9.80 millones de dosis entre AstraZeneca, Pfizer, Sputnik V.

TABLA 15.*Compras de dosis de vacuna contra la COVID-19 realizadas por Honduras.*

PROCEDENCIA	MARCA	FECHA	CANTIDAD DE DOSIS	
Compra directa	Oxford-AstraZeneca	22-May-2021	168,000	
		24-May-2021	36,000	
		19-Jun-2021	168,000	
		20-Jun-2021	36,000	
		7-Aug-2021	139,300	
		1-Sep-2021	204,600	
		15-Sep-2021	222,720	
		15-Dec-2021	214,000	
		15-Jan-2022	214,200	
	Pfizer-BioNTech	30-Jun-2021	59,670	
		5-Jul-2021	5,000	
		8-Jul-2021	54,990	
		15-Jul-2021	40,950	
		22-Jul-2021	40,950	
		29-Jul-2021	42,120	
		5-Aug-2021	186,030	
		12-Aug-2021	176,670	
		19-Aug-2021	193,050	
		26-Aug-2021	105,300	
		27-Aug-2021	92,150	
		28-Aug-2021	108,770	
		2-Sep-2021	105,300	
		9-Sep-2021	210,600	
		15-Sep-2021	210,600	
		17-Sep-2021	174,330	
		15-Oct-2021	981,630	
		15-Nov-2021	1,354,860	
		15-Dec-2021	394,290	
		15-Feb-2022	108,000	
	Sputnik V	16-Apr-2021	6,000	
		14-May-2021	40,000	
		14-Aug-2021	20,000	
		21-Aug-2021	20,000	
	Otros	1-Feb-2022	1,280,692	
		1-Apr-2022	612,597	
		1-May-2022	1,390,796	
		1-Jun-2022	121,490	
		1-Dec-2022	185,443	
		1-Jan-2023	67,978	
		Oxford-AstraZeneca	13-Mar-2021	48,000
			4-May-2021	189,600
			23-Jun-2021	19,310
	10-Jul-2021		187,200	
	18-Sep-2021		180,000	

PROCEDENCIA	MARCA	FECHA	CANTIDAD DE DOSIS
	Pfizer-BioNTech	17-Jun-2021	105,300
		18-Jun-2021	105,300
		23-Jun-2021	2,340
		1-Jun-2022	402,810
		1-Jul-2022	1,410,210
		1-Aug-2022	542,880
		1-Sep-2022	184,320
		1-Nov-2022	150,000
		1-Feb-2023	303,660
		1-Mar-2023	569,820
Total de dosis compradas	14,193,826		

Fuente: FOSDEH, con datos del SESAL, del COVID-19 Market Dashboard de UNICEF e investigación hemerográfica a abril de 2023.

La tabla 16 describe a detalle las donaciones de vacuna realizadas al país. En total, se registran 19 donaciones. El principal donante ha sido los Estados Unidos, con 4.48 millones de dosis de vacuna donadas de Moderna y Pfizer, a través del mecanismo COVAX (85.85% de todas las vacunas donadas y 23.07% del total de vacunas adquiridas por compra o donación); seguido por México, con

304 mil dosis de vacuna de AstraZeneca, Suiza, Republica Dominicana y España. Honduras recibió su primer cargamento de vacunas de dosis bivalente en febrero de 2023, para la subvariante BA.4 y BA.5 de ómicron. Durante el segundo semestre de 2023 y primer semestre de 2024, está programada la llegada de más vacunas bivalentes y monovalentes (Hondudiario, 2023).

TABLA 16.

Donaciones de dosis de vacuna contra la COVID-19 realizadas a Honduras.

MARCA	PROCEDENCIA	FECHA	CANTIDAD DE DOSIS
Moderna	Estados Unidos (COVAX)	27-Jun-2021	1,500,000
		22-Jul-2021	1,500,100
		4-Oct-2021	250,000
		29-Oct-2021	250,040
	Israel	25-Feb-2021	5,000
Oxford-AstraZeneca	El Salvador	13-May-2021	34,000
		7-Jun-2021	44,000
	España	26-Aug-2021	100,000
	México	24-Jun-2021	154,100
		11-Sep-2021	150,000
Pfizer-BioNTech	República Dominicana	4-Sep-2021	101,000
	Estados Unidos (COVAX)	25-Aug-2021	99,450
		3-Sep-2021	81,900
		17-Sep-2021	7,020
		1-Oct-2021	81,900
		7-Oct-2021	106,470
		15-Mar-2022	349,830
		6-May-2022	250,380
Suiza	1-Aug-2022	149,760	
Total de dosis donadas	5,214,950		

Fuente: FOSDEH, con datos del SESAL, del COVID-19 Market Dashboard de UNICEF e investigación hemerográfica a abril de 2023.

Desde febrero de 2022 se advertía sobre el vencimiento de 451,188 dosis de vacuna Pfizer (El Heraldo, 2022); otras más en septiembre de 2023 (El Heraldo, 2023); y 68 mil dosis de Pfizer que vencían el 31 de diciembre de 2022 (La Prensa, 2022). Además 203,480 dosis de vacuna AstraZeneca se encontraron vencidas el 30 de abril de 2022 (El Imparcial, 2022); sin embargo, a la fecha de realización de este estudio, no se encontró ninguna información oficial en cuanto a la fecha o al número de vacunas vencidas en Honduras.

La figura 11 describe el flujo de dosis de vacuna contra la COVID-19 en Honduras, por trimestre. Se observa cómo la disponibilidad de vacunas se ha realizado de manera periódica a lo largo del tiempo, y en proporción a la capacidad de vacunación. Es decir, desde el tercer trimestre de 2021, se ha podido administrar (barras color amarillo) prácticamente la misma cantidad de dosis de vacunas que se ha recibido (barras color verde). Hay indicios para pensar que ha habido vencimiento de vacunas en

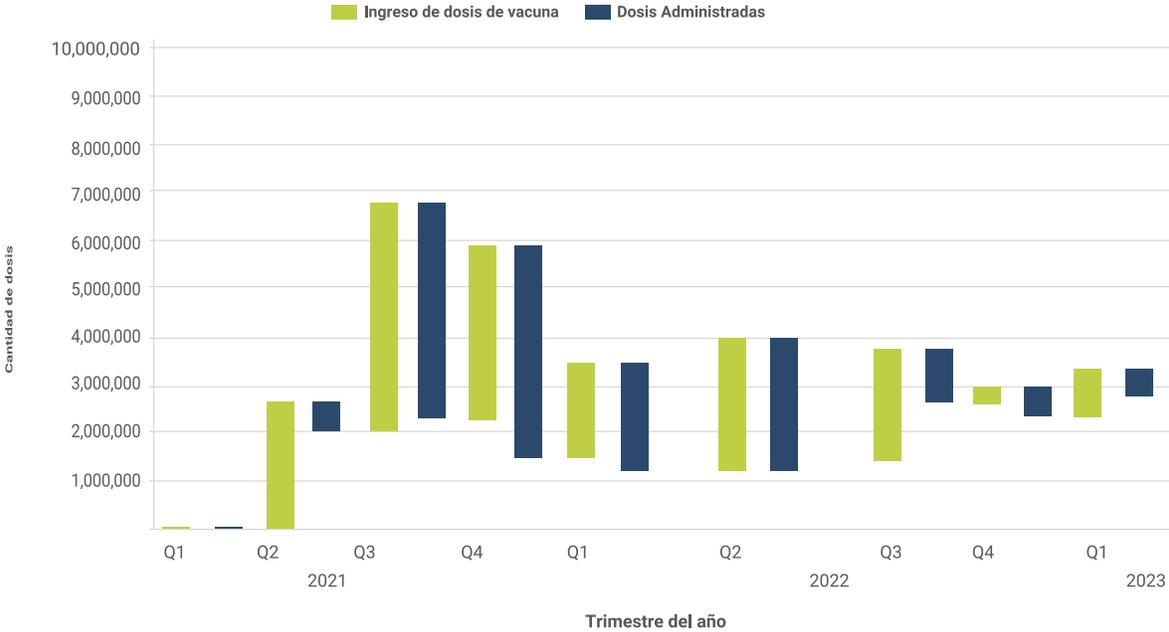
el país, pero se desconoce su magnitud para poder incorporarlo en el diagrama

Para abril de 2023, Honduras todavía estaba cerca de alcanzar la meta de vacunación establecida por la OMS para mediados de 2022. Y se habían administrado unas 17.03 millones de dosis, lo que representa las siguientes proporciones de cobertura vacunal de la población.

- 6.49 millones de primeras dosis, cobertura del 66.62%.
- 5.79 millones de segundas dosis, cobertura de 59.37%.
- 3.58 millones de terceras dosis, cobertura de 36.78%.
- 1.17 millones de cuartas dosis de refuerzo, cobertura de 11.96%.

FIGURA 11.

Flujo de dosis de vacuna COVID-19 en Honduras por trimestre: dosis recibidas, administradas y vencidas.



Fuente: Laboratorio de Datos GT, con datos del SESAL, del COVID-19 Market Dashboard de UNICEF e investigación hemerográfica a abril de 2023.

La tabla 17 presenta la cantidad de dosis que el país debe asegurar para lograr las metas de cobertura vacunal establecidas, considerando las coberturas de vacunación actuales. Esto representa las cantidades de dosis de vacuna que el Gobierno de Honduras debería de adquirir durante 2023 y 2024 para alcanzar las metas de vacunación establecidas.

Como se mencionó anteriormente, se estima que, a la fecha, en Honduras, hay 3 millones de dosis

disponibles. Pero es imposible estimar esta cantidad con mayor exactitud por la falta de información oficial sobre el vencimiento de vacunas. Sin embargo, se puede asumir con bastante certeza que el país ya está muy próximo a cumplir las metas de vacunación y podría hacerlo con las dosis disponibles. En este momento, el mayor enfoque de la estrategia se ha concentrado en las dosis de refuerzo.

TABLA 17.

Cantidad de dosis que Honduras debe asegurar para alcanzar sus metas de vacunación

META	CANTIDAD DE DOSIS
Meta 2 dosis, cobertura 70%	1,000,000
Meta 4 dosis, cobertura 70%	9,000,000
Meta 3 dosis, cobertura 70%	3,000,000
Meta 2, 3 y 4 dosis, coberturas 70%, 40%, 10%	1,000,000

Fuente: Laboratorio de Datos GT, con datos de la SESAL y el INE.

2.3. ADQUISICIÓN DE VACUNA EN GUATEMALA

Al igual que los otros países, Guatemala obtuvo acceso a vacunas por tres mecanismos: compras por medio del mecanismo COVAX, compra directa a empresas farmacéuticas y donaciones de otros países, siendo este último, el principal mecanismo empleado a la fecha. La información disponible para esta sistematización procede de la revisión de fuentes como OMS/OPS, respecto al mecanismo COVAX y su funcionamiento, plataformas globales de monitoreo de compras de vacunas, decretos-ley emitidos por el Congreso de la República, Acuerdos Gubernativos, Acuerdos Ministeriales, Informes y memorias de COPRECOVID, memorias de las reuniones de la Comisión Nacional de Coordinación para la Vacunación COVID-19, memorias del Consejo Nacional de Prácticas de Inmunizaciones (CONAPI) y notas de prensa, en particular, de la Agencia Guatemalteca de Noticias (AGN), de la página del MSPAS y de otras fuentes informativas. Producto de esta investigación documental se reconstruyó la cronología del proceso (línea de tiempo) que contribuye a comprender mejor lo acontecido a la

fecha con el acceso y disponibilidad de vacunas en el país y la implementación de la vacunación. Adquisiciones vía el Mecanismo COVAX.

En el mes de junio 2020, la OMS invitó a todos los países del mundo a participar en el Mecanismo COVAX -Covid-19 Vaccine Alliance-. El 3 de julio 2020, la directora de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS envió una comunicación oficial a los países de América Latina y el Caribe para su adhesión, obteniendo respuestas positivas de los 34 Estados miembro. El 31 de agosto 2020, la OMS/OPS solicitó a los países que iban a autofinanciar su compra de vacuna por medio de COVAX (entre ellos, Guatemala) que confirmaran por escrito su intención de participar. Se estableció el 18 de septiembre 2020 como la fecha límite para que los países autofinanciados firmaran acuerdos de compromiso de compra de vacuna, y se estableció el 9 de octubre como la fecha límite para la entrega del primer pago. Guatemala dio un anticipo por 10.8 millones de dólares (83 millones de quetzales), quedando pendientes 60.6 millones de dólares para cubrir el costo total de 3.3 millones de vacunas (de 2 dosis). Una vez los Acuerdos estuvieron firmados y los desembolsos iniciales hechos, COVAX procedió a la negociación con los productores de vacuna,

con vistas a proveer vacuna a los países, a partir de 2021.¹¹

Reconociendo las restricciones que había a finales del 2020 para producir suficiente vacuna, COVAX determinó que cada país recibiría hasta un 20% del total de vacuna que necesitaba conforme a su población para priorizar el inicio de la vacunación con quienes enfrentaban un mayor riesgo de mortalidad: personal de salud y asistencial de primera línea; personas mayores de 60 años y personas con comorbilidades que incrementaran su riesgo de muerte, independientemente de su edad. Conforme creciera la disponibilidad de vacunas, COVAX iría ampliando progresivamente el acceso a vacunas para todos los países.

Guatemala se adhirió al mecanismo COVAX y siguió todo el proceso requerido por la OMS/OPS para llegar a obtener la vacuna, incluido asegurar los pagos que debían hacerse a COVAX, dado que Guatemala no calificaba para recibir la vacuna de manera gratuita. A principios de octubre 2020, se oficializó la adhesión. Así también, se realizó un anticipo de recursos financieros, equivalente al 15% del monto total del dinero requerido por COVAX. El acuerdo era que el país recibiría vacuna durante el primer trimestre del 2021. Es importante destacar que Guatemala no tuvo restricciones financieras para comprar vacuna COVID-19, pues, en enero 2021, el Congreso de la República emitió la “Ley de vacunación”, Decreto 01-2021, que autorizó gasto por 1,000 millones de quetzales (US\$130 millones) para compra de vacunas para la COVID-19.¹²

Un factor que afectó profundamente a Guatemala, y en general a la región Centro Americana, fue el fenómeno que se dio inicialmente de acaparamiento de vacunas por parte de los países de mayores ingresos, especialmente, aquellos que habían contribuido a financiar la investigación y desarrollo acelerado de vacunas para enfrentar la pandemia. Esta dinámica, afectó en primera instancia al mecanismo COVAX, pues limitó la disponibilidad de

¹¹ <https://www.paho.org/es/noticias/5-10-2020-acceso-vacuna-contra-covid-19-mediante-mecanismo-covax>

¹² Esta ley fue aprobada incluso antes de que existiera un plan de vacunación, y tenía pocas condiciones y mecanismos de verificación para garantizar el debido uso de esos recursos.

vacunas, por lo que el mecanismo COVAX no pudo entregar a los países las cantidades previamente convenidas en el tiempo previamente acordado, habiendo sufrido estos atrasos unos países más que otros.

La producción a escala de vacunas COVID-19 comenzó en diciembre 2020, lográndose producir solo 350 millones de dosis al mes, lo que explica en parte las dificultades iniciales que hubo para satisfacer la demanda global. Sin embargo, la figura 12 muestra cómo se fue incrementando esta capacidad, mes a mes, a lo largo del 2021. Para septiembre 2021, se habían producido más de 7,500 millones de dosis de vacunas que, si se hubieran distribuido equitativamente, se pudo haber aplicado al menos una dosis de vacuna a prácticamente toda la población del mundo y detener la pandemia.

Sin embargo, y a pesar de la puesta en marcha de COVAX desde junio 2020, fue otra la dinámica que tuvo la distribución de las vacunas a nivel global. Los países ricos, a la par que apoyaban a COVAX, negociaron acuerdos bilaterales con las farmacéuticas, a precios no declarados, para comprar las vacunas para sus poblaciones (y hasta más vacuna de la que necesitaban). La OMS denunció, en enero 2021, que 49 países de ingresos altos y medios se habían distribuido 39 millones de dosis de vacunas, mientras que, en un país de ingresos bajos solo se había logrado vacunar a 25 personas.¹³

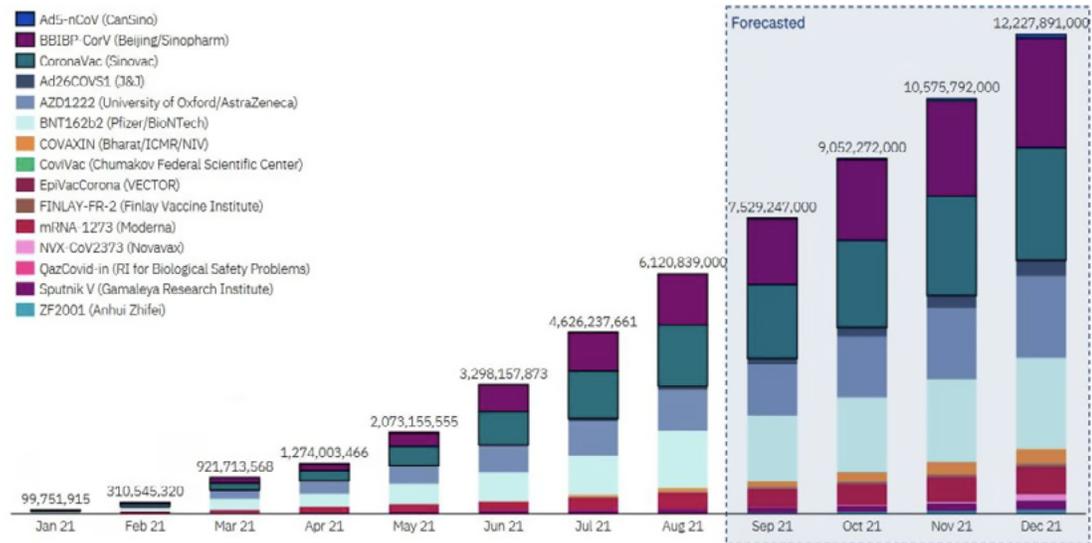
Así, las negociaciones bilaterales que estaban haciendo los países con las farmacéuticas desplazaban la prioridad de abastecer a COVAX, pues las empresas estaban vendiendo directamente a los gobiernos las dosis de vacunas a precios negociados generalmente en condiciones de total secreto y opacidad. Con ello, afectaron también la posibilidad de que COVAX pudiera negociar mejores precios y obtener los 2 mil millones de dosis necesarias para la vacunación de la población priorizada (20%) en todos los países. Nuevamente, en febrero de 2021, la OMS denunció que 10 países desarrollados concentraron el 75% del total de dosis aplicadas a esa fecha en el mundo.¹⁴

¹³ Ver: <https://news.un.org/es/story/2021/01/1486742>

¹⁴ Ver: <https://news.un.org/es/story/2021/02/1488202>

FIGURA 12.

Pronóstico de producción de dosis de vacunas contra la COVID-19.



Fuente: Airfinity, Vaccine production forecast by dose Split by candidate. Datos al 24 de agosto de 2021.

La Figura 13 muestra cómo se comportaron las compras bilaterales de vacuna según el nivel de ingreso de los países hasta junio 2022. De un total de 18,617,134,718 dosis negociadas para compra, el 40.2% de todas las dosis han sido para países de altos ingresos; 17.1% fueron adquiridas por países de ingresos altos; 24.2% por países de ingresos medios; 15% fueron adquiridas vía COVAX y 3.5% por los países de ingresos bajos.¹⁵ En contraste, si esas 18.6 mil millones de dosis hubieran sido distribuidas equitativamente, como lo había propuesto COVAX, la producción hubiera alcanzado para cubrir al 100% de la población total mundial con dos dosis de vacuna. Además, mientras los países más ricos acapararon el 40% del total de las vacunas, solo el 14% de la población mundial vive en esos países.¹⁶ Para Guatemala, esta realidad de desigualdad global en el acceso a las vacunas COVID-19 significó que pasaron 5 meses entre el anuncio oficial de la adhesión al mecanismo COVAX y la primera entrega

de dosis de vacunas al país por parte de dicho mecanismo, ocurrida hasta el 10 de marzo 2021.

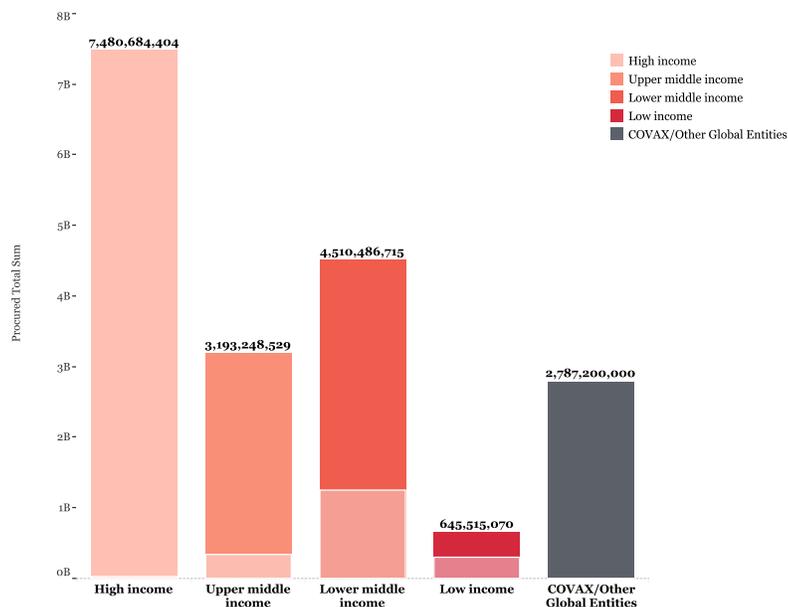
La segunda entrega fue en el mes de abril. Si bien formalmente se puede argumentar que COVAX todavía logró entregar el 55.6% del total de dosis de vacunas a las que se comprometió en entregar a Guatemala en el primer cuatrimestre del año (cuadro A), la percepción social de la falta de acceso a las vacunas ya había permeado en la población, pues los medios de comunicación y las redes sociales informaban que en los países vecinos (El Salvador, Honduras y México) ya estaban vacunando.

¹⁵ <https://launchandscalefaster.org/covid-19/vaccinepurchases> consultada el 18/07/2022 a las 00:55am

¹⁶ https://www.eldiario.es/internacional/covax-echa-andar-pasado-mecanismo-repartir-vacunas-igual-meses-acopio-paises-ricos_1_7262859.html

FIGURA 13.

Cantidad confirmada de dosis adquiridas por clasificación del nivel de ingresos del país.



Fuente: <https://launchandscalefaster.org/covid-19/vaccinepurchases>

Adquisición de vacunas por compra directa a la industria farmacéutica

Para octubre 2020, se hizo público en Guatemala que otros países de la región, además de adherirse al mecanismo COVAX, habían emprendido en paralelo negociaciones bilaterales con farmacéuticas para acceder a más vacunas que el 20% de las dosis que iban a obtener por medio de COVAX. Costa Rica anunció su primer acuerdo bilateral a inicios de octubre 2020, seguido de Panamá y El Salvador (diciembre 2020); en febrero 2021, lo anunció Honduras (Slowing, Chávez, Maldonado y García, 2021a) Mientras tanto, Guatemala llegó al mes de febrero 2021 sin disponibilidad de vacunas para iniciar la vacunación.

Ante esta realidad, el gobierno de Guatemala inició la exploración de opciones disponibles, luego de que se aprobara en el mes de enero 2021 el Decreto Ley 01-2021 que le autorizaba fondos y mandato para ese tipo de negociaciones. Como iniciaron tan tarde, aparentemente, el gobierno se encontró con la dificultad de que las empresas de las vacunas Pfizer, Astra Zéneca y Moderna no podían garantizar en el muy corto plazo abastecer la vacuna que necesitaba Guatemala. Por otra parte, vacunas como la de Pfizer necesitaban condiciones particulares de

cadena de frío, que el sistema guatemalteco no podía ofrecer. No se sabe si intentó obtener vacunas chinas, como hizo El Salvador y otros países de Sudamérica, aunque dado que Guatemala no tenía en ese entonces relaciones diplomáticas ni comerciales con China Continental, estas vacunas, muy posiblemente, no fueron consideradas como opción.

La “exploración de los mercados” llevó unos meses. Frente al incremento de la presión social por la vacunación, el gobierno optó por negociar con la empresa del gobierno ruso Humana Vaccine Ltd. la compra de 16 millones de dosis de vacuna Sputnik V.

A finales del mes de marzo se anunció la firma del contrato, el cual fue firmado el 5 de abril y fue el primer -y único- contrato firmado a la fecha por el gobierno de Guatemala para la adquisición de 16 millones de dosis de Sputnik V por un monto de US\$160 millones de dólares, las cuales deberían ser entregadas al país en el lapso de 6 meses (al 5 de octubre 2021).

Sin embargo, la recomendación técnica del Consejo Nacional Asesor de Inmunizaciones (CONAPI) fue comprar vacunas de Pfizer, Moderna y/o

AstraZeneca¹⁷, por lo que la compra de vacuna Sputnik, que no había sido avalada para uso de emergencia por la OMS todavía, ni por ninguna autoridad reguladora a nivel mundial como la FDA, se amparó en la autorización que había dado la autoridad reguladora de Argentina a dicha vacuna. La Ley 01-2021 aprobaba dicha situación.

Al igual que ocurrió en muchos países, el contrato de compra con Humana Vaccine Ltd. se firmó sin dar a conocer sus contenidos y alcances, argumentando la existencia de una cláusula de confidencialidad. Además, el gobierno autorizó la entrega anticipada de la mitad del valor total de la compra, pagándose alrededor de 83 millones de dólares. Nunca se contó con un cronograma de entregas. Lo único establecido al respecto es que los 16 millones de dosis de la vacuna Sputnik debían entregarse antes del 5 de octubre 2021. En ese contrato tampoco se explicó que la dosis de refuerzo de Sputnik era un componente distinto que el usado para la primera dosis y que requería otras condiciones de cadena de frío, especialmente, a nivel local. Tampoco se habían considerado en el contrato los costos de transporte de la vacuna desde su lugar de producción hasta Guatemala.

Las dosis de vacuna Sputnik comenzaron a llegar a hasta finales del mes de mayo, y por cuentagotas. Esto generó una enorme indignación ciudadana. Fue recién en julio 2021, tres meses más tarde de la firma del contrato, que la empresa entregó un volumen importante de vacuna, pero, a la luz de un contrato firmado por 16 millones de dosis, lo entregado a esa fecha (960,000 dosis) apenas si representaba el 6% del total de vacuna contratada, cuando solo quedaban ya tres meses para el vencimiento del contrato.

Ante la presión social desatada por la falta de cumplimiento de la empresa rusa con la entrega de las dosis de la vacuna, en un proceso plagado de opacidad e irregularidades, el gobierno de Guatemala entró en una “renegociación” a puerta cerrada de este contrato. Como resultado, supuestamente, se redujo la compra inicial contratada de 16 a 8 millones de dosis de Sputnik V (o sea, se pagó anticipadamente el 100% del total de vacuna, sin haberla recibido), y se les concedió extender el plazo

de entrega de ese monto de dosis (8 millones) hasta diciembre 2021. Es decir, la empresa obtuvo tres meses adicionales de gracia, para entregar la mitad de las dosis originalmente contratadas y pagadas anticipadamente en su totalidad. El sacrificio fue el país y su población, pues no solo recibió tarde la vacuna, sino que los volúmenes y flujos de entrega ocasionaron sobrecarga de disponibilidad de vacuna en las épocas donde la actividad de vacunación se redujo notablemente, como se documenta en el siguiente apartado.

En términos del proceso de vacunación, estas situaciones significaron no contar con suficiente vacuna en los momentos que la población la demandaba, y era más viable intensificar la vacunación (junio a noviembre 2021) a niveles locales, pues la población todavía mostraba interés por ser vacunada, dado que se estaba enfrentando la ola pandémica por la variante Delta. Además, la renegociación del contrato original le permitió a la empresa rusa un tiempo de entrega más prolongado, con lo cual, ellos evitaron caer en incumplimiento de contrato, pero que terminó perjudicando el proceso de la vacunación en el país de múltiples maneras.

La cúspide se dio en el último trimestre del año (octubre y diciembre 2021), con más de 14 millones de dosis recibidas en el país en el lapso de esos tres meses (Moderna y Sputnik, principalmente) y cuando todavía había un remanente de dosis que se arrastraba del trimestre previo, que no se habían logrado administrar, puesto que las entregas de vacuna se concentraron en los últimos dos trimestres del año.

La falta de sincronía entre la entrega de las vacunas al país y el ciclo presupuestario, propio de la gestión pública del Estado de Guatemala que va con el calendario anual, más las festividades de fin de año que se traducen en un descenso de actividades en el sector público -y de demanda de servicios- que se extiende al menos hasta la primera o segunda semana de enero, son los factores que llevaron a que se acumularan millones de dosis de vacunas que quedaron sin administrar.

A pesar de que se reactivó la vacunación en el primer trimestre del 2022, el ritmo de vacunación nunca se equiparó con la disponibilidad de dosis que había.

¹⁷ Ver anexos del Plan Nacional de Vacunación.

Estos hechos también ayudan a explicar por qué se vencieron tantas dosis de vacunas durante el primer semestre del 2022. Simplemente, las entregas de vacunas se dieron a destiempo con la lógica temporal de funcionamiento del sistema de salud (y también, de interés de la población). La falta de reforzamiento y multiplicación de los equipos de vacunación, por falta de personal y/o reticencia de contratar más personal), también jugaron un papel, al igual que la falta de equipamiento de cadena de frío en los establecimientos de salud que fungían como centros de vacunación.

Así, se vencieron más de 7.78 millones de dosis de vacunas y, con ellas, la oportunidad de elevar las coberturas vacunales al 70% o más de la población guatemalteca.

Adquisición de vacunas por medio de donaciones

El malestar creciente de la población guatemalteca, al ver que los demás países de la región iniciaron temprano en el año 2021 la vacunación de su personal de salud, por medio de compras bilaterales de vacuna, obligó al gobierno a buscar el apoyo de países amigos para obtener algunas dosis con que aplacar la situación. Así, la primera donación, 5,000 dosis de vacuna Moderna, de parte del gobierno de Israel, llegó al país el 25 de febrero, casi dos meses después de aprobado el decreto ley para compra de vacuna.

Las primeras donaciones obtenidas del gobierno de Israel y, posteriormente, el de la India, se destinaron a la vacunación de personal de salud de primera línea, conforme a lo establecido en el plan de vacunación. Así que la población general tuvo que esperar más tiempo para percibir la vacunación como una posibilidad real.

Guatemala se hizo altamente dependiente de las donaciones de vacunas hechas por países amigos, al punto de que han llegado a constituir el 45% del total de vacuna COVID-19 que ha estado disponible en el país, entre 2021 y julio 2022. El donante principal de vacuna para Guatemala ha sido el gobierno norteamericano, quien, con 8.5 millones de dosis de vacuna Moderna, palió en buena medida los vacíos que dejó los sensibles atrasos en las entregas de vacuna Sputnik. Las donaciones norteamericanas

equivalen al 68.12% del total de dosis donadas al país y al 30.47% del total de dosis de vacunas que han estado disponibles, independientemente de la modalidad de adquisición. Es decir, casi un tercio de las dosis.

Las vacunas Moderna, donadas por Estado Unidos, son también las vacunas que más ampliamente han estado disponibles en todo el territorio nacional (representando el 44% del total de las primeras dosis administradas a nivel nacional). Es decir, el aporte norteamericano no sólo ha contribuido a hacer la vacunación mucho más accesible a la población guatemalteca en general, sino que ha permitido que personas que viven fuera del departamento de Guatemala también pudieran vacunarse, contribuyendo así a paliar las profundas brechas de desigualdad y exclusión en el acceso a vacunas que se han observado y documentado en otros estudios. Así, el 49% de las primeras dosis administradas de la vacuna donada por el gobierno norteamericano fueron empleadas fuera del departamento de Guatemala.¹⁸

Lamentablemente, una importante cantidad de dosis de la vacuna Moderna donada también se desperdició, por vencimiento. Fueron 1.5 millones de dosis (19.6% del total de vacuna vencida), lo que representó una oportunidad perdida de vacunación para casi 800 mil personas en el país.

El segundo donante más importante para Guatemala ha sido España, con un 10.52% del total de vacuna donada en dos ocasiones distintas. El tercer lugar lo ocupa Suiza, con el 7.96% del total, seguidos por Corea, Canadá, República Dominicana, México, India e Israel. La donación de Israel, si bien fue pequeña, fue la primera donación recibida; le siguió la donación del gobierno de la India. Ambas fueron clave para que el gobierno de Guatemala pudiera, por lo menos, iniciar la vacunación del personal de primera línea durante el primer trimestre del 2021, mientras se esperaba la llegada de la primera entrega del mecanismo COVAX que, como ya se documentó previamente, estaba atrasada por temas relacionados con la geopolítica de la distribución de la producción de vacunas a nivel global.

¹⁸ Todos estos elementos se dieron a conocer cuando se filtró el contrato de compra de la vacuna Sputnik a un medio de comunicación (El Periódico GT).

2.3.1. ESTIMACIONES CUANTITATIVAS DE LAS DOSIS DE VACUNAS QUE HAN ESTADO DISPONIBLES

Al año 2023, Guatemala contaba con una población estimada de 17,602,431 personas. Como se observa en la tabla 18, la cantidad de dosis de vacuna contra COVID-19 que debe asegurar el país es entre 24.64 millones y 49.29 millones de dosis para alcanzar las metas establecidas. Sin embargo, el Plan Nacional De Vacunación Contra La Covid-19 en Guatemala (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2023) no define ninguna meta de cobertura de vacunación, por lo que no está claro la cantidad de dosis de vacuna el Gobierno de Guatemala planea asegurar, ni cuánto costaría. A pesar de eso, a principios de 2021, se aprobó el Decreto Número

1-2021 (Congreso de la República de Guatemala, 2021), en el cual se faculta al Ministerio de Finanzas Públicas a readecuar hasta por Q1 mil 500 millones para la adquisición de vacunas.

En total, hasta abril de 2023, en Guatemala se habían recibido 28.24 millones de dosis de vacuna, de las cuales 12.83 millones habían sido donadas (45.43%) y 15.42 millones habían sido compradas (54.60%). El detalle de las transacciones de vacunas donadas y compradas en Guatemala se describen en las tablas 19 y 20. Se contabilizan 10.00 millones de dosis de vacuna Moderna recibidas, 7.90 millones de dosis de Sputnik V, 5.55 millones de AstraZeneca y 4.79 millones de Pfizer. Sin embargo, se debe tomar en cuenta el vencimiento de 7.78 millones de dosis.

TABLA 18.

Estimación de dosis necesarias para alcanzar las metas de vacunación por edad en Guatemala.

EDAD	POBLACIÓN	META 2 DOSIS (OMS)		META 4 DOSIS	META 3 DOSIS	META 2, 3 Y 4 DOSIS
		40%	70%	70%	70%	70%, 40%, 10%
0 a 5 años	2,232,120	1,785,696	3,124,968	6,249,936	4,687,452	4,241,028
6 a 11 años	2,224,159	1,779,327	3,113,823	6,227,645	4,670,734	4,225,902
12 a 17 años	2,129,789	1,703,831	2,981,705	5,963,409	4,472,557	4,046,599
18 a 49 años	8,432,382	6,745,906	11,805,335	23,610,670	17,708,002	16,021,526
50 años y más	2,583,981	2,067,185	3,617,573	7,235,147	5,426,360	4,909,564
Total	17,602,431	14,081,945	24,643,403	49,286,807	36,965,105	33,444,619

Fuente: Laboratorio de Datos GT, con datos del INE.

TABLA 19.

Resumen del flujo de vacuna COVID-19 en Guatemala.

DOSIS	CANTIDAD DE DOSIS
Dosis recibidas	28,244,610
Dosis vencidas	7,783,144
Dosis para administrar	20,461,466
Dosis administradas	20,381,396

Fuente: Fuente: Laboratorio de Datos GT, con datos del MSPAS, e investigación hemerográfica a abril de 2023.

Como se puede observar en la tabla 20, la primera entrega de dosis de vacunas compradas por el Gobierno de Guatemala en llegar al país fueron 81 mil 600 dosis de AstraZeneca, gestionadas a través del mecanismo COVAX, el 10 de marzo de 2021. Para entonces, ya habían entrado al país 2 donaciones de vacuna de parte de Israel (con dosis de vacuna Moderna) y de la India (AstraZeneca). A través del mecanismo COVAX, Guatemala planeaba asegurar la adquisición de 6.6 millones dosis de vacuna (Organizacion Panamericana de la Salud , 2021) para inmunizar con una dosis al 20% de su población. En total, a través de COVAX, hasta abril de 2023, Guatemala ha logrado adquirir un total de 7.52 millones de dosis de vacuna (49.65% de AstraZeneca y 50.44% de Pfizer); esto incluye las 6.6 millones de dosis gestionadas en un principio con el mecanismo, más una serie de compras adicionales facilitadas por COVAX que se realizaron posteriormente.

Adicional a las adquisiciones de vacunas realizadas por medio del mecanismo COVAX, la única compra de dosis de vacuna contra la COVID-19 que registra el país a la fecha, es un contrato por 16 millones de dosis de vacuna Sputnik V, con la empresa Limited Liability Company Human Vaccine, por un valor de 16 millones de dólares, con el fin de inmunizar a 8

millones de personas con esquema de 2 dosis. Al momento de la firma del contrato, en abril de 2021, el Gobierno de Guatemala pagó a la empresa el 50% del total del contrato, equivalente a 614.5 millones de quetzales (Prensa Libre, 2021). Sin embargo, tras una serie de señalamientos de corrupción y cuestionamientos en torno a esta compra (El Mundo, 2021), principalmente por la falta de transparencia en la gestión, la realización del pago anticipado y la irregularidad en las entregas, el Gobierno de Guatemala realizó una renegociación del contrato para recibir solo 8 millones de dosis (Prensa Libre, 2021). A la fecha, esta situación aún no ha sido debidamente esclarecida por las autoridades y los entes de control.

Las entregas de dosis de vacuna Sputnik en Guatemala iniciaron el 5 de mayo de 2021, con pequeños lotes durante el segundo y tercer trimestre del año. Finalmente, en el último trimestre se hace entrega de más de 5.24 millones de dosis (65% del total de 8 millones compradas), concentradas en 2 grandes entregas de más de 1 millón de dosis cada una. Este irregular calendario de entregas de dosis de vacuna Sputnik V se volvería la principal razón de vencimiento de vacunas en el país tras acumular una gran cantidad a finales de 2021, sin la capacidad de administrarlas a tiempo.

TABLA 20.

Compras de dosis de vacuna COVID-19 realizadas por Guatemala

PROCEDENCIA	MARCA	FECHA	CANTIDAD DE DOSIS
COVAX	AstraZeneca	10-Mar-2021	81,600
		28-Apr-2021	321,600
		3-Jun-2021	321,600
		14-Nov-2021	489,600
		11-Dec-2021	523,600
		4-Feb-2022	854,600
		24-Feb-2022	1,091,400
		25-Feb-2022	40,800
	Pfizer	5-Aug-2021	363,870
		2-Sep-2021	169,650
		18-Nov-2021	1,000,350
		16-Dec-2021	1,000,350
		27-Jan-2022	680,940
		27-May-2022	273,780
		19-Dec-2022	302,400

PROCEDENCIA	MARCA	FECHA	CANTIDAD DE DOSIS
Rusia	Sputnik V	5-May-2021	50,000
		20-May-2021	50,000
		16-Jun-2021	50,000
		3-Jul-2021	200,000
		6-Jul-2021	200,000
		13-Jul-2021	310,000
		28-Jul-2021	100,000
		24-Aug-2021	400,000
		31-Aug-2021	100,000
		20-Sep-2021	700,000
		26-Sep-2021	500,000
		20-Oct-2021	700,000
		27-Oct-2021	700,000
		29-Oct-2021	700,000
		26-Dec-2021	1,058,400
		29-Dec-2021	1,958,600
30-Dec-2021	123,900		
Total de dosis compradas			15,417,040

Fuente: Laboratorio de Datos GT, con datos del MSPAS, e investigación hemerográfica a abril de 2023.

Entre febrero y abril de 2022, se vencieron 4.82 millones de dosis de vacuna Sputnik V (además de otras de AstraZeneca y Moderna). Efectivamente, esto dejaba al país con apenas 10.6 millones de dosis de vacuna compradas por el Gobierno de Guatemala, lo que apenas alcanza para vacunar con 2 dosis de vacuna contra COVID-19 al 30% de la población guatemalteca. Sin la gran cantidad de donaciones que recibió el país, la vacunación no hubiera podido avanzar en Guatemala.

La tabla 21 describe a detalle las donaciones de vacuna realizadas al país. Los primeros dos lotes de vacunas que llegaron fueron donaciones realizadas por Israel (5 mil dosis de vacuna Moderna) e India (200 mil dosis de vacuna AstraZeneca), entre febrero y marzo de 2021. En total se registran 19 donaciones realizadas a Guatemala. El principal donante de vacunas COVID-19 a Guatemala ha sido los Estados Unidos de América, con 8.50 millones de dosis de vacuna Moderna donadas (66.26% de todas las vacunas donadas, y 30.09% del total de vacunas adquiridas por compra o donación); Seguido por España, con 1.66 millones de vacunas AstraZeneca y Pfizer donadas (12.96% de todas las vacunas donadas, y 5.99% del total de vacunas adquiridas por compra o donación). De hecho, el 42.05% de las dosis administradas (8.57 millones de dosis) fueron

dosis de Moderna, donadas por el Gobierno de los Estados Unidos. Dada las fechas de las compras de vacuna realizadas por Guatemala, el país ha contado con muy pocas vacunas bivalentes, versiones de la vacuna que actúan contra la cepa original y otra cepa más moderna. Solamente han ingresado 172 mil 800 dosis de la vacuna Moderna bivalente para la subvariante BA.1 de ómicron parte de la donación de 288 mil dosis de Suiza, en diciembre de 2022.

Durante el cuarto trimestre de 2021, se realizaron, entre otras, las entregas de dos lotes de 2 millones de dosis de Moderna donadas por los Estados Unidos. Fueron 4 millones de dosis, sumadas a las grandes entregas de dosis de Sputnik V en el mismo periodo de tiempo, al acumularse se volverían la principal razón de vencimiento de vacunas en el país, por la falta de capacidad para administrarlas.

Además de las dosis de vacuna vencidas antes mencionadas, durante abril de 2022, se contabilizó el vencimiento de 1.53 millones de dosis de vacuna Moderna; y entre abril y mayo de 2022, también se vencieron 1.43 millones de dosis de vacuna AstraZeneca. A pesar de que el país aún no ha alcanzado ninguna de las metas de vacunación establecidas, en total, 7.83 millones de dosis se han vencido en el territorio guatemalteco. Esto producto

de una mala planificación y falta de control en los calendarios de entrega de dosis de vacuna, y debido a la incapacidad de distribuirlas y administrarlas de manera eficiente en todo el territorio.

En resumen, la figura 14 describe el flujo de dosis de vacuna contra COVID-19 por trimestre en Guatemala. Se observa cómo la disponibilidad de vacunas aumenta de manera estrepitosa durante el tercer y cuarto trimestre del 2021, producto de las grandes entregas de dosis de vacuna donada por los Estados Unidos, y las compradas de Sputnik

V (barras color verde). Esta gran acumulación de dosis resulta ser mucho más de lo que el sistema de salud fue capaz de administrar. A pesar de los esfuerzos realizados por acelerar la vacunación en Guatemala durante el tercer y cuarto trimestre de 2021 y primer trimestre de 2022, la cantidad de dosis administradas (barras color amarillo) no es suficiente para evitar el vencimiento de dosis de vacuna acumulada. Por lo que durante el segundo y tercer trimestre del 2022, se observa la pérdida de una gran cantidad de vacuna (barras color rojo).

TABLA 22.

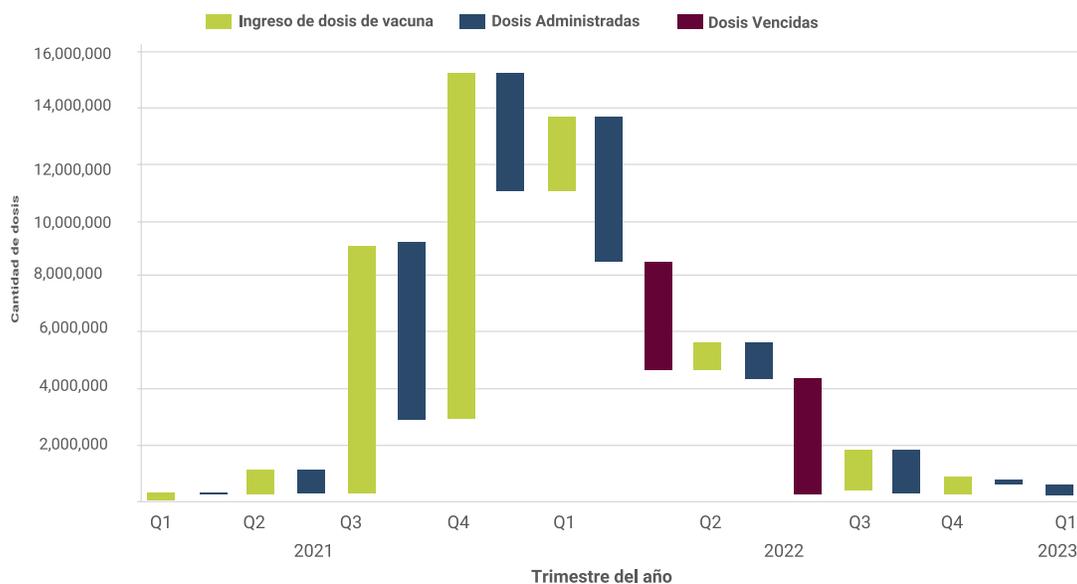
Vencimiento de dosis de vacuna COVID-19 en Guatemala.

MARCA	PROCEDENCIA	FECHA	CANTIDAD DE DOSIS	TOTAL DE DOSIS
AstraZeneca	COVAX	30-Apr-2022	507,110	1,430,390
		31-May-2022	923,280	
Moderna	Estados Unidos	1-Apr-2022	2,000	1,528,230
		3-Apr-2022	76,810	
		4-Apr-2022	531,050	
		6-Apr-2022	498,240	
		7-Apr-2022	420,130	
Sputnik V	Rusia	28-Feb-2022	1,061,412	4,824,524
		31-Mar-2022	2,751,422	
		30-Apr-2022	1,011,690	
Grand Total				7,783,144

Fuente: Laboratorio de Datos GT, con datos del MSPAS, e investigación hemerográfica a abril de 2023.

FIGURA 14.

Flujo de dosis de vacuna COVID-19 en Guatemala por trimestre: dosis recibidas, administradas y vencidas.



Fuente: Laboratorio De Datos GT, con base en información del MSPAS e investigación hemerográfica a abril de 2023.

Finalmente, para el segundo trimestre de 2023, se estima que, prácticamente, el país se ha quedado sin dosis para continuar con la vacunación.

Para abril de 2023, Guatemala todavía no había alcanzado la meta de vacunación establecida por la OMS para mediados de 2022. Y se habían administrado unas 20.38 millones de dosis, lo que representa las siguientes proporciones de cobertura vacunal de la población:

- 8.94 millones de primeras dosis, cobertura del 50.77%.
- 7.13 millones de segundas dosis, cobertura de 40.51%.

- 3.72 millones de terceras dosis, cobertura de 21.15%.

- 590 mil cuartas dosis de refuerzo, cobertura de 3.35%.

Tomando en cuenta el vencimiento de 7.78 millones de dosis, Guatemala ha asegurado 20.46 millones de dosis para administrar. Esto no es suficiente ni siquiera para alcanzar la meta de la OMS de vacunar con 2 dosis al 70% de la población. Dado que, a abril de 2023, se estima que las dosis de vacuna contra COVID-19 se han agotado, y considerando las coberturas de vacunación actuales, en la tabla 23 se presentan las cantidades de dosis de vacuna que el Gobierno debería de adquirir durante 2023 y 2024 para alcanzar las metas de vacunación establecidas.

TABLA 23.

Cantidad de dosis que debe asegurar Guatemala según meta de vacunación.

META	CANTIDAD DE DOSIS
Meta 2 dosis, cobertura 70%	5,000,000
Meta 4 dosis, cobertura 70%	29,000,000
Meta 3 dosis, cobertura 70%	17,000,000
Meta 2, 3 y 4 dosis, coberturas 70%, 40%, 10%	32,000,000

Fuente: Fuente: Laboratorio de Datos GT, con datos del MSPAS e INE.

En Guatemala, a nivel nacional, los adultos mayores de 50 años solamente cuentan con una cobertura de 2 dosis del 63.28% y el 43.61% con una dosis de refuerzo. Además, el 85% de todas las personas que cuentan con 3 dosis se vacunaron por última vez hace más de 1 año. Por eso, se estima que se necesita, al menos en una primera etapa, 5 millones de dosis nuevas de vacuna en el país, necesarias para alcanzar la meta de la OMS de 70% de cobertura de la población con esquema de 2 dosis, preferentemente de las versiones más modernas de la vacuna bivalente. Posteriormente, aumentar la disponibilidad de vacuna entre 17 y 32 millones de dosis, para fortalecer la cobertura vacunal con dosis de refuerzo, y siguiendo la recomendación de la OMS y del Plan de Vacunación contra COVID-19 de Guatemala, priorizar a los grupos poblacionales más vulnerables.

III. FINANCIAMIENTO Y PRESUPUESTO PARA LAS VACUNAS COVID-19

Este capítulo aborda la manera en la cual se gestionó el presupuesto destinado a la vacunación en El Salvador, Guatemala y Honduras. Debe ser entendido como un primer esfuerzo para algo mucho más profundo: el estudio y análisis de su normativa de compras y contrataciones para identificar no, únicamente, similitudes y diferencias, sino, aspectos en los cuales es necesario introducir cambios para que este proceso pueda suceder de una manera mucho más ágil, sostenible y, sobre todo, transparente. La afirmación anterior se expresa, porque la COVID-19 no es la única crisis

que enfrentarán los sistemas de salud, al menos en los años inmediatos, la Organización Mundial de la Salud ha advertido sobre un brote de dengue en toda América Latina y cómo los efectos de la Corriente de El Niño incrementarán la inseguridad alimentaria, así como la desnutrición aguda; se necesitan, por tanto, sistemas de salud ágiles, eficientes y transparentes.

3.1. FINANCIAMIENTO PARA LA ADQUISICIÓN DE VACUNAS EN EL SALVADOR

En el caso de El Salvador, se investigó el acceso a cifras de su presupuesto público en el portal del Ministerio de Hacienda, el cual redirigió al de Transparencia Fiscal (Datos abiertos), que permite descargar la base de datos del presupuesto público, de acuerdo con la estructura programática que posee. Sin embargo, solo se puede hacer para la Administración Central, no así para el Instituto Salvadoreño de Seguro Social (ISSS), que no tiene prácticas de transparencia similares a las de Hacienda Pública.

Entendidas esas restricciones, se presenta el análisis del financiamiento de la adquisición de vacunas por la Administración Central, que comprende el llamado: Ramo de Salud, más lo ejecutado por los diferentes hospitales que hay en país. Al respecto, las cifras develan que, en 2020, devengaron un presupuesto \$1,181.5 millones para salud, cifra que para 2021 había aumentado un 24.7% y, para el año siguiente, un 9.7%. Nótese que en cada año ha venido en aumento. Por su parte, en lo relativo a los presupuestos dirigidos al COVID-19 desde el sector salud, para 2020 no se contabilizó específicamente en esta finalidad recurso alguno, sino hasta 2021 cuando aparecen actividades para afrontar los efectos de la pandemia con un monto de \$40.2 millones y para 2022, prácticamente, se triplicó, llegando a los \$112.7 millones. Para 2023, el presupuesto vigente es la mitad de lo ocurrido en el año previo con un monto de \$66.3 millones.

A continuación, se desagregan las cifras de los recursos destinados al COVID-19 en el sector salud, atendiendo los momentos presupuestarios que reconocen las finanzas públicas salvadoreñas.

¹⁹ Sobre ese particular, nótese que, para 2021, el Ejecutivo no modificó el monto aprobado por la Asamblea Nacional, el cual fue de \$51.7 millones, pero, únicamente, pudo ejecutar \$40.2, para una tasa de ejecución del 78.2%.

Durante 2021, la Asamblea Nacional aprobó para afrontar la COVID-19 en el sector salud un total de \$58.4 millones, los cuales fueron aumentados por el Ejecutivo en \$100.2 millones, llegando a tener un presupuesto vigente de \$158.4 millones, pero, pudo ejecutar \$112.7 de ellos, únicamente, para una tasa de ejecución del 71.1%.

2023 es un escenario totalmente diferente porque la Asamblea Nacional y el Ejecutivo asumen que ya no existe el COVID-19, debido a los bajos montos que la Asamblea aprobó para el año fiscal, siendo de \$47.9 millones. Estos fueron aumentados a los \$66.2, pero, al mes de agosto 2023, únicamente, habían sido devengados \$6.8 millones para una tasa de ejecución del 10.4%, lo cual demuestra que, más allá de la escasa voluntad en asignar más recursos para atender la pandemia y sus efectos, específicamente en la salud, no existió la agilidad o disposición en ejecutarlos de manera oportuna.

Por último, en el caso de El Salvador todos los recursos que destinaron al COVID-19 desde el sector salud provinieron de préstamos externos, en ningún momento de impuestos, colocación de deuda interna o donaciones.

¹⁹ El momento del asignado se refiere al monto que aprueba la Asamblea Nacional cada año, previo al inicio del período fiscal; por su parte, el modificado son los cambios que el Órgano Ejecutivo realiza durante el año fiscal por diversidad de razones, quedando así un presupuesto vigente que no es más que la sumatoria del asignado y las modificaciones (las cuales pueden ser aumentos o disminuciones). Por último, el devengado es la sumatoria de los bienes y servicios que recibe la Administración Pública, producto del proceso de compras y adquisiciones. En ese orden de ideas, la tasa de ejecución presupuestaria es el cociente entre el devengado y el vigente.

TABLA 24.

Presupuesto devengado total para el MINSAL e ISSS, presupuesto devengado para el programa de COVID-19 en millones de dólares, El Salvador, 2020-2023.

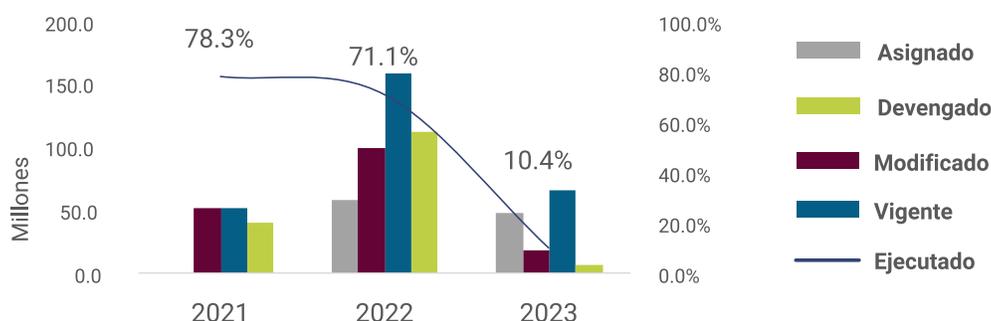
ENTIDAD Y OBJETO DE GASTO	2020	2021	2022	2023*
Devengado Ramo salud + Hospitales	1,181.5	1,473.6	1,617.7	1,716.2
Devengado Covid-19 Ramo salud + Hospitales	-	40.2	112.7	66.3

Fuente: Laboratorio de Datos GT, con base en Ministerio de Hacienda, portal de Datos Abiertos.

*Año 2023 se refiere al presupuesto vigente, no al devengado.

FIGURA 15.

Momentos presupuestarios y tasas de ejecución del presupuesto para el financiamiento del programa de COVID-19 en el Ramo de Salud + Hospitales (millones de dólares), El Salvador, 2021-2023.



Fuente: Laboratorio de Datos GT, con base en Ministerio de Hacienda, portal de Datos Abiertos.

3.2. FINANCIAMIENTO DE LA VACUNACIÓN EN HONDURAS

Para ir finalizando este análisis se presenta el caso de Honduras, país que tiene una estructura programática muy similar a la guatemalteca y, dicho sea de paso, mejores sistemas de rendición de cuentas de su presupuesto, porque de manera automática entrega la ejecución en formato de bases de datos. De esa cuenta, y a diferencia de El Salvador, sí se pudo tener en detalle el financiamiento público, tanto para la pandemia como para la adquisición de la vacuna por parte de la Secretaría de Salud (SESAL), como del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

Las cifras indican que la SESAL y el IHSS, para 2020, devengaron en conjunto un presupuesto de L28,574.1 millones, monto que hasta 2023 creció a los L45,362.3 millones y se propone que para

2024 sea de L,47,464.1. En consecuencia, ambas organizaciones destinaron y devengaron para 2020 un total de L1,088.7 millones, y es de advertir que ese año no hubo monto destinado alguno para la adquisición de las vacunas, sino, hasta 2021, con L730.9 millones, y en atención a lo visto en los casos de sus vecinos, El Salvador y Guatemala, para 2022, prácticamente, anularon el presupuesto para la adquisición de la vacuna, devengando, únicamente, medio millón de lempiras.

Por su parte, en el presupuesto recomendado para 2024, el Ejecutivo ha propuesto al Congreso Nacional adquirir nuevamente la vacuna contra la COVID-19, hasta por un monto de L1,308.4 millones, lo que prácticamente sería el doble de lo ocurrido devengado en 2021, pero lo más probable es que esto solo sea una estrategia para tener mayor techo presupuestario que luego sea reducido y reorientado a otras finalidades de gasto.

TABLA 25.

Presupuesto devengado total para la SESAL e IHSS, presupuesto devengado para el programa de COVID-19 y para la adquisición de la Vacuna COVID-19, Honduras.

ENTIDAD Y OBJETO DE GASTO	2020	2021	2022	2023*	2024**
Devengado SESAL + IHSS	28,574.1	33,221.2	36,116.2	45,362.3	47,164.1
Devengado COVID-19 en SESAL + IHSS	1,088.7	2,231.0	751.5	2,429.3	1,674.9
Devengado Vacuna COVID-19	-	730.9	0.5	-	1,308.4

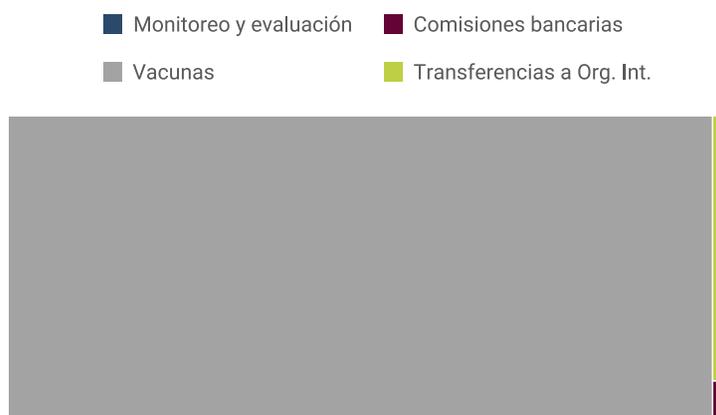
Fuente: Laboratorio de Datos GT, con base en SEFIN. *Presupuesto vigente. **Presupuesto recomendado.

Aprovechando el sistema de rendición de cuentas sobre el presupuesto público en Honduras, se tuvo acceso a cuatro bases de datos desagregadas hasta nivel de renglón y, a continuación, se representa en qué se utilizó el dinero de la actividad: “vacuna COVID-19” durante 2021: en principio, se reconoce que el 97.5% fue específicamente para la adquisición del medicamento y el 2.5% fue distribuido entre: i)

monitoreo y evaluación, ii) comisiones bancarias y iii) transferencias a Organismos Internacionales. Esta distribución es bastante razonable si se compara con el caso guatemalteco, que en la supuesta actividad Vacuna COVID-19, contabilizó muchísimos gastos que no precisamente guardan relación con el acto de vacunar.

FIGURA 16.

Distribución a nivel de renglón del presupuesto para la adquisición de la vacuna COVID-19 durante 2021, Honduras.



Fuente: Laboratorio de Datos GT, con base en SEFIN.

La fuente de financiamiento, entre 2021 a 2022, provino de crédito externo, principalmente; y para 2023 aparece como presupuesto vigente de esa misma fuente de financiamiento, mientras que, para 2024, se propone que ocurra a través de recursos del Tesoro Nacional (pago de impuestos).

TABLA 26.

Fuentes de financiamiento para la adquisición de la vacuna COVID-19 en millones de lempiras por año, Honduras, 2021-2024.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	2021	2022	2023*	2024**
Crédito externo	730.9	0.5	1,306.6	-
Tesoro Nacional	-	-	0.3	1,308.4

Fuente: Laboratorio de Datos GT, con base en SEFIN. *Presupuesto vigente. **Presupuesto recomendado.

Por último, se finaliza analizando los momentos del presupuesto destinado para la adquisición de la vacuna contra la COVID-19 en Honduras, de 2021 a 2024.

- Durante 2021, el Ejecutivo modificó el techo presupuestario de la SESAL para la adquisición de los viales por un monto de L746.0 millones, los cuales estuvieron vigentes y fueron devengados L730.8 para una tasa de ejecución del 98.0%

- Para 2022, el Congreso de la República asignó, apenas, L45.3 millones para adquirir la referida vacuna, no fueron modificados, estuvieron vigentes,

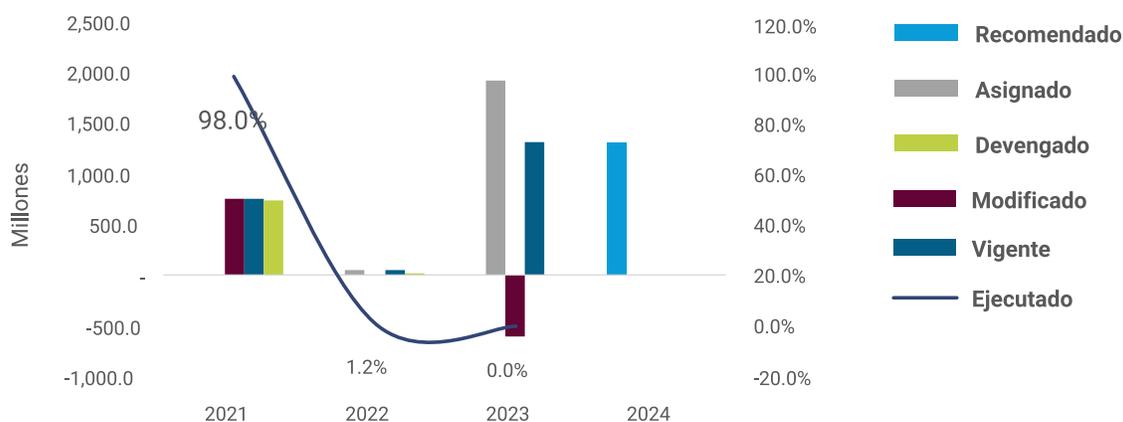
pero fueron devengados escasamente para lograr una tasa de ejecución del 1.2%.

- Para 2023, el Congreso aprobó un monto de L1,905.7 millones, los cuales no fueron reducidos en L598.8 millones, quedando al 31 de agosto como vigentes L1,306.9 millones, estos no han sido devengados aún.

- Para 2024, el Ejecutivo solicitó L1,308.4 millones al Congreso para su aprobación, pero, muy probablemente, como ha ocurrido con anterioridad (si lo aprueban), solo sea techo presupuestario para trasladar a otras finalidades de gasto.

FIGURA 17.

Momentos presupuestarios y tasas de ejecución del presupuesto para adquisición de la vacuna COVID-19 en la SESAL e IHSS (millones de lempiras), Honduras, 2021-2024.



Fuente: Laboratorio de Datos GT, con base en SEFIN.

3.3. FINANCIAMIENTO DE LA VACUNACIÓN EN GUATEMALA

El caso de Guatemala provee mucho más análisis, dada la disponibilidad de cifras presupuestarias y su mayor desagregación, como se verá a continuación. En principio, se identificaron los recursos que manejaron tanto el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) como el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS); ambos destinaron para 2020 un total de Q20,789.2 millones, los cuales han venido en aumento desde entonces, llegando a los Q24,884.4 millones, y para el mes de agosto 2023 habían devengado Q16,868.7 millones.

Por su parte, en programas relativos al COVID-19, devengaron durante 2020 un total de Q1,664.3 millones, lo que representó 8.0% del presupuesto devengado de ambas entidades. Para 2021, los recursos para enfrentar la pandemia ascendieron a los Q3,465.4 millones y significaron el 14.5% del total de recursos del MSPAS e IGSS. Nótese, también, que para este año aparecen en la contabilidad

pública los recursos específicos que se utilizaron en la adquisición de la vacuna contra la COVID-19, que fueron de Q1,046.3 millones, lo que significa un 30.1% de los recursos totales dirigidos a la pandemia dentro de estas entidades y el 4.3% del presupuesto devengado total del MSPAS e IGSS. En 2022, el panorama es bastante diferente al de 2021, porque si bien el presupuesto devengado por ambas entidades aumentó 4.3%, el dirigido a la pandemia disminuyó 51.1%, situándose en Q1,691.8 millones, y para la vacuna, apenas, se devengaron Q214.1 de ellos. Mucho más grave es el caso de 2023, donde para COVID-19 solo se han devengado Q660.8 millones al 31 de agosto y Q83.4 en la vacuna.

Nótese aquí la similitud con El Salvador: incremento en la cantidad de recursos para la pandemia y, particularmente, en 2021, pero su abrupta disminución durante 2022 y su casi extinción durante 2023; con esa tendencia, muy probablemente, en 2024, ya no existan recursos previstos para vacunar a la población contra la COVID-19, en vez de que sea una vacuna recurrente provista por el sistema de salud.

TABLA 27.

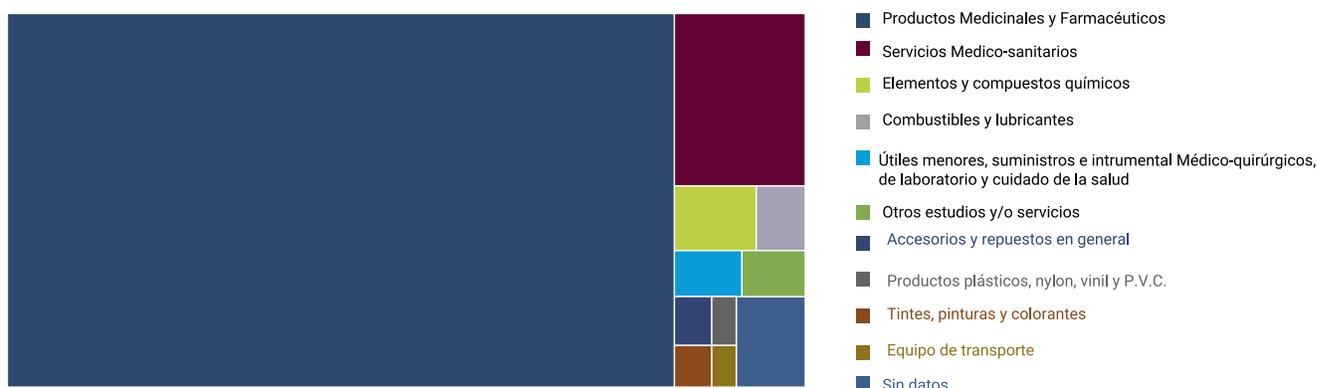
Presupuesto devengado total para el MSPAS e IGSS. Presupuesto devengado para el programa de COVID-19 y para la adquisición de la Vacuna COVID-19, en millones de quetzales, Guatemala, 2020-2023.

ENTIDAD Y OBJETO DE GASTO	2020	2021	2022	2023
Devengado MSPAS + IGSS	20,789.2	23,850.3	24,884.4	16,868.7
Devengado COVID-19 en MSPAS e IGSS	1,664.3	3,465.4	1,691.8	660.8
Devengado Vacuna COVID-19		1,046.3	214.1	83.4

Fuente: Laboratorio de Datos GT, con base en Sicoín.

FIGURA 18.

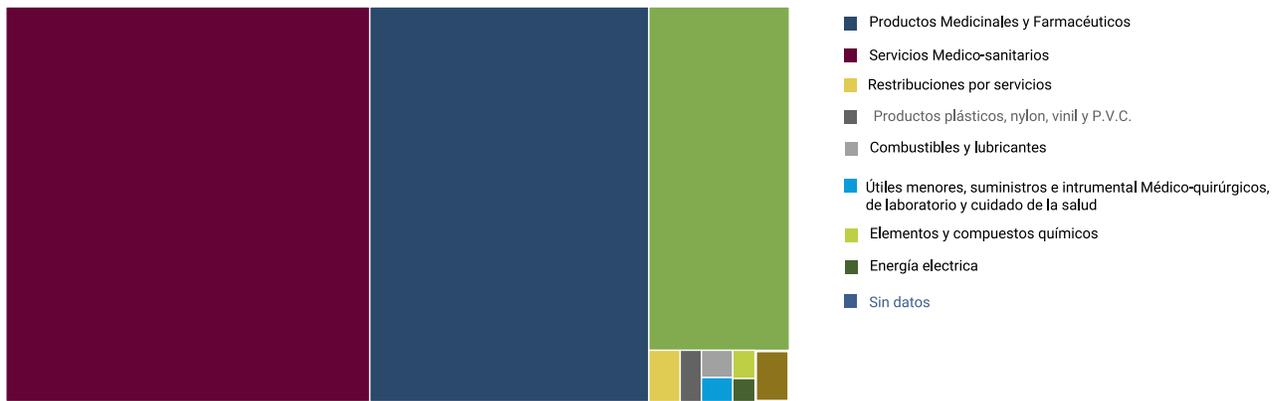
Distribución a nivel de renglón del presupuesto para la adquisición de la vacuna COVID-19 durante 2022, Guatemala.



Fuente: Laboratorio de Datos GT, con base en Sicoín.

FIGURA 19.

Distribución a nivel de renglón del presupuesto para la adquisición de la vacuna COVID-19 durante 2023, Guatemala.



Fuente: Laboratorio de Datos GT, con base en Sicoin.

En el caso de Guatemala, de acuerdo con su estructura programática²⁰, la vacunación fue manejada como una actividad llamada “Vacuna COVID-19”, y ello permite que se pueda conocer qué renglones de gasto fueron contabilizados en esa actividad. Es así como se sabe que, de los Q1,046.3 millones durante 2021 destinados para esa finalidad, en su totalidad se utilizaron en el renglón de “productos medicinales y farmacéuticos”, que es el indicado para contabilizar la adquisición de vacunas, de acuerdo con el Manual de Clasificaciones Presupuestarias.

No obstante, para 2022, se dedicó un total de Q214.1 para compras de vacunas, pero, en realidad, únicamente Q152.7 fue el valor de la vacuna, Q13.8 correspondieron a servicios médico – sanitarios, Q3.3 millones para elementos químicos y compuestos, Q1.9 millones en combustibles y lubricantes, Q1.8 en instrumental médico y Q1.7 millones fueron pagados para la realización de estudios y consultorías, pero, contabilizados como si fuesen adquisición de vacunas contra la COVID-19.

En este sentido, dentro de una causa “necesaria o noble” se “esconden” otro tipo de gastos, y llega al extremo durante 2023, porque al 31 de agosto se han devengado Q83.4 millones en concepto de “vacuna contra el COVID-19”, pero, en realidad, son gastos que corresponden a los siguientes rubros: Q38.7 servicios médico -sanitarios, Q29.7 productos medicinales y farmacéuticos y Q12.9 millones en estudios y consultorías. Es decir, de los Q83.4

millones, solamente Q29.7 corresponden al costo de las vacunas, esto es un 35.6%.

En lo que respecta a las fuentes de financiamiento para la adquisición de la vacuna contra la COVID-19 en el caso de Guatemala, y a diferencia de El Salvador, el país no recurrió únicamente a los préstamos externos, sino que combinó varias de ellas, aunque con una clara preferencia durante 2021 por el crédito interno, pues representó el 95.6% de los recursos totales en la adquisición de la vacuna. Por su parte, en 2022, un 73.2% provino del pago de impuestos. El Seguro Social con sus ingresos recurrentes cubrió el costo total de la vacuna, pero el MSPAS utilizó, incluso, recursos provenientes del crédito externo, interno e impuestos de afectación específica. Mientras que, para 2023, el 99.1% de los recursos para compra de vacuna contra la COVID-19 provienen del flujo normal del pago de impuestos, pero, debe advertirse que, probablemente, ello sucede así porque los montos a contratar son sumamente bajos respecto a la primera compra.

Por último, en el caso guatemalteco se realizó un análisis de los diferentes momentos presupuestarios en cuanto a los recursos destinados a la adquisición de la vacuna contra la COVID-19 encontrándose que, durante 2021, el Ejecutivo modificó el techo presupuestario al MSPAS por hasta un monto de Q1,531.2 millones, cuya finalidad exclusivamente era la adquisición de la vacuna, dicho monto estuvo vigente y, únicamente, fueron devengados Q1,046.3 millones, para una tasa de ejecución del 68%.

²⁰ Programa, subprograma, proyecto, actividad u obra y renglón.

TABLA 28.

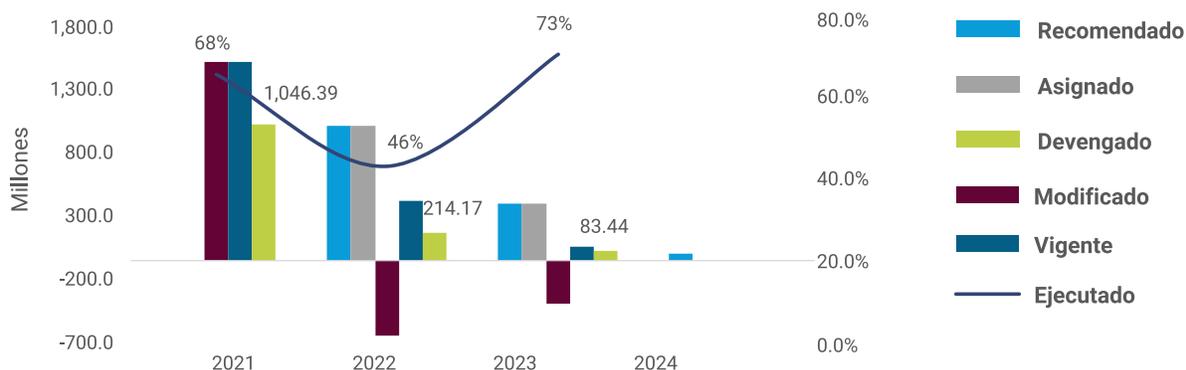
Fuentes de financiamiento para la adquisición de vacunas COVID-19 en millones de quetzales por año, Guatemala, 2021-2023.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	2021	2022	2023
Crédito Externo		1.7	
Crédito Interno	1,000.6	22.2	
Recursos Del Tesoro	14.6	156.9	83.0
Recursos Del Tesoro Específicos		1.9	0.4
Recursos propios de las instituciones	31.0	31.5	0.03
Total	1,046.3	214.1	83.7

Fuente: Laboratorio de Datos GT, con base en Sicoin.

FIGURA 20.

Momentos presupuestarios y tasas de ejecución del presupuesto para adquisición de la vacuna COVID-19 en el MSPAS (millones de quetzales), Guatemala, 2021-2024.



Fuente: Laboratorio de Datos GT, con base en Sicoin

Al año siguiente (2022), el Ejecutivo, cuando hizo la presentación del proyecto de presupuesto (para ese año) al Congreso de la República, recomendó un total de Q1,036.9 millones para adquisición de la vacuna, los cuales fueron aprobados por el Legislativo, pero contrario a los intereses del pueblo guatemalteco, durante la fase de ejecución del presupuesto el Ejecutivo redujo dicho monto en Q569.7 millones, quedando así un presupuesto vigente para este fin por Q467.2 millones, de los cuales, al final fueron devengados Q214.1 millones, para una tasa de ejecución de, apenas, el 46%. En otras palabras, adquirir la vacuna contra la COVID-19 dejó de ser prioridad para el actual gobierno.

El presupuesto que el Ejecutivo recomendó para la adquisición de la vacuna en ese año fue de Q443.4

millones, un 57.2% menos que el año predecesor y un 71.0% menos que en 2021. Como era de esperarse, el Congreso de la República no modificó dicha solicitud, sino quien la redujo fue nuevamente el Ejecutivo, y de un techo de Q443.4 la redujo a Q113.9 millones, habiendo devengado al 31 de agosto un total de Q83.4 millones y, por dicha reducción, es que le aparece una alta tasa de ejecución del 73%. Es así como, si bien Guatemala desde 2021 a 2023 ha tenido montos autorizados para la adquisición de la vacuna contra la COVID-19 por hasta Q3,019.9 millones, únicamente ha erogado en la adquisición de esta Q1,347.0, es decir, un 44.6% de lo aprobado. El resto del dinero ha sido distribuido en los demás ministerios que conforman la Administración Central para una diversidad de finalidades de gasto, muchas de las cuales no guardan relación con afrontar la pandemia y/o la salud.

Por último, como era de esperarse en el proyecto de presupuesto 2024, el Ejecutivo únicamente recomienda Q59.9 millones para adquisición de la vacuna, los cuales, muy probablemente (según lo visto), no se utilicen en ello.

Esta situación confirma la indiferencia de las actuales autoridades por garantizar la salud de las y los guatemaltecos ante la peor crisis que ha vivido la humanidad durante los últimos 100 años.

IV. ANÁLISIS COMPARADO DE LAS EXPERIENCIAS DE LOS TRES PAÍSES CON LA ADQUISICIÓN Y FINANCIAMIENTO DE VACUNAS PARA LA COVID-19

Con un estimado de 33.69 millones de personas en los tres países del norte de Centroamérica, los gobiernos debieron haber vacunado a unas 23.58 millones de personas para mediados de 2022, a fin de cumplir con las metas establecidas por la OMS de inmunizar al 70% de la población con esquema de 2 dosis. Sin embargo, a un año de esa fecha, la cobertura de vacunación con esquema de 2 dosis es, en promedio, de apenas 51.21% entre los 3 países; siendo El Salvador el más cercano a cumplir la meta y Guatemala el más alejado.

El Salvador adquirió, entre compras y donaciones, suficientes dosis de vacuna como para vacunar a toda su población 2.54 veces, con una dosis; o para cumplir con la meta de vacunación con 2 dosis (70%) en su totalidad y, además, administrar una dosis de refuerzo al 80% de esa población.

Guatemala adquirió, entre compras y donaciones, suficientes dosis para vacunar a toda su población 1.60 veces, con una dosis; o para cumplir con la meta de vacunación (70%) en su totalidad y, además, administrar una dosis de refuerzo al 15% de esa población.

Honduras adquirió, entre compras y donaciones, suficientes dosis como para vacunar a toda su

población 1.99 veces, con una dosis; o para cumplir con la meta de vacunación (70%) en su totalidad y, además, administrar una dosis de refuerzo al 42% de esa población.

En otras palabras, no hubo déficit de acceso a vacunas para la COVID-19 en la subregión; con la vacuna que se adquirió y estuvo disponible, se pudieron alcanzar mejores resultados de cobertura vacunal en los tres países.

El país que más vacuna adquirió por compra, sea vía COVAX o bilateral, fue El Salvador, con el 74.3% del total de vacunas adquiridas por esa vía, seguido de Honduras, con el 73% del total. Guatemala, a la inversa, tiene más de 20 puntos de diferencia con los otros dos países, en el peso que representaron las donaciones en su disponibilidad de vacunas COVID-19. A lo interno del país, representa casi la mitad de la vacuna adquirida.

Estas estimaciones sobre lo que hubiera permitido alcanzar en términos de cobertura vacunal con las dosis de vacunas que hubo disponible permite ilustrar que, aunque Guatemala ha sido el país de la región que más vacuna adquirió, y que más dosis ha administrado con respecto a su población, es el país que menos avanzó en la cobertura de inmunización y el que, proporcionalmente, menos ha aportado a la vacunación en la región. Además, con su estrategia de vacunación reprodujo la desigualdad preexistente, excluyendo a las poblaciones socioeconómicamente más vulnerables del acceso a la vacunación, como se documentó en el capítulo 2.

Un factor que parece haber pesado bastante en la diferencia observada entre las mejores coberturas alcanzadas por El Salvador y Honduras, con respecto a Guatemala, es que comenzaron a vacunar antes.

El Salvador no se confió solo a la negociación con COVAX como mecanismo para obtener vacunas, sino que comenzó, paralelamente, gestiones bilaterales de compra de vacunas a las farmacéuticas y amplió el espectro de oferentes. En noviembre 2020, El Salvador anunció su primer contrato bilateral y, en febrero 2021, comenzó a tener disponibilidad de dosis, aunque fueran pocas.

TABLA 29.

Resumen de la adquisición por compras y donaciones, y uso de las vacunas contra la COVID-19 en El Salvador, Guatemala y Honduras.

PAÍS	POBLACIÓN	META VACUNACIÓN	TOTAL DE DOSIS RECIBIDAS	% POR COMPRA	% POR DONACIÓN	COBERTURA 2 DOSIS	COBERTURA 3 DOSIS
Guatemala	17,602,431	12,321,702	28,244,610	54.58%	45.42%	40.51%	21.15%
El Salvador	6,338,881	4,437,217	16,090,850	74.27%	25.73%	68.30%	29.14%
Honduras	9,745,236	6,821,665	19,408,776	73.13%	26.87%	59.37%	36.78%
Total	33,686,548	23,580,584	63,744,236	65.20%	34.80%	51.21%	27.16%

Fuente: Laboratorio de Datos GT.

En el caso de Honduras, en febrero 2021 anunció su contrato bilateral con Sputnik y, en mayo 2021, recibió las primeras dosis.

En contraste, Guatemala comenzó negociaciones bilaterales hasta febrero 2021, alcanzando su acuerdo de compra con Humana Vaccine, empresa del gobierno ruso, hasta abril de ese año. Si bien el contrato debía proporcionar los 16 millones de dosis en un lapso de 6 meses, solo lograron entregar la mitad, luego de una enorme presión social que exigía vacunas, pues ya se había pagado la mitad del contrato al proveedor.

Además, como se vio en el capítulo 2, el sistema de salud salvadoreño y el hondureño tuvieron un flujo más continuo de vacunas, y tuvieron mejor capacidad de usar las dosis disponibles que el Ministerio de Salud en Guatemala. Estas diferencias pueden contribuir a entender los resultados tan diferentes entre los tres países. Inclusive Honduras, con los enormes escándalos de corrupción y sistema de salud muy debilitado, logró 20 puntos más que Guatemala en cobertura mínima (2 dosis) para la COVID-19.

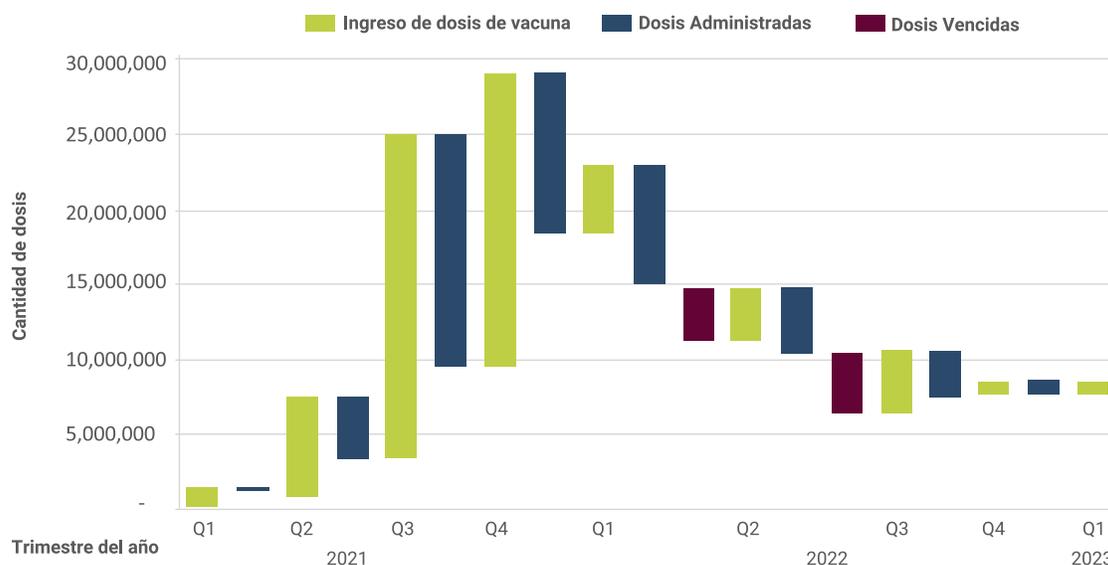
Por otra parte, Guatemala, por comodidad, optó por aplicar dosis de refuerzo sobre la ampliación de la cobertura de primera y segunda dosis. Como resultado, la cobertura vacunal no se distribuyó de manera homogénea en el territorio. Por lo general, las principales ciudades, áreas urbanas y poblaciones mestizas o ladinas de los países cuentan con coberturas muy por arriba del 70%, mientras que zonas rurales y con poblaciones indígenas todavía presentan una brecha vacunal muy amplia.

La información disponible no permite entender qué otros aspectos estratégicos diferenciaron la respuesta entre los tres países y, por ende, los resultados vacunales. Pero, en materia de adquisiciones, la sagacidad de haberse adelantado y no confiarse solo en COVAX hicieron una significativa diferencia.

Además de la compra bilateral, se accedió a vacunas por medio del mecanismo COVAX, una iniciativa global encabezada por la Alianza Mundial (GAVI) para las Vacunas y la Inmunización, la Coalición para las Innovaciones en la Preparación ante las Epidemias (CEPI), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, que tenía como misión asegurar la entrega equitativa de vacunas para el 20% de la población de todos los países participantes, para el 2021 (Organización Mundial de la Salud, 2021). Esta plataforma tuvo resultados bastante positivos en la región, asegurando acceso a la vacuna en los tres países, especialmente, durante las primeras etapas de la vacunación, cuando la disponibilidad a nivel mundial aún era limitada. Posteriormente, este mecanismo sirvió para catalizar compras y donaciones de vacuna a los países participantes. En total, COVAX permitió el acceso a 20.66 millones de dosis de vacuna contra la COVID-19 en los tres países. El principal donante de vacunas a la región, los Estados Unidos de América, donó 16.17 millones de dosis, de las cuales, al menos 7.67 millones se canalizaron a través del mecanismo COVAX.

FIGURA 21.

Flujo de dosis de vacuna contra la COVID-19 en El Salvador, Guatemala y Honduras.



Fuente: Laboratorio de Datos GT, con datos de los Ministerios y Secretarías de Salud de cada país, el COVID-19 Market Dashboard de UNICEF e investigación hemerográfica a abril de 2023.

En materia financiera y presupuestaria, el monto devengado por El Salvador para atender la pandemia en el sector salud, entre 2020 a 2022, ascendió a los \$152.9 millones, fue de \$166.5 en Honduras y de \$881.8 en Guatemala. En conjunto, los tres países destinaron \$1,201.3 millones.

Honduras asignó \$30 millones para la vacuna COVID-19, mientras que Guatemala \$174.6 millones. Al considerar la población total del país, Honduras

destinó un monto per cápita de \$16.2, solo en materia de salud para cada habitante, El Salvador \$24.2 y Guatemala \$50.1, entre 2020 a 2022.

Si se considerara el costo per cápita de cada vacuna en función del total de población, se evidencia que, para el caso de Honduras fue de \$2.9, y en Guatemala de \$9.9, si se hubieran utilizado todas las dosis y no hubiese habido desperdicio.

TABLA 30.

Montos de presupuesto devengado en actividades relacionadas con la COVID-19 que ejecutaron los Ministerios o Secretarías de Salud y el Seguro Social para el período 2020-2022, (en millones de USD) e indicadores.

VARIABLE	EL SALVADOR	GUATEMALA	HONDURAS	TOTAL
Devengado 2020 - 2022 en COVID-19	152.9	881.8	166.5	1,201.3
Devengado 2020 - 2022 para vacuna		174.6	30.0	204.5
Población promedio 2020 - 2022	6.3	17.6	10.3	34.2
Monto per cápita para COVID-19	24.2	50.1	16.2	35.1
Costo per cápita de vacuna adquirida	-	9.9	2.9	6.0

Fuente: Laboratorio de Datos GT, con base en información de Ministerios de Hacienda, Bancos Centrales y Cepal.

Otro tipo de análisis comparado que se puede hacer con los presupuestos es conocer su eficiencia, en ese sentido, se encontró que, para el período 2020 a 2022, los aspectos relevantes son:

- La Asamblea Nacional de El Salvador asignó un total de \$58.5 millones para afrontar la pandemia en el sector salud, pero el Ejecutivo lo incrementó hasta los \$209.8 millones, el país devengó \$152.9 para una tasa de ejecución promedio del 72.9%. Los recursos del sector salud, específicamente para

COVID-19 y que no fueron utilizados en esa finalidad, significaron una pérdida para la población en bienes y servicios, estos fueron valuados en \$56.8 millones.

- Para el caso de Guatemala, el Congreso de la República aprobó al sector salud un total de \$561.2 millones, el ejecutivo los elevó hasta \$1,223.1; pero, únicamente fueron devengados \$881.8, para una tasa de ejecución promedio del 72.1%. El monto de recursos desviados de COVID-19 para otras finalidades de gasto ascendió a \$341.3 millones.

- El caso hondureño muestra una tendencia similar, aunque con una mayor tasa de ejecución, esta fue del 84.3%, pues el Congreso Nacional aprobó recursos en el sector salud para afrontar la pandemia hasta por \$83.4 millones, teniendo un incremento por parte del Ejecutivo de \$197.7 millones, y solo se devengó un total de \$166.5.

- En total, en los tres países, sus habitantes vieron cómo de una emergencia nacional se desvió el gasto para otras finalidades, monto que asciende a \$429.4 millones y, muy probablemente, aumente este monto en 2023 y suceda lo mismo en 2024.

TABLA 31.

Momentos presupuestarios en millones de dólares (USD) para 2020 a 2022, para cada país e indicadores.

MOMENTO DEL PRESUPUESTO E INDICADOR	EL SALVADOR	GUATEMALA	HONDURAS	TOTAL
Asignado	58.5	561.2	83.4	703.0
Vigente	209.8	1,223.1	197.7	1,630.5
Devengado	152.9	881.8	166.5	1,201.3
Ejecución	72.9%	72.1%	84.3%	73.7%
Pérdida de recursos para COVID-19	56.8	341.3	31.2	429.4

Fuente: Laboratorio de Datos GT, con base en información provista por Ministerios de Hacienda, Bancos Centrales y Cepal.

4.1. EFECTIVIDAD EN EL USO DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DISPONIBLES PARA LA VACUNACIÓN COVID-19

El análisis de la información de Guatemala se hizo a partir del Sistema Informático de Gestión (SIGES), donde se pudo ubicar los insumos 128964 “vacuna COVID-19” y 133974 “vacuna contra COVID-19 de ácido ribonucleico (ARNM)”, y de allí fueron obtenidas las cantidades devengadas de vacunas. En el caso de Honduras, la información se identificó por medio de información provista por Organismos Internacionales y Nacionales.

El caso más complejo para este análisis fue el de El Salvador, porque el 11 de marzo de 2021, el Ministerio de Salud declaró el Plan Nacional de Despliegue de Vacunación contra SARSCOV-2 como información reservada por tres años; ese mismo

día, también declaró los procesos de adquisición de vacunas contra el SARSCOV-2 como información reservada por cinco años (Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales, 2022).

En ese sentido, cabe mencionar que, en El Salvador, tampoco existió un sistema que indicara la cantidad de vacunas que se iban venciendo. No obstante, la siguiente tabla evidencia el flujo de vacunas adquiridas, ya sea por compra o por donación, con las siguientes anotaciones:

- El Salvador adquirió un total de 16.0 millones de dosis de vacunas, valoradas en \$155.0 millones, de las cuales, tres de cada cuatro fueron compradas y una donada.

- El 95% de las vacunas fueron recibidas durante 2021; para 2023, apenas se registra un ingreso de 100,800 vacunas donadas, equivalentes al 0.63% del total.

- El 31.5% del total de vacunas recibidas fueron de la marca Pfizer-BioNTech, con un total de 5.0 millones, seguidos de 4.7 millones de la marca CoronaVac,

que representó el 29.5% del total. Por su parte, la vacuna Moderna fue la tercera que más ingresó al país, con 3.1 millones de dosis, equivalentes al 19.3% del total. De esta cuenta, estos tres tipos de vacunas llegaron a representar en el país el 80.3% del total de vacunas recibidas.

• La vacuna más costosa que adquirió el país fue Pfizer-BioNTech, con un costo promedio de \$12.00 por dosis, seguido de \$10.3 de CoronaVac y \$10.0 de Moderna. La vacuna más barata que ingresó al país fue AstraZéneca, con un costo de \$4.00, de las cuales, un millón fueron compradas y 100 mil recibidas en donación.

TABLA 32.

Vacunas contra la COVID-19 que recibió El Salvador entre 2021 a 2023, en dosis y millones de dólares (USD).

AÑO	TIPO DE ADQUISICIÓN	MECANISMO	MARCA	DOSIS	COSTO UNITARIO ²¹	COSTO TOTAL
2021	Compra	Compra directa	AstraZéneca	1,080,800	4.0	4,323,200
2021	Compra	Compra directa	CoronaVac	4,000,000	10.3	41,200,000
2021	Compra	Compra directa	Pfizer-BioNTech	4,191,200	12.0	50,294,400
2021	Compra	Compra directa	Sinopharm	1,668,000	5.5	9,174,000
2021	Compra	COVAX	AstraZéneca	225,600	4.0	902,400
2021	Compra	COVAX	Pfizer-BioNTech	191,880	12.0	2,302,560
2021	Donación	COVAX Donación	Moderna	3,000,200	10.0	30,002,000
2021	Donación	COVAX Donación	Pfizer-BioNTech	188,370	12.0	2,260,440
2021	Donación	Donación	AstraZéneca	100,800	4.0	403,200
2021	Donación	Donación	CoronaVac	750,000	10.3	7,725,000
2022	Compra	Compra directa	AstraZéneca	90,000	4.0	360,000
2022	Compra	COVAX	Moderna	100,000	7.0	700,000
2022	Compra	COVAX	Pfizer-BioNTech	403,200	12.0	4,838,400
2023	Donación	Donación	Pfizer-BioNTech	100,800	12.0	1,209,600
Total				16,090,850	9.68	155,695,200

Fuente: Laboratorio de Datos GT, con base en revisión hemerográfica, Unicef y The Rio Times.

Como se ha indicado, El Salvador declaró en reserva los datos de adquisición de vacunas hasta por cinco años y el Plan de Vacunación por tres años, lo que significa que resulta complejo obtener datos de las vacunas vencidas, por no haber sido utilizadas.

En ese sentido, se encontró que, pese a que la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) autorizó a Pfizer el uso de la vacuna hasta tres meses después de su vencimiento, esto debe cumplir un requisito fundamental: guardar la cadena de frío. “Acá la

FDA no supervisa nada, aquí lo hace la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM), es el proceso aprobado legalmente. Si el MINSAL necesita usar un medicamento cuya fecha de vencimiento se ha cumplido debe tener autorización de la DNM, no hay constancia de que Salud lo haya solicitado” (Arpas, Democratizando la Palabra, 2022).

En el caso de Guatemala, se adquirió (entre donaciones y compras) un total de 28.2 millones de dosis, el 54.5% de ellas fueron compradas y el resto donadas. Es de indicar que Guatemala no registra ni donación ni compra de vacunas durante 2023, a pesar de tener un presupuesto vigente de \$10.8 millones; de hecho, durante 2021 llegó el 79.7% del total de las vacunas adquiridas y el resto llegó en 2022.

El caso guatemalteco es muy particular, respecto a sus pares del norte de la región centroamericana,

²¹ Los costos unitarios de AstraZeneca, Sinopharm y Moderna, provienen de: <https://www.unicef.org/supply/media/15861/file/Covid-vaccine-prices-15022023.pdf>, los costos de CoronaVac provienen de: <https://www.riotimesonline.com/brazil-news/rio-business/coronavac-to-be-four-times-more-costly-than-flu-vaccine/>, y los costos de Pfizer-BioNTech provienen de: <https://www.unicef.org/supply/covid-19-market-dashboard>

porque fue el único país que compró un total de 7.9 millones de dosis de la vacuna Sputnik, valoradas en \$90.5 millones. Asimismo, adquirió muchas más dosis de la vacuna Moderna (9.9 millones de dosis), valoradas en \$59.5 millones. También adquirió 3.5

millones de dosis de vacunas AstraZéneca, de las cuales, el 48.5% de ellas fueron compradas, y 3.7 millones de dosis de la vacuna Pfizer, valoradas en \$45.4 millones.

TABLA 33.

Vacunas contra la COVID-19 que recibió Guatemala entre 2021 a 2022, en dosis y millones de dólares (USD).

AÑO	TIPO DE ADQUISICIÓN	MARCA	DOSIS	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
2021	Compra	AstraZéneca	1,738,000	4.00	6,952,000
2021	Compra	Pfizer	2,534,220	12.00	30,410,640
2021	Compra	Sputnik V	7,900,900	11.50	90,860,350
2021	Donación	AstraZéneca	1,827,100	4.00	7,308,400
2021	Donación	Moderna	8,505,000	7.00	59,535,000
2022	Compra	AstraZéneca	1,986,800	4.00	7,947,200
2022	Compra	Pfizer	1,257,120	12.00	15,085,440
2022	Donación	Moderna	1,493,400	7.00	10,453,800
2022	Donación	Pfizer	1,002,070	12.00	12,024,840
Total			28,244,610	8.52	240,577,670

Fuente: Laboratorio de Datos GT, con base en revisión hemerográfica, Unicef y The Rio Times.

Contrario a los esfuerzos de adquisición de vacunas a través de compras o donaciones, la incapacidad que ha caracterizado a esta Administración Gubernamental provocó que en el país se perdieran un total de 7.7 millones de dosis, pues se vencieron, lo cual es equivalente al 27.2% del total, y significó para el país una pérdida de \$71.9 millones, equivalente al 29.8% de los recursos financieros destinados a este fin. Es de hacer notar que, del total de vacunas Sputnik adquiridas (7.9 millones), se venció un total de 4.8 millones (60.7%), y de las vacunas Moderna se vencieron 1.5 millones, que representaron el 15.1% del total recibido en donación,

y de las vacunas AstraZéneca, de las cuales fueron compradas un total de 3.5 millones, se vencieron 1.4 de ellas (40.0%).

Estas pérdidas fueron documentadas por varios medios de comunicación, posiblemente el que hizo la mayor cobertura fue Soy 502 (2022), quien encontró que: "al 30 de abril de 2022, el Ministerio de Salud reportó el vencimiento de 6.9 millones de vacunas contra la COVID-19. Para finales de mayo, se sumará un millón de vacunas más que no podrán ser administradas".

TABLA 34.

Detalle de las dosis de vacuna contra la COVID-19 que se vencieron en Guatemala en 2022, costo expresado en millones de dólares (USD).

AÑO	MARCA	DOSIS	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
2022	AstraZéneca	1,430,390	4.00	5,721,560
2022	Moderna	1,528,230	7.00	10,697,610
2022	Sputnik V	4,824,524	11.50	55,482,026
	Total	7,783,144	9.24	71,901,196

Fuente: Laboratorio de Datos GT, con base en Unicef, y revisión hemerográfica.

Honduras recibió un total de 19.4 millones de dosis, equivalentes a \$160.9 millones, de las cuales, el 73.3% fueron compradas y 26.8% donadas. El porcentaje de vacunas donadas está integrado por 18.0% vacunas Moderna, 5.8% Pfizer-BioNTech y 3.0% AstraZéneca. El 43.3% de las vacunas compradas por Honduras

corresponde a la marca Pfizer-BioNTech, 10.4% a AstraZéneca y hay 18.8% contabilizadas como “otros” tipos de vacunas, de las que no fue posible establecer su marca y, consecuentemente, su costo. El 57.2% de las vacunas fueron recibidas en 2021, el 37.9%, en 2022, y tan solo 4.8%, durante 2023.

TABLA 35.

Vacunas contra la COVID-19 que recibió Honduras entre 2021 a 2023, en dosis y millones de dólares (USD).

AÑO	TIPO DE ADQUISICIÓN	MARCA	DOSIS	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
2021	Compra	Oxford-AstraZéneca	1,812,730	4.00	7,250,920
2021	Compra	Pfizer-BioNTech	4,750,200	12.00	57,002,400
2021	Compra	Sputnik V	86,000	9.99	859,140
2021	Donación	Moderna	3,505,140	10.00	35,051,400
2021	Donación	Oxford-AstraZéneca	583,100	4.00	2,332,400
2021	Donación	Pfizer-BioNTech	376,740	12.00	4,520,880
2022	Compra	Otros	3,591,018		-
2022	Compra	Oxford-AstraZéneca	214,200	4.00	856,800
2022	Compra	Pfizer-BioNTech	2,798,220	12.00	33,578,640
2022	Donación	Pfizer-BioNTech	749,970	12.00	8,999,640
2023	Compra	Otros	67,978		-
2023	Compra	Pfizer-BioNTech	873,480	12.00	10,481,760
Total			19,408,776	8.29	160,933,980

Fuente: Laboratorio de Datos GT, con base en revisión hemerográfica, Unicef y The Rio Times.

Por su parte, el vencimiento de las vacunas, en lo que se ha podido contabilizar por medios de comunicación (porque la Secretaría de Salud no ha informado al respecto), refleja que el país perdió un total de 722,668 vacunas, equivalentes a \$7.0 millones, esto es el 4.3% del total adquirido. Dentro del trabajo hemerográfico se encontró que Radio Zócalo (2022) documentó la pérdida de 203,480 vacunas “del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) se vencieron este sábado, mientras que más de un millón de personas no se han aplicado ni una dosis. [...] se vencieron por falta de planificación desde que se comenzó la jornada de vacunación

en Honduras, en febrero de 2021. El costo de las vacunas vencidas, que fueron adquiridas con apoyo de la empresa privada, en coordinación con el IHSS, ronda los 20 millones de lempiras (unos 821 mil 355 dólares)”. También hubo una denuncia de diputado Carlos Umaña, quien informó, el 28 de diciembre de 2022, que el 31 de ese mes podrían vencer hasta 800 mil dosis (El País, 2022). No obstante, la estrategia de la Secretaría de Salud fue extender la fecha de vencimiento; las vacunas con fecha de caducidad octubre 2022, pero con la actualización, su vencimiento se trasladó al 30 de abril de 2023, según Hondudiarario (2022).

TABLA 36.

Detalle de las dosis de vacuna contra la COVID-19 que se vencieron en Honduras en 2022, costo expresado en millones de dólares (USD).

AÑO	MARCA	DOSIS	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
2022	Pfizer-BioNTech	451,188	12.00	5,414,256
2022	Pfizer-BioNTech	68,000	12.00	816,000
2022	Oxford -AstraZéneca	203,480	4.00	813,920
	Total	722,668	9.75	7,044,176

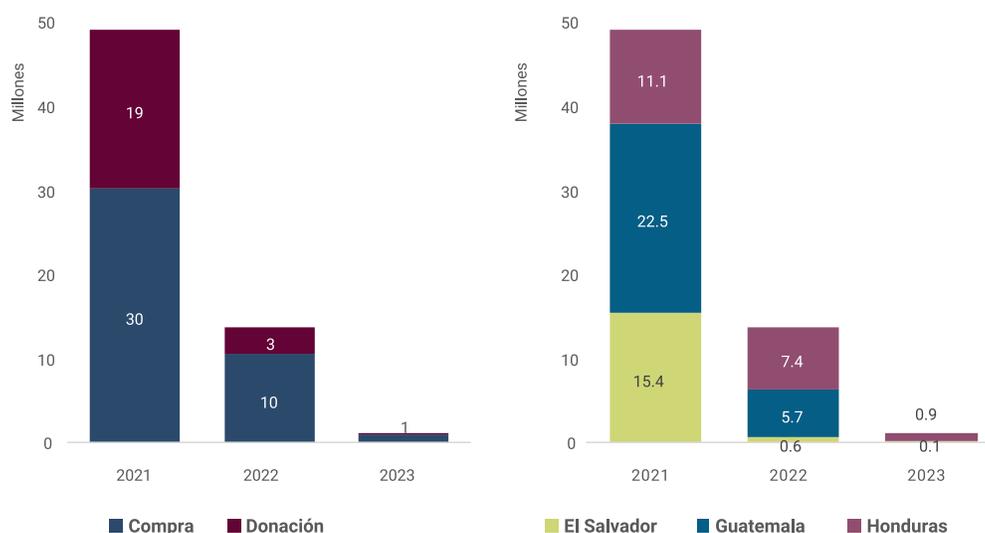
Fuente: Laboratorio de Datos GT, con base en revisión hemerográfica, Unicef y The Rio Times.

El análisis comparativo e integrado de los tres países, con base en las formas de adquisición de la vacuna y con base en quién recibió más dosis de esta, se presenta en la figura 22 (gráfico del lado izquierdo). Los tres países compraron 30 millones de dosis y recibieron en donación 19 millones, durante 2021, es decir, 38.7% fueron adquiridas por donación. El 2022 dicha proporción se redujo a 23.0%, porque

se recibieron en concepto de donación 3 millones de dosis y fueron compradas 10 millones de dosis. El 2023 no se registra ninguna donación y tan solo compras de 1 millón de dosis realizadas por Honduras. A la primera semana de octubre 2023, ni Guatemala ni El Salvador habían realizado alguna compra.

FIGURA 22.

Tipo de adquisición de las vacunas contra la COVID-19 por El Salvador, Guatemala y Honduras, entre 2021 a 2023, así como cantidad de dosis por país.



Fuente: Laboratorio de Datos GT, con base en revisión hemerográfica.

En la Figura 23 (gráfico del lado derecho) se sabe que en 2021 el país que más dosis de vacunas recibió entre donadas y compradas fue Guatemala, con 22.5 millones, seguido de los 15.4 de El Salvador y 11.1 de Honduras; para 2022, quien más vacunas recibió fue Honduras, con 7.4 millones, seguido de Guatemala, con 5.7, y El Salvador, con un poco más de medio millón de dosis. Por último, en 2023, El Salvador registra una donación de 100 mil vacunas Pfizer-BioNTech y Honduras 900 mil de esta marca, pero compradas.

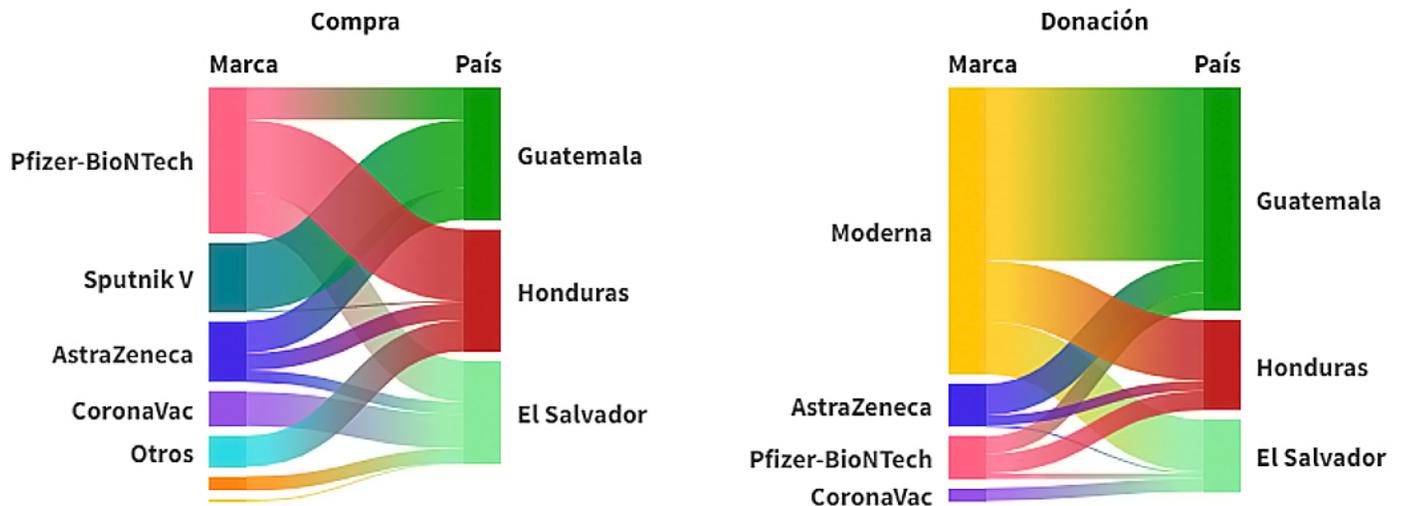
Al realizar un análisis integrado, también es importante conocer qué marcas de vacunas fueron adquiridas por cada país y es así como la figura demuestra que las mayores compras realizadas fueron de Pfizer-BioNTech, con 17 millones de dosis, de las cuales, 3.7 fueron de Guatemala, 8.4 de Honduras y 4.7 de El Salvador. La segunda marca

más comprada fue Sputnik, casi en su totalidad por Guatemala, con 7.9 millones de dosis y 86,000 de Honduras. La tercera marca más comprada fue AstraZéneca, con 7 millones de dosis, de las cuales, 3.7 fueron compradas por Guatemala, 2.0 por Honduras y 1.3 por El Salvador; de hecho, este último país fue el único que compró 4.0 millones de dosis de CoronaVac y 1.6 de Sinopharm.

Un aspecto importante para enfatizar en este análisis es el hecho que los países únicamente compraron 100 mil dosis de la marca Moderna, pero recibieron de ella un total de 15.4 millones de dosis, donadas en su totalidad por los Estados Unidos de América, 9.9 fueron entregadas a Guatemala, 3.5 a Honduras y 3.0 a El Salvador. AstraZéneca fue la segunda marca que hizo más donaciones a la región, con 2.5 millones de vacunas, seguido de una donación de 2.4 millones de Pfizer-BioNTech.

FIGURA 23.

Tipo de adquisición de vacunas (compradas y vendidas) por tipo de marca y país de destino, entre 2021 a 2023.



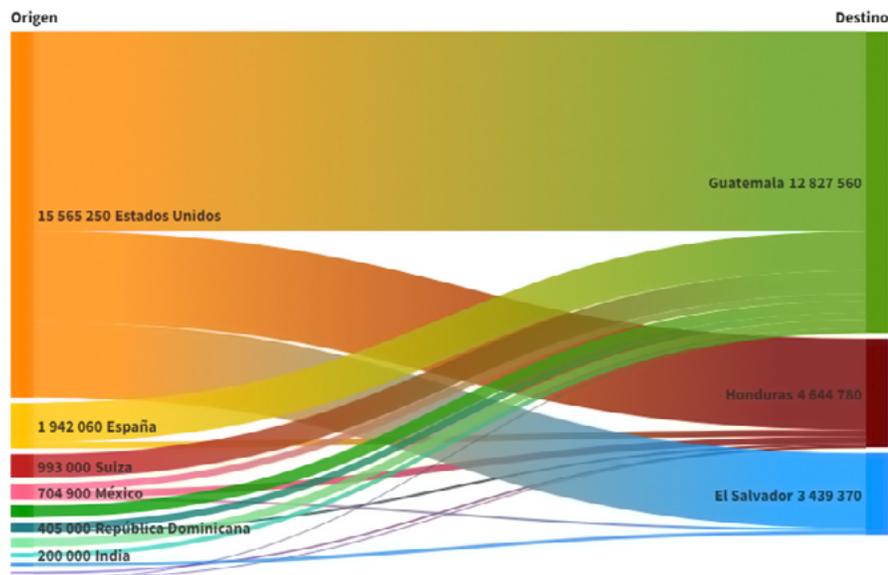
Fuente: Laboratorio de Datos GT.

Estados Unidos fue el mayor donante de vacunas de la marca Moderna y su principal receptor (82.5% del total) fue Guatemala. El segundo país que más vacunas donó a la región fue España, con 1.9 millones, de los cuales, el 84.2% fue entregado a Guatemala y el resto a Honduras. El Salvador no recibió donaciones de este país. Suiza, siendo el tercer país con más donaciones (993,000), las entregó en su totalidad a Guatemala; México, con 704 mil dosis donadas, entregó 300 mil a Guatemala, 304 mil a Honduras y 100 mil a El Salvador. Corea

del Sur donó medio millón y todas las entregó a Guatemala. República Dominicana donó 405 mil dosis, tres de cada cuatro donadas a Guatemala y una a Honduras. Canadá e India sumaron en sus donaciones medio millón, también en su totalidad fueron entregadas a Guatemala, mientras que China tuvo como único beneficiario de su donación a El Salvador, con 150 mil dosis, incluso se registró el caso de que El Salvador le donó 78,000 dosis a Honduras.

FIGURA 24.

País donante de vacunas contra la COVID-19 y país receptor, entre 2021 a 2023.



Fuente: Laboratorio de Datos GT.

V. PERSPECTIVAS DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA SOBRE LA VIABILIDAD DE PRODUCIR VACUNAS EN LA REGIÓN CENTROAMERICANA

5.1. ANTECEDENTES DE LA PRODUCCIÓN FARMACÉUTICA EN EL SALVADOR, GUATEMALA Y HONDURAS

El desarrollo de la industria farmacéutica en Centroamérica tuvo sus inicios con la política regional de industrias centroamericanas, en el marco del proceso de Integración Económica Centroamericana acaecido entre los años 1950-1960, que propiciaba el establecimiento de empresas extranjeras en la región por medio de incentivos fiscales, a la par de crear un mercado cautivo para esta producción industrial, por medio de altos aranceles a la importación. Muchas de las industrias actuales originarias de la región iniciaron y crecieron al amparo de este programa de industrialización, incluyendo, y muy fuertemente, la industria farmacéutica.

Como los mercados de los países centroamericanos eran muy pequeños para absorber la producción industrial de muchos productos, se propuso el nacimiento del Mercado Común Centroamericano (MCCA), que intentaba articular un proceso de integración regional para ampliar el mercado y la demanda por productos que se estarían produciendo por medio del apoyo a la industrialización. En 1960, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua suscribieron el Tratado de Managua, que dio origen a dicho espacio. Con ello se estableció una unión aduanera y se amplió el tamaño del

mercado en términos de extensión territorial, a 423.000 km², y en términos de población, a 14.4 millones de personas.

Estas condiciones permanecieron hasta mediados de la década de 1990, cuando inició a nivel mundial la tendencia de la globalización —apertura comercial y liberalización económica— y se fue desplazando la política de sustitución de importaciones, con una importante reducción de aranceles a la importación y la eliminación sustancial de barreras no arancelarias. Con esto, se va terminando el mercado cautivo que tenían las industrias regionales y, como parte de estrategias corporativas de relocalización, estas multinacionales —incluyendo las farmacéuticas— salieron del mercado centroamericano cerrando o trasladando sus operaciones a otros países con industrias más desarrolladas y con capacidades de producción de mayor tamaño.

Esta relocalización generó una importante desindustrialización en diferentes sectores, incluyendo el farmacéutico, pero también abrió oportunidades para que la industria regional se fortaleciera y compitiera con producción importada de países extrarregionales que veían al mercado con otros ojos al tener ahora aranceles más bajos. No se puede afirmar que hubo una desindustrialización del sector farmacéutico a nivel centroamericano, pero sí una salida importante de plantas y capitales extranjeros. La industria farmacéutica regional se dedicó a la producción de medicamentos genéricos y genéricos de marca, compitiendo así con las importaciones de medicamentos innovadores de las farmacéuticas multinacionales, producidas ahora en otros países.

5.2. ACTORES ACTUALES DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN EL SALVADOR, GUATEMALA Y HONDURAS

En Guatemala, El Salvador y Honduras se encuentran presentes en el mercado público y privado los principales laboratorios farmacéuticos del mundo, incluyendo a los principales productores de vacunas globales como Sanofi, GSK, Merck, Pfizer, Janssen y el Instituto Berna. Sin embargo, ninguno de estos actores tiene instalaciones de producción local en estos países para fabricar medicamentos o cualquier otro tipo de producto de investigación biológico. El acceso a las vacunas se encuentra condicionado a la intervención de otros intermediarios, como la importación a través de distribuidoras o droguerías, donaciones provenientes de organismos internacionales o países y, también, mediante esquemas de adquisición regional, como los establecidos por la Organización Panamericana de la Salud.

En los tres países existe alta presencia de productos de laboratorios internacionales que, en su mayoría, entran a los mercados locales mediante intermediarios como los distribuidores y droguerías que se encargan de su representación en el país. Estas empresas internacionales, con excepción de algunos laboratorios locales, son los que tienen mayor presencia en la venta por valor y unidades de productos farmacéuticos de todo tipo. En Guatemala, existen productores locales que tienen presencia en todo el territorio nacional y compiten con los laboratorios internacionales. No es el caso de El Salvador, donde la mayoría se dedica a mercados específicos y Honduras, que tiene el menor mercado de los tres países y una producción local mínima.

Guatemala, el mercado más grande, tiene 38 laboratorios con producción nacional que cumplen con las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), de los cuales cuatro son internacionales.²²

²² Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines. (2023). Listado de Laboratorios

Además, tenía registradas al menos a 1200 droguerías y distribuidoras²³ de productos farmacéuticos, a junio de 2023. La mayoría de las que participan del mercado público y privado de medicamentos se encuentran agremiadas dentro del Comité Gremial de Distribuidores de Productos Farmacéuticos (COGREFARMA). Las distribuidoras, en general, al ser las representantes de las empresas internacionales, tienen aquellas que son productoras de las vacunas y las pueden comercializar en el sector privado y público. Aparte del gremio mencionado, que agrupa a las droguerías, existen dos que están ligados a los laboratorios farmacéuticos de Guatemala. Estos son la Gremial de Productos Farmacéuticos (GREFARMA) y la Asociación de Industriales Farmacéuticos Guatemaltecos (ASINFARGUA).

De forma similar, pero en menor medida, El Salvador tiene características similares. El país cuenta con al menos 26 laboratorios farmacéuticos nacionales que cumplen con las BPM, de las cuales tres son empresas extranjeras que producen en el territorio salvadoreño.²⁴ Del lado de las droguerías, se tienen registradas 328 distribuidoras de medicamentos²⁵, las más importantes de ellas se encuentran agremiadas dentro de la Asociación de Distribuidores de Productos Farmacéuticos (DIPROFA). El caso de Guatemala se repite en la forma en la que estas empresas son aquellas que tienen las representaciones de los laboratorios internacionales en el país y comercializan sus productos, tanto en el mercado público como el privado. Existen dos gremiales en El Salvador que están vinculadas a laboratorios farmacéuticos. Estas son la Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de

de Productos Farmacéuticos y su cumplimiento de BPM al 20/03/2023. Consultas. Recuperado de: <https://medicamentos.MSPAS.gob.gt/index.php/consultas/listado-de-laboratorios-de-productos-farmacéuticos>

²³ Oficio SI-1502-2023 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

²⁴ Dirección Nacional de Medicamentos. (2022). Listado de laboratorios certificados en buenas prácticas de manufactura informe 32 OMS. Listados. Recuperado de: <https://www.medicamentos.gob.sv/?p=648>

²⁵ Dirección Nacional de Medicamentos. (2023). Listado de establecimientos autorizados droguerías. Listados. Recuperado de: <https://www.medicamentos.gob.sv/?p=6822>

El Salvador (ALFA) y la Asociación de Industriales Químico-Farmacéuticos de El Salvador (INQUIFAR).

El tamaño de la producción local de medicamentos de Honduras es el menor, con solamente 11 laboratorios que tienen plantas en el país y cumplen con las BPM²⁶. Ninguno de ellos es internacional y la infraestructura, exceptuando una empresa, es de escala pequeña. El rol de las droguerías y distribuidores en el mercado, debido a la preponderancia de importación de medicamentos de laboratorios extranjeros y su labor en la representación de estos, es exponencialmente clave. Existen, al menos, 100 empresas de este tipo, aunque el número es mayor, con mucha seguridad. Además, se logró identificar a dos gremiales que tienen participación en el mercado farmacéutico de Honduras, estas son la Asociación de Fabricantes de Productos Farmacéuticos de Honduras (ANAPROFARH) y la Asociación Nacional de Droguerías (AND).

A nivel regional, la asociación más importante por su alta influencia en las decisiones políticas sobre salud, para el caso de Guatemala, El Salvador y Honduras, es la Federación Centroamericana y del Caribe de Laboratorios Farmacéuticos (FEDEFARMA). Esta institución agrupa a los laboratorios internacionales de investigación y desarrollo de mayor importancia del mercado que comercializan sus productos en la región.²⁷

Respecto a los organismos regionales, el más relevante es la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) con alta influencia en las decisiones políticas de Guatemala, El Salvador y Honduras respecto a la inmunización de la población, principalmente porque es el mayor o único proveedor de vacunas para el mercado institucional. Otro que ha buscado adquirir cada vez más relevancia es el Consejo de Ministros de

²⁶ Agencia de Regulación Sanitaria. (2022). Listados de Certificados de BPM de Medicamentos y Cosméticos Vigentes. Listados oficiales. Recuperado de <https://arsateca.arsa.hn/index.php/2022/07/09/listados-de-certificados-de-bpm-de-medicamentos-y-cosmeticos-vigentes/>

²⁷ Federación Centroamericana y del Caribe de Laboratorios Farmacéuticos. (2023). Conoce nuestros asociados. Nuestros asociados. Recuperado de <https://fedefarma.org/nuestros-asociados/>

Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA). Este organismo coordina aspectos sanitarios en regulación regional y homologaciones entre los países. Ha tenido actividades de compras regionales con medicamentos, pero en el tema de vacunas el más relevante sigue siendo la OPS/OMS.

5.3. FACTORES QUE AFECTAN LA FACTIBILIDAD DE PRODUCIR VACUNAS EN LA REGIÓN CENTROAMERICANA

A partir de una serie de entrevistas semiabiertas realizadas con actores clave del sector farmacéutico de los tres países, se pudo sistematizar una primera reflexión desde la perspectiva de este sector, sobre la viabilidad que habría de producir vacunas en Centroamérica y los principales factores y/o barreras que habría que superar para ello.

Todas las personas entrevistadas afirmaron que, en principio, sí es posible producir vacunas, porque se cuenta con alguna infraestructura básica y capital humano, pero que, en este momento, no están dadas las condiciones necesarias para poderlas realizar. Actualmente, en la región, lo que se podría hacer es maquilar para empaque de las vacunas y distribución.

Como mencionó un empresario guatemalteco, hoy en día, en los tres países del estudio, [producir vacunas] “solo lo miro viable en casos de emergencia como el coronavirus”. Para un proceso de más largo aliento, habría que comenzar de cero y superar primero una serie de situaciones y/o factores para que la industria actual pudiera hacer vacunas”. A continuación, se detallan los principales factores referidos por los informantes de los tres países.

5.3.1. DÉFICIT DE CAPACIDADES DE INFRAESTRUCTURA Y RECURSO HUMANO

Un empresario guatemalteco comentó que los tres países del estudio tienen condiciones mínimas al ya producir inyectables dentro de la industria local. A pesar de ello, como mencionó un colega salvadoreño “todos los procesos [de fabricación de vacunas] requieren una infraestructura completamente diferente a la que se tiene actualmente. Se necesitan reactores para procesar el material biológico, laboratorios de inoculación, máquinas especiales y áreas de verificación de calidad, que no son iguales a las de otros inyectables”. La diferencia fundamental es que una “fábrica” de vacunas tiene un carácter de manejo de material biológico, no es químico como un medicamento común. Además, mientras más compleja la vacuna, como las más novedosas utilizadas en la COVID-19, se necesita más tecnología y capacidad humana.

Un distribuidor de vacunas comentó que las limitaciones también entran en la cantidad de cuartos fríos, claves para el almacenamiento de las vacunas. Comentó que “no necesariamente hay capacidad para muchas vacunas y mientras más baja sea la temperatura necesaria, menos hay”. Esto se ahonda en el caso de aquellas novedosas como el ARN mensajero, que agrupa muchas de la COVID-19, donde “temperaturas son extremadamente bajas y, por lo mismo, se dificulta su manipulación”. Esto se agrega a los desafíos identificados dentro de la producción y el acceso a la tecnología.

Un tema común expresado por todos los entrevistados es el know how, el saber cómo se hacen las cosas. Ese es el tema central de todo lo relativo a uso de la tecnología y capacitación del capital humano. Esto no solo involucra que se sepan hacer medicinas, sino que, como dijo un director de un organismo multilateral: “debe tener mucho conocimiento del sector farmacéutico, que no hay tantas posibles, la mayoría en Guatemala y, además, ya estar al menos en el negocio de los inyectables para al menos tener expertise en un área medianamente común”. Todos afirman que, si no es así, empezar de cero es extremadamente difícil. Respecto al poder conseguir las tecnologías necesarias, un gerente con presencia en Guatemala comentó que “la parte técnica y tecnológica no es

difícil, se consigue rápido. Ese no es el problema. El recurso humano sí hay, al menos en Guatemala, no es problema, hay de todo. A lo sumo la tecnología la traes. El know how necesario también lo podés traer de afuera, son aspectos que se pueden solucionar. Lo que no sabes es si vas a vender lo suficiente y si vale la pena el riesgo”. Por lo cual, hay que agregar a los desafíos, la dificultad de encontrar mercado (que se analizará más adelante) y el de la inversión inicial que, al partir casi de cero, tiene un costo que pocos o casi ningún laboratorio puede asumir como riesgo dentro del mercado regional.

Según las personas entrevistadas en los tres países, Guatemala es el más preparado actualmente para afrontar este proceso. Un empresario de El Salvador comentó que “si hablamos de la industria salvadoreña, nos limitamos a producir tabletas, inyectables básicos y antibióticos. Medicamentos biológicos como las vacunas es un tema más serio, que requiere otra infraestructura que está lejos de conseguirse en el país”. Además, varias de las personas consultadas añadieron que el personal científico necesario para poder participar en lo que requería del proceso solamente se encuentra en Guatemala, en mayoría, y pocos en Honduras y El Salvador. Igualmente, es importante avanzar en los mecanismos de cooperación para mejorar el área de investigación y desarrollo de las industrias locales, aspecto que debe enfocarse desde la educación del capital humano, ya que, a fin de cuentas, son estos los que resolverían los problemas que pudiesen surgir en la fabricación de cualquier vacuna. El enfoque regional no deja de ser importante porque, aunque Guatemala “es el único en capacidad de poder realizarlas de forma independiente”, existen limitaciones regulatorias y de inversión para poder ahondar a profundidad este proceso.

Todas las personas empresarias entrevistadas estuvieron de acuerdo que uno de los problemas principales era el tema de la inversión inicial, que sería muy alta. En este sentido, es necesario identificar en qué parte del proceso involucrarse, si es desde cero o en una etapa avanzada. Un empresario salvadoreño comentó que “no es fácil para las compañías decir que ahora hago biotecnología [...] todo el proceso es complicado desde el inicio y hay poca capacidad, en general, en toda Latinoamérica.” Una forma sería maquilando el final del proceso

para otros laboratorios productores de los insumos principales de la vacuna. Esta parte de fill and finish –literalmente, llenar y terminar– es más viable porque solo es necesario “una planta para llenar frascos, algo que, igualmente, tiene su dificultad, pero en las condiciones actuales, es la forma de actuar más realista”.

Además, si se quiere que el comprador sea el Estado, “es necesario hacer una mayor inversión porque la cantidad de compra no sería pequeña”. Surgen, por estos retos, algunas soluciones propuestas por los entrevistados. La primera es la realización de una asociación público-privada para poder unificar tanto los intereses empresariales como aquellos de nivel nacional. Otra opción sería una empresa directamente estatal o completamente privada, aspecto que se analizará en la sección del mercado, ya que son necesarias algunas gestiones por parte del Estado.

5.3.2. ASUNTOS REGULATORIOS

Los aspectos regulatorios son muy importantes porque de estos depende el marco institucional en el cual funciona la industria farmacéutica, y también los pasos para que los medicamentos –y en este caso, vacunas– lleguen a la población. Estos no solo se limitan a aquellos de carácter sanitario, que involucran los registros, ensayos clínicos, buenas prácticas de manufactura, entre otros; sino, también, regulaciones de propiedad intelectual relacionadas al mercado de tecnología sanitaria. Mientras más innovador el método y el medicamento, más probable que se encuentren trabas de este segundo tipo. Aquí cae en importancia los Laboratorios Nacionales de Salud, Ministerios de Salud y otros entes reguladores que, cada uno en su país, rige cómo es el proceso. De nuevo, como se mencionó anteriormente, al haber muchas fronteras en la región, el procedimiento de registro se debe realizar en cada país, aunque, con distintos aspectos, dependiendo de la capacidad del Laboratorio Nacional, el encargado en el análisis de calidad de los productos de salud que entran en cada uno de los países. Actualmente, en los tres países estudiados, las vacunas ya vienen listas para vender. Un distribuidor guatemalteco comentó que “se pueden almacenar juntas, pero no manipularlas de ninguna manera”.

Si se lograra hacer una vacuna de la COVID-19 o cualquier otra, es muy importante el tener un Laboratorio Nacional en altas condiciones. Según un director de un organismo regional, el “que tiene mejores condiciones es El Salvador. Este país sería el indicado en hacer la revisión. Recalcó que, aunque es el mejor, no llega a los estándares de aquellos países donde se hacen las vacunas, lo cual es un aspecto que se tiene que mejorar de una forma importante”.

Esto es relevante por dos razones. Primero, porque El Salvador, Honduras y Guatemala, y casi todos los países, realizan los registros sanitarios por referencia; es decir, no realizan estudios clínicos, sino que aceptan aprobaciones de autoridades reguladoras de nivel mundial. Las vacunas que se produzcan deberían cumplir con los estándares más altos a nivel internacional para aceptarse, y la autoridad que da esto debe ser una agencia reguladora que actualmente no existe.

Segundo, y ligado a lo anterior, como comentó un empresario guatemalteco, “se necesita un equipo completamente diferente para analizar el control de calidad”. Las condiciones de los Laboratorios aún no están dadas para poder asegurar que lo producido está en condiciones ideales. Esto es más que importante al entender que las vacunas son productos biológicos. Para ello es necesario “revisar normativas que se encuentran desactualizadas, mejorar el control actual e invertir en el desarrollo del Laboratorio Nacional”. Un aspecto regional, que se mencionará luego, es la inexistencia de registros sanitarios generales; algo que, para que funcione, se debe avanzar en el proceso de integración centroamericana.

Respecto a la regulación actual en cada país analizado, una directora de un organismo regional comentó que, aparte de las disposiciones de cada uno, hay “que tomar en cuenta los procedimientos del Sistema de Integración Centroamericana, que incluyen el Reglamento Técnico Centroamericano que en sí mismo da parámetros de productos de tipo farmacéutico y las disposiciones de entidades como el Consejos de Ministros de Salud de Centroamérica que da un marco general a todas las entidades nacionales”. Un entrevistado señaló que “existen reglamentos generales, pero no hay nada específico

sobre productos biotecnológicos y tampoco una Ley de Vacunas”. Por todo lo anterior, “no hay legislación para fabricar acá [Guatemala], no hay guías como en los productos químicos y tampoco reglas sobre la calidad del empaque. Hoy solo se puede importar ya empacado y envasado listo para la distribución”. Además, “el actuar del Laboratorio Nacional es lento en el análisis de los productos, por lo que se creó una figura de terceros autorizados para apoyar en ello”.

El estado regulatorio de El Salvador es distinto. Un empresario nacional nos comentó que “existe un marco y hay entidades que lo realizan de forma profunda en la actualidad con las vacunas importadas. Estas son sometidas a una cuarentena para observación y son altamente monitoreadas por las instituciones encargadas. Igualmente, si se da el caso de la fabricación local, seguro se necesitarían otras regulaciones aun no identificables”. Por otro lado, no se logró conseguir información respecto al estado regulatorio de Honduras.

En el caso de las vacunas de COVID-19 persiste un problema en los tres países que, de igual manera, imposibilitó la compra privada y solo dejó la posibilidad de una compra Estado-Laboratorio. Ya se comentó que El Salvador, Honduras y Guatemala, y casi todos los países, realizan los registros sanitarios por referencia, por lo que se necesita que alguna agencia regulatoria haya aprobado la misma. No existen parámetros para los casos de “aprobaciones de emergencia”. Un empresario guatemalteco comentó que “las vacunas de COVID-19, al no tener estudios, no se pueden vender, ya que no se puede vender nada sin registro sanitario”. Esto limita el acceso y no es un caso particular de estos tres países, sino una situación mundial. Reabre igual el problema de los registros sanitarios, aplicable a todas las vacunas, que tiene mucha relación con las reglas actuales y si están o no actualizadas para admitir la fabricación de productos biológicos. El mismo empresario comentó, respecto al caso de Guatemala, que “hay que revisar normativas del MSPAS que están muy desactualizadas, algunas de ellas se están revisando. Están buscando que se mejoren las formas de manejar las BPM [Buenas Prácticas de Manufactura] y las de almacenaje. Pero ellos deben ser los que tienen que liderar o acompañar en el momento en que una empresa

privada quiera producir estos productos biológicos”. Se le comentó este mismo reto a una directora de un organismo regional y expresó que esta situación también se encuentra en Honduras y, en menor medida, en El Salvador.

Por último, es importante mencionar las percepciones respecto a la propiedad intelectual de las tecnologías de las vacunas. Un director de un organismo multilateral afirmó que “la protección de mercados va a ser un problema clave [...] que lleva a la incapacidad de poder replicar la esencia de la vacuna. El reto llega al punto de que también puede haber impedimento de los mismos laboratorios a compartir la tecnología, más referida a las de ARN mensajero”. Este es un tema claro de patentes de uso. “Si bien sabemos que las patentes no son las únicas barreras, pero sí es una que puede impedir la fabricación de vacunas”, comentó. La forma de poder superar este aspecto, que es clave en lo regulatorio, puede venir de varias áreas: acuerdos con los laboratorios dueños de las patentes para compartir los derechos de propiedad intelectual y producir vacunas con tecnología abierta, entre otras.

5.3.3. POLÍTICAS PÚBLICAS Y COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

Ante tanta necesidad regulatoria, de desarrollo de infraestructura, capacitación del capital humano, etc., es evidente la importancia de la coordinación intersectorial y la creación de políticas públicas que logren realizar un marco de trabajo. A nivel regional se analizará en otra sección, pero a nivel local es más que importante al ser la primera área de impacto donde se trabajaría una industria como esta. Un empresario guatemalteco comentó que “[para producir vacunas] necesitamos recursos a nivel de tecnología, económicos, ciencia y humano; necesitamos el involucramiento de los gobiernos, marco regulatorio para poder producir, apoyo del gremio médico para estudios clínicos, se necesita un desarrollo global importantísimo y coordinado. Igualmente, de pacientes y de los laboratorios”.

Al ser una iniciativa que podría tener que iniciar desde cero se necesita un apoyo intersectorial que busque lograr este objetivo. De cualquier otra manera, el proceso podría ser más tardado y oneroso de lo calculado. Preguntando sobre este

tema a un funcionario que dirige una iniciativa regional, comentó que es necesario “la creación de un ecosistema de políticas que se alineen al fortalecimiento de las capacidades productivas en investigación y desarrollo para lograr la producción de vacunas. Deben incluir a tecnología, industria, salud, etc., y a la mayor cantidad posible de actores que se encuentren dentro de estos grupos”.

El mismo funcionario comentó que, actualmente, existen “líneas de trabajo que buscan diálogos para el fortalecimiento de políticas sectoriales que sean coherentes entre sí, buscando la coordinación para solucionar problemas de salud de la población”. “Esto debe ser con un enfoque en la cadena productiva y de valor de la vacuna, no solo en el producto final. Si algo falla puede generar retrocesos en el producto final, por lo que hay que enfocarlo desde la investigación y desarrollo hasta la distribución”. La persona entrevistada agregó que “hay casos en la región donde la cadena de producción de las vacunas [no de COVID-19, sino otras que se producen actualmente en Latinoamérica] se frenaba porque el productor de vidrio prefería hacer frascos de perfumes antes que los viales para las vacunas”. Este ejemplo permite entender que la creación de políticas intersectoriales enfocadas en la producción local o regional de la vacuna es un paso necesario, si se quiere realizar tal acción. El nivel de coordinación debe ser tal que incluya a todos los actores que participen dentro de la cadena productiva de este producto final. A su vez, comentó el director de un organismo multilateral, “deben realizarse incentivos a la política industrial enfocada en salud. No hay que innovar mucho, los tradicionales créditos fiscales, accesos a propiedad intelectual y exención de impuestos deberían ser funcionales igualmente.” El diseño y la posterior implementación de dichas políticas sectoriales, comentó un empresario salvadoreño, debe “ser buscando mejorar y seguir los más altos estándares de calidad internacionales buscando que estas tengan respaldo en lo internacional”. El sentido de esto es porque, en el modelo de negocios actual, “las multinacionales fabricantes de vacunas hacen economía de escala y eso baja los precios y aumenta la accesibilidad manteniendo la calidad. Esto abarata la vacuna, pero, como sucedió con la vacuna de la COVID-19, si hay interrupciones en el acceso, los países no productores quedan sin posibilidad de obtenerla”.

Bajo este problema, surge una nueva visión nacional y regional, mencionada por varios de los entrevistados, que enfoca la disponibilidad de una vacuna a la importancia de esta por seguridad nacional. En palabras de uno de ellos, “tenerlo [la industria productora de vacunas en el país] porque puede llegarse a necesitar y aseguraría de alguna forma el acceso de emergencia”. Claramente, para alcanzar esto se necesitan superar los retos ya mencionados anteriormente. “Además, en estas plantas podrían utilizarse vacunas del ciclo común y otros biotecnológicos, igual que aceleraría el dominio tecnológico de este tipo de tecnología”, terminó de comentar un director de una institución regional.

Si se asume que, para los países o regiones, es estratégica la producción local de vacunas por “seguridad nacional”, es clave enmarcar todas las acciones de políticas sectoriales y coordinación intersectorial dentro del marco de un acuerdo político de Estado. En este se debe delimitar qué acciones deben suceder para alcanzar la producción de vacunas. Como mencionó un empresario guatemalteco, “si la industria farmacéutica local está interesada en este tipo de proyectos hay que hacerlo, pero hacer las condiciones necesarias”. Estas necesidades que cubrir por parte del Estado dependen del entrevistado y su percepción sobre el rol que debe tener el mismo. Algunos señalan que se debe “acompañar en el proceso”, otros que se tiene que “poner la inversión inicial”, entre otras, que van desde una empresa pública a una privada. Lo que todos dicen en común es que se deben acordar dos cosas para que haga sentido este tipo de inversión: primero, “tiene que generar la regulación necesaria para que se apruebe una vacuna nacional”; y, segundo, “debe comprometerse [el Estado] a comprarlas siempre estas vacunas nacionales, sin importar el precio que tenga, ya que las haría por seguridad nacional y acceso”. Esto último se debe a que el principal comprador de vacunas del mundo siempre son los Estados, el mercado privado es diminuto y con poco acceso por costos. Por ello es importante hablar de quiénes serían los compradores y cuál es la realidad del mercado disponible entre el institucional y el privado, buscando que la inversión privada tenga sentido económico.

5.3.4. MERCADO DISPONIBLE

“¿Será que vale la pena? ¿Cuántas vacunas voy a vender? Antes de la regulación yo miraría si vale la pena el tamaño de la inversión para el mercado. No estoy seguro.” Esta percepción de un empresario guatemalteco es idéntica a la expresada por otros actores del mismo tipo. La preocupación por el mercado disponible es central en el análisis de las oportunidades económicas de este sector potencial. El sentido mismo viene de tres análisis puntuales. El primero, ya presentado brevemente, es que el mayor comprador de vacunas es el Estado en el mercado público. El segundo, como expresó otro empresario, “al ser tan complejo y riesgoso producir vacunas es necesario asegurarse un mercado grande”. El tercero, es la dimensión del mercado objetivo porque “Guatemala, El Salvador y Honduras no es suficiente para una inversión de ese estilo porque el precio sería muy alto. Centroamérica podría ser suficiente, pero hay siete países con distintas regulaciones en cada uno lo que dificulta la velocidad de hacer negocios muchas veces”.

El precio al que se vendería la potencial vacuna también es un reto por resolver. Ya se mencionó que se podría crear un mecanismo que obligue al Estado a comprarlas, pero, en caso de que no se realizara esta idea, el acceso por su costo sería un problema claro. La principal área donde se refleja esto es que los productores de vacunas a nivel mundial las hacen a una escala tan grande que resulta muy barata su producción. Un distribuidor guatemalteco comentó que “la economía de escala de las multinacionales es demasiado grande” y que esto se refleja en que “el costo es bajísimo [...] puedes traer de cualquier parte del mundo y sale barato. No vale la pena tropicalizarlo [producir las vacunas en los países centroamericanos] porque no vas a competir.” Un distribuidor salvadoreño agregó sobre el tema que “nadie hace vacunas porque es muy barato traerlas”. El realizarlas para un mercado mucho más pequeño, en comparación con los vendedores mundiales, teniendo en cuenta la inversión inicial, el mantenimiento, el recurso humano, etc., complica el cálculo económico para lograr comprender si es viable o no la producción de vacunas en la región. La inexistencia de estudios de mercado sobre esta área también lo dificulta.

El mercado público y las compras estatales se manejan de la misma manera, mediante mecanismos regionales, que logran conseguir los precios más bajos posibles para los participantes. Estos se usan, como mencionó un funcionario regional, para “buscar cubrir los diferentes esquemas de vacunación que tienen los países” al igual que “se utilizan operadores logísticos locales [distribuidores], que cumplen los requisitos de distribución de vacunas”. No existe ninguna intervención de producción local o regional. Por otro lado, el mercado privado de vacunas no solo es pequeño, es muy caro. Un empresario salvadoreño mencionó que “hay muy poca gente que puede pagar una vacuna privada, en parte por eso existe una predominancia de cubrirse la vacunación mediante la salud pública, entendiendo que estos programas es una necesidad en beneficio del país”. El mercado, por lo tanto, no es ampliable a lo privado y, como en todo el mundo, tiene una predominancia por lo público. Aunque es innegable que, si existe de cierta manera una oportunidad de mercado debido a que la gente si se vacuna, “el mercado existe, pero hay que tener presente que el gran comprador siempre es el Estado, es ahí donde se encuentra el negocio”, mencionó un empresario de El Salvador.

Durante la pandemia de la COVID-19 hubo algunas propuestas, mencionadas por algunos funcionarios regionales, para usar laboratorios locales y adaptarlos para proveer a nivel regional. El gran problema, en todos, según un director de una organización regional, fue que “luego de la pandemia, sin derechos de propiedad intelectual, no es económicamente rentable esa transformación”. A nivel mundial, las empresas fabricantes absorbieron todo tipo de vacunas para poder envasar y maquilar estas, pero “afuera de la pandemia ninguna empresa lo haría y tampoco tendría mucho sentido hacerlo porque es más fácil y barato el envío de la vacuna ya terminada”. Como expresó un empresario guatemalteco, “se podría comprar las cepas en India, al por mayor, pero ni ellos tienen interés porque es más rentable para todos vender la vacuna terminada. Esto asumiendo que acá [Guatemala] estuvieran presentes todas las condiciones necesarias”. Aparte de ello, como se presentará en la última sección, es importante comprender que, dentro de toda la región, no solo los países estudiados, hay algunos con mayores facilidades en todo sentido para realizar vacunas de una forma más cercana, en tiempo y a menor costo.

Existen opciones para poder ampliar el mercado potencial de las vacunas buscando que sea más sostenible y escalable en costos. Los retos de estos es poder ser competitivos con las empresas ya existentes, algo que ninguno de los entrevistados tiene claro cómo resolver. Por ejemplo, un empresario salvadoreño propuso el nearshoring porque “son oportunidades a mercados grandes por cercanía, como Estados Unidos o México, y no solo quedarse en el Triángulo Norte [Guatemala, El Salvador y Honduras] o Centroamérica. El problema es que estos países grandes tienen productores de vacunas locales”. Por esta misma situación sobre los productores de vacunas actuales hay dos tipos de visiones entre los entrevistados, asumiendo que se podrían hacer estas en la actualidad. La primera que menciona es que se tendría que buscar hacer vacunas más “tradicionales” porque “aquellas de innovación no dependen de uno, porque las patentes de todo el proceso y del biológico están protegidas”. Por otro lado, están los que dicen que la perspectiva anterior es errónea porque “estas vienen de multinacionales con un precio exageradamente barato por la escala y son imposibles de competir”. En esta contradicción de percepciones se refleja el tamaño de complejidad expresada en esta sección sobre el mercado potencial de cualquier vacuna producida en Guatemala, El Salvador y Honduras.

5.3.5. POSIBILIDADES DE COOPERACIÓN REGIONAL

Las posibilidades de cooperación regional en este tema son variadas, pero todas nacen, al ser un acuerdo entre países, del aval político a la iniciativa. Una directora de un organismo regional mencionó que “se necesita aval político para poder realizar cualquier cooperación regional por los mecanismos de consenso que requieren las instituciones actuales y para que haya realmente intención en realizar este tipo de proyectos”. Las ideas más apoyadas por los entrevistados son aquellas que tienen en cuenta las fortalezas competitivas de cada país. Como menciona un director de un organismo regional: “no tiene sentido que todos los países quieran producir todo, pero si estamos convencidos de que cada uno puede aportar algo a la producción de vacunas a nivel regional como una cadena de valor”. Si se quiere realizar esto se necesita igualmente mecanismos regulatorios regionales, “porque no

está estandarizado cómo se maneja por país los temas de investigación humana y el consentimiento informado, además de los registros sanitarios de insumos y sanitarios”, menciona un funcionario de un organismo regional. Todos convienen en que, hoy en día, es complejo realizar una cooperación a tal profundidad, más con las diferencias actuales en temas tecnológicos-sanitarios. La idea de un laboratorio regional de vacunas es posible, pero la cooperación política, los requisitos regulatorios de bioseguridad y la efectividad en la cadena de suministro son retos que resolver. Además de que, al igual que se mencionó anteriormente, se tiene que asegurar de que “lo que se realice regionalmente, se compre regionalmente... no se debe dar de menos por ser algo latinoamericano o centroamericano”.

Existen actualmente mecanismos regionales de compra de vacunas o medicamentos en donde se podría facilitar la venta a los países, en el supuesto que se realice un laboratorio regional productor de vacunas. En el caso de El Salvador, Honduras y Guatemala, se utiliza principalmente el Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y, en menor medida, solo para medicamentos, las negociaciones conjuntas en el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) que es parte de los procesos de la integración centroamericana. En ambos, según un funcionario regional, “el objetivo es poder negociar en conjunto para reducir los precios manteniendo la mayor calidad posible para poder ampliar el acceso a las mismas, aunque en COMISCA no se ha logrado realizar con vacunas”. Respecto a las de COVID-19, mencionó que “se usó un mecanismo mundial llamado COVAX [Fondo de Acceso Global para Vacunas COVID-19] porque la situación regulatoria de estas vacunas era distinta y las negociaciones se hacían entre países-laboratorios en muchos casos”. “En COMISCA”, mencionó un entrevistado, “se decidió [en la pandemia] que todos los países se articulen de forma individual, pero por relaciones políticas con otros países se decidió que cada uno buscara sus medios de acceso, aunque se sigue valorando la opción de expandir el mecanismo utilizado para medicamentos hacia las vacunas”.

A nivel regional, se utiliza para la adquisición de vacunas el mecanismo del Fondo Rotatorio de la OPS. En los tres países estudiados es por este medio

que se consiguen casi todas las que se utilizan en el mercado público. Un funcionario regional comentó que “durante la pandemia se ordenó a la institución [OPS] incrementar e incentivar la capacidad de producción de vacunas en la región [latinoamericana] incluyendo una iniciativa de trabajo relativa a la transferencia tecnológica de vacunas”. Actualmente, el proceso, de forma simplificada, es que se hace un pedido anual del listado necesario y OPS se encarga de contratar y distribuir las. La negociación se hace en conjunto para reducir los costos y esto es clave porque, menciona el mismo entrevistado, “el precio es importante para el Fondo, porque la búsqueda es aumentar el acceso a vacunas de calidad”. Menciona, igualmente, que se anima a los productores de vacunas de la región a que participen en las ofertas, pero que “se compra poco de las Américas”. Por la importancia de este mecanismo, es clave analizar a profundidad cómo la creación de un laboratorio de vacunas podría o no aplicar a estos y a procedimientos de compra conjunta regional.

CONCLUSIONES

1. Cobertura de la vacunación.

Centroamérica fue afectada más tardíamente que el resto de Latinoamérica por el virus de la COVID-19, lo cual pudo traducirse en un tiempo adicional para prepararse.

A pesar de los retrasos en el acceso a la adquisición de vacunas, ninguno de los tres países enfrentó déficit de dosis que expliqué por qué no alcanzaron la cobertura mínima poblacional de vacunación planteada por la OMS.

El Salvador fue el país que más cerca llegó de alcanzar la cobertura poblacional mínima y Guatemala el que menos cobertura alcanzó.

Para los gobiernos de Centroamérica parece que la pandemia fue entendida como una coyuntura pasajera, porque su compromiso real con adquirir la vacuna estuvo expresado únicamente durante el año 2021. A partir de entonces, tanto la adquisición como la vacunación, prácticamente, desaparecieron.

2. Manejo de la información sobre la adquisición de vacunas.

Las restricciones de acceso a información oficial sistematizada sobre casos y decesos COVID-19, especialmente en El Salvador y Honduras, impide establecer el verdadero impacto de la pandemia en los tres países.

Guatemala es, de los tres países, el que mejor manejó el acceso a información sobre casos y fallecimientos COVID-19, y respecto a la vacunación. Las restricciones de acceso a información atentan contra los principios de transparencia financiera y rendición de cuentas. El Salvador fue el país que legalmente restringió el acceso a información sobre las compras de vacunas para la COVID-19.

En el Salvador, el Plan Nacional de Vacunación y sus adquisiciones fueron considerados bajo reserva por 3 y 5 años, respectivamente, lo que imposibilita la rendición de cuentas. En el caso salvadoreño fue imposible conocer cuántos recursos destinó el Seguro Social para la adquisición de la vacuna.

3. Negociación para la adquisición de vacunas.

No hubo un enfoque regional o subregional -de por lo menos los tres países- para la adquisición de vacunas para la COVID-19. Cada país se manejó independientemente en sus negociaciones con COVAX, en sus negociaciones bilaterales con las empresas farmacéuticas y con las donaciones.

Países con grandes capacidades de negociación y recursos negociaron bilateralmente con las farmacéuticas y compraron vacunas, acumulando grandes cantidades de dosis, que excedía la necesidad de sus poblaciones, creando desigualdades de acceso a las vacunas en el mercado global y para el mecanismo COVAX. Esto implicó que países como El Salvador, Honduras y Guatemala no pudieran recibir en el primer trimestre del año 2021 las dosis de vacuna compradas o donadas por el mecanismo COVAX para vacunar, al menos al 20% de su población, y retrasó el inicio de la vacunación a escala en los países de Centroamérica, especialmente en Guatemala, que no había negociado bilateralmente ninguna compra de vacuna.

En contraste, El Salvador y Honduras, a la par de convenir con la OPS para comprar o recibir vacuna vía COVAX, negociaron de forma bilateral para comprar vacunas directamente de las empresas farmacéuticas, tal y como habían hecho Costa Rica y Panamá, previamente, y otros países en el mundo. Esto permitió, especialmente a El Salvador, tener vacunas COVID-19 desde febrero 2021 y, a Honduras, a partir de mayo 2021, por tanto, comenzaron a vacunar masivamente antes que Guatemala.

El Salvador mostró la mayor diversificación en el acceso a vacunas COVID-19.

Si bien los tres países recibieron donaciones de vacuna, siendo los Estados Unidos de Norteamérica el principal donante, solo en Guatemala las donaciones se convirtieron en el mecanismo de opción para tener acceso a vacunas (45% del total fueron donadas), especialmente cuando se considera que la mitad de la vacuna Sputnik se venció, dosis compradas con recursos públicos.

En ninguno de los tres países fue posible establecer la postura oficial con respecto al “Tratado Pandémico” que se discute en la OMS, actualmente, con vistas a crear mejores condiciones de preparación y respuesta frente a eventos catastróficos de salud.

4. Financiación y adquisición de vacunas.

Los Gobiernos del norte de Centroamérica gozaron de recursos sin restricciones para la adquisición de las vacunas, pero estos no fueron utilizados en su totalidad. En El Salvador, la tasa promedio de ejecución presupuestaria fue cercana al 70%, y de 62% en Guatemala; en Honduras, durante 2022, fue del 1.2%.

Las vacunas que compraron los gobiernos fueron adquiridas, casi en su totalidad, con crédito externo, a pesar de que los montos requeridos pudieron ser cubiertos sin problema con los recursos ordinarios (flujo normal de impuestos pagados). Esto lleva a cuestionar la racionalidad en la contratación de deuda cuando existe flujo de caja como para poder pagar sin problema el insumo requerido.

Honduras, durante 2021, gastó L731 millones, pero, en 2022, ningún centavo fue destinado para la

adquisición de vacunas; Guatemala siguió el mismo patrón, gastando durante 2021 Q1,046 millones, Q246 al siguiente año y Q83 durante 2023, a pesar de que ambos países continuaron reportando nuevas olas de la COVID-19 y un considerable número de casos y fallecidos a consecuencia de la enfermedad. Actualmente, los tres países importan vacunas para luego distribuirlas, normalmente conseguidas mediante mecanismos de adquisición regionales.

5. Producción de vacunas.

La creación de un laboratorio fabricante de vacunas en El Salvador, Honduras y/o Guatemala, que produjera vacunas para toda la región es una empresa en extremo ambiciosa, considerando el contexto regional actual.

Existen múltiples barreras para la producción de vacunas en la región, las tres principales son: la alta inversión que sería necesaria, la falta de claridad sobre el mercado y la poca capacidad real de competir con los productores mundiales de vacunas. Para establecer una producción regional sostenible se necesita una preparación a largo plazo y un marco regulatorio regional que supere las normativas particulares de cada país.

La regulación es un tema crucial, ya que la producción de vacunas implica cumplir con normativas estrictas, tanto a nivel nacional como internacional, para asegurar la calidad de un producto tan delicado.

Las regulaciones varían entre los tres países, aunque, en general, los registros sanitarios se realizan por referencia a aprobaciones de autoridades reguladoras de nivel mundial. Esto implica que las vacunas producidas localmente deben cumplir con estándares internacionales y lleva a la necesidad de que los Laboratorios Nacionales de Salud estén en condiciones de un nivel internacional para llevar a cabo análisis de calidad.

La forma más sencilla para empezar a tener participación en el proceso es dedicarse al fill and finish, es decir, solamente llenar frascos, que también tiene su dificultad asociada.

Guatemala es el país que presenta más condiciones para considerar su involucramiento en algunos

aspectos relativos a la producción de vacunas: tiene plantas de inyectables, una amplia gama de laboratorios con un alto nivel de manufactura y la mayoría del recurso humano calificado para una actividad tan compleja. El Salvador ha ido creciendo y mejorando la calidad de su producción local. Honduras aún está en proceso de poder consolidar una industria local y poder alcanzar los niveles de los otros dos. Podría considerarse la cooperación regional para buscar soluciones a los desafíos técnicos.

RECOMENDACIONES

1. Participar como región, y no cada país de manera individual, en las negociaciones con respecto a la mejora en la preparación y respuesta ante las emergencias sanitarias mundiales. Esto podría favorecer a asegurar la disponibilidad de vacunas y demás insumos, en mejores condiciones y de manera anticipada.

2. Fortalecer el papel del COMISCA para la armonización de políticas y de contenidos de los marcos regulatorios entre los países, así como fortalecer el intercambio tecnológico y de conocimiento, tanto a nivel de entes estatales y sus autoridades de aprobación sanitaria, como con el sector privado y sus diversos actores que estarían involucrados en el proceso productivo.

3. Para los próximos dos años, la región debería enfocarse en la adquisición y ampliación de la cobertura con vacunas bivalentes, con el fin de proteger a la población a mediano y largo plazo.

4. Gestionar, con la mayor anticipación posible, calendarios de entregas de las dosis de vacuna, tanto para la compra como para las donaciones. Esto permitiría planificar la disponibilidad de dosis y la capacidad de vacunación, con el fin de maximizar la cobertura en el tiempo y en el territorio, para evitar el desperdicio de vacunas por vencimiento.

5. Fortalecer los sistemas de análisis de información y sistemas de información geográfica en los gobiernos, especialmente en los ministerios y secretarías de Salud.

6. Deben estudiarse a fondo los sistemas de compras y contrataciones de los Estados del norte de Centroamérica, sobre todo, en lo relativo al sector salud, para proponer las reformas que sean necesarias, a efecto de que dicho sistema esté preparado para afrontar las futuras crisis sanitarias.

7. Los gobiernos de la región deberían de identificar los espacios fiscales para tenerlos como reserva, puesto que la contratación de crédito público para adquirir vacunas no era indispensable, la adquisición se pudo afrontar perfectamente con recursos ordinarios (impuestos).

8. En el caso de Guatemala, que fue el país que más recursos erogó para las vacunas, su costo representó menos del 1.0% del presupuesto total del país para ese año.

9. Las entidades de sociedad civil, así como diputadas y diputados de los Congresos o Asambleas Nacionales, deben fiscalizar y exigir a los funcionarios públicos correspondientes una investigación sobre las vacunas vencidas contra la COVID-19, puesto que es una pérdida total para la sociedad.

10. La pandemia no será el único reto que afrontarán los sistemas de salud de los tres países en el corto y mediano plazo; consecuentemente, deben realizar una reforma en sus sistemas de compras y adquisiciones, para que puedan comprar oportunamente los insumos que se puedan requerir.

11. Continuar los estudios necesarios para establecer la factibilidad, costo-beneficio y hoja de ruta para fortalecer la producción regional de vacunas, a partir de las fortalezas ya existentes, partiendo de los procesos básicos de “envasado y llenado”, sobre los cuales, la región ya tiene alguna capacidad.

12. El COMISCA debe tener un papel más activo y procurar una voz regional centroamericana con respecto al Tratado Pandémico que se negocia en la ONU, pues es una región altamente vulnerable y muy poco preparada para enfrentar los desafíos sanitarios de carácter global y regional que puedan agravarse con el cambio climático, tales como la reemergencia de enfermedades transmisibles,

el agravamiento de la inseguridad alimentaria y nutricional, y la debilidad estructural de sus sistemas de salud y de vigilancia epidemiológica, que requieren un abordaje coordinado y transnacional para reducir la vulnerabilidad de la región.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia de Regulación Sanitaria. (2022). Listados de Certificados de BPM de Medicamentos y Cosméticos Vigentes. Listados oficiales. <https://arsateca.arsa.hn/index.php/2022/07/09/listados-de-certificados-de-bpm-de-medicamentos-y-cosmeticos-vigentes/>
- Arpas Democratizando la Palabra. (2022). Denuncian a MINSAL por aplicar vacunas anticovid vencidas. Consultado el 18 de enero de 2022. <https://arpas.org.sv/2022/01/denuncian-a-minsal-por-aplicar-vacunas-anticovid-vencidas/>
- Banco Central de Honduras. (2023). Tipo de Cambio de Compra y Venta. Consultado el 25 de septiembre de 2023. <https://www.bch.hn/estadisticas-y-publicaciones-economicas/tipo-de-cambio-nominal>
- Banco de Guatemala. (2023). Tipo de Cambio de Referencia. 25 de septiembre de 2023. https://www.banguat.gob.gt/tipo_cambio/
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL). (2023). Base de datos y publicaciones estadísticas. Consultado 25 de enero de 2023. <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?theme=2&lang=es>
- COVID-19 Excess Mortality Collaborators. (2022). Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–2021 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02796-3/fulltext#articleInformation](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02796-3/fulltext#articleInformation).
- Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines. (2023). Listado de Laboratorios de Productos Farmacéuticos y su cumplimiento de BPM al 20/03/2023. Consultas.
- Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC). (2021). Estimaciones y Proyecciones de Población 2005-2050. VI Censo de Población, 2007. El Salvador. <https://www.bcr.gob.sv/documental/Inicio/busqueda/192>
- Dirección Nacional de Medicamentos. (2022). Listado de laboratorios certificados en buenas prácticas de manufactura informe OMS. Listados. <https://www.medicamentos.gob.sv/?p=648>
- Dirección Nacional de Medicamentos. (2023). Listado de establecimientos autorizados droguerías. Listados. <https://www.medicamentos.gob.sv/?p=6822>
- El País. (2022). Honduras: Miles de vacunas contra la Covid-19 vencen el próximo 31 de diciembre. Consultado el 28 de diciembre de 2022. <https://www.elpais.hn/honduras-miles-de-vacunas-contra-la-covid-19-vencen-el-proximo-31-de-diciembre/>
- Federación Centroamericana y del Caribe de Laboratorios Farmacéuticos. (2023). Conoce nuestros asociados. Nuestros asociados. <https://fedefarma.org/nuestros-asociados/>
- Foro Social de Deuda Externa y Desarrollo de Honduras (FOSDEH). (2022). Equidad en la distribución de la vacuna contra la COVID-19 en Honduras. Estudio de caso: Brechas de vacunación en el departamento de Gracias a Dios. Oxfam en América Latina y el Caribe. Serie Agenda Regional para la Vacunación Universal contra la COVID-19. <https://www.elfuturodelaspandemias.org/estudios-de-caso-latinoamerica>.

- Foro Social de Deuda Externa y Desarrollo de Honduras (FOSDEH). (2022). Estudio de caso: brechas de vacunación en el departamento de Gracias a Dios. Oxfam en Honduras. <https://www.elfuturodelaspandemias.org/estudios-de-caso-latinoamerica>.
- Fundación Dr. Guillermo Manuel Ungo (FUNDAUNGO). (2022). Boletín Estadístico del COVID-19 en El Salvador No. 39. <https://drive.google.com/file/d/1gK0kbVaF9BbtID7CqIsIZ6sukeauqerH/view>.
- Fundación Dr. Guillermo Manuel Ungo. FUNDAUNGO. (2022). Boletín 39: Evolución de casos del COVID-19 en El Salvador, del 14 de marzo 2020 al 27 de julio de 2022. <https://fundaungo.org.sv> <https://twitter.com/SecPrensaSV/status/1494483172440125460>
- Hondudiario. (2022). Salud actualizó fecha de caducidad de vacunas ante denuncia de que están vencidas. 30 de diciembre de 2022. <https://hondudiario.com/covid-19/salud-actualizo-fecha-de-caducidad-de-vacunas-ante-denuncia-de-que-estan-vencidas/>
- Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI). (2022). Monitoreo de la vacunación contra el COVID-19 en El Salvador. Boletín #3. Guatemala: ICEFI.
- Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI). (2022). Monitoreo de la vacunación contra el COVID-19 en El Salvador. Boletín #1|. Guatemala: ICEFI.
- Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI). (2022). Monitoreo de la vacunación contra el COVID-19 en El Salvador. Boletín #2. Guatemala: ICEFI.
- Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI). (2022). Monitoreo de la vacunación contra el COVID-19 en El Salvador. Guatemala: ICEFI.
- Instituto de Investigación, Capacitación y Desarrollo de la Mujer (IMU). (2022). Barreras y acceso a vacunación covid-19 para mujeres rurales en El Salvador,» Oxfam en América Latina y el Caribe. Serie Agenda Regional para la Vacunación Universal contra la COVID-19. <https://www.elfuturodelaspandemias.org/estudios-de-caso-latinoamerica>.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2013). Proyección de población total Honduras 2013-2030. Censo Nacional de Población. Honduras. https://www.ine.gob.hn/publicaciones/Censos/Censo_2013/09Tomos-IX-Proyecciones-de-Poblacion/cuadros.html
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2019). Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050. XII Censo Nacional de Población, 2018. Guatemala. <https://www.ine.gob.gt/proyecciones/>
- K. Slowing Umaña y O. Chávez Valdez. (2022). Vacunación COVID-19 y poblaciones vulnerables. Estudio de Caso: Desigualdad y barreras institucionales (MSPAS) de acceso a la vacunación en Guatemala. Laboratorio de Datos GT. Oxfam en América Latina y el Caribe. Serie Agenda Regional para la Vacunación Universal contra la COVID-19, 2022. <https://www.elfuturodelaspandemias.org/estudios-de-caso-latinoamerica>.
- K. Slowing Umaña. (2023). Políticas Públicas y manejo de la Pandemia COVID-19: sistematización cronológica y categorización de medidas adoptadas por el Estado de Guatemala. <https://labdedatosgt.com>.

- K. Slowing, O. Chavez, E. Maldonado y A. L. García. (2021). Los costos humanos, sociales y económicos de no vacunar acelerada y equitativamente a la población. Oxfam Guatemala. <https://lac.oxfam.org/lo-%C3%BAltimo/publicaciones/los-costos-humanos-sociales-y-economicos-de-no-vacunar-acelerada-y>.
- L. Rodríguez y M. Delgado. (2021). El COVID-19 y su incidencia en la movilidad de la población salvadoreña de 2020 a 2021. <https://www.fundaungo.org.sv/products/el-covid-19-y-su-incidencia-en-la-movilidad-de-la-poblacion-salvadorena-de-2020-a-2021/743>.
- La Colectiva Feminista para el Desarrollo Local. (2020). <https://colectivafeminista.org.sv/wp-content/uploads/2020/12/Estudio-COVID-19.pdf>.
- La Prensa Gráfica. (2021). Señalan exceso de mortalidad en El Salvador. <https://www.laprensagrafica.com/elsalvador/Senalan-exceso-de-mortalidad-en-El-Salvador-20210420-0119.html>.
- Laboratorio de Datos GT. (2023). Tablero sobre la vacunación COVID-19 en Guatemala. <https://labdedatosgt.com/nuestro-trabajo/tableros/tablero-vacuna-covid-guatemala>.
- Ministerio de Finanzas Públicas (MINFIN). (2023). Presupuesto público para 2020 a 2023. Sistema de Contabilidad Integrada (Sicoín). Consultado el 01 de julio de 2023: <https://sicoin.minfin.gob.gt/sicoinweb/menu/index.html>
- Ministerio de Finanzas Públicas (MINFIN). (2023). Proyecto de presupuesto 2024. Guatemala: MINFIN.
- Ministerio de Finanzas Públicas. (MINFIN). (2018). Manual de clasificaciones presupuestarias 6ta. Edición. Guatemala.
- Ministerio de Salud de El Salvador. (2022). Portal sobre la situación nacional COVID-19. <https://covid19.gob.sv/>.
- Ministerio de Salud de El Salvador. (2023). Lineamientos técnicos para la vacunación contra el SARS-CoV-2. https://www.transparencia.gob.sv/system/documents/documents/000/506/070/original/lineamientos_tecnicosparalavacunacioncontraelSARS-CoV-2_V5-Acuerdo-1885.pdf?1663708510.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2023). Documento Plan Nacional De Vacunación Contra La COVID-19. <https://mspas.gob.gt/covid-19/alertas/category/164-documento-plan-nacional-de-vacunacion-contra-la-covid-19>.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (MSPAS). (2021). Anexos del Plan Nacional de Vacunación.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (MSPAS). (2023). Tablero Situación de COVID-19 en Guatemala. <https://tableros.mspas.gob.gt/covid/>.
- O. Chávez Valdez y K. Slowing Umaña. (2022). ¿Quiénes son los más afectados por no tener vacunas en Guatemala? Trabajo diagnóstico de poblaciones vulnerables. <https://labdedatosgt.com/nuestro-trabajo/publicaciones/afectados-no-vacunar-covid-guatemala>.
- O. Chávez y K. Slowing. (2022). Exceso de mortalidad durante la COVID-19 en Guatemala. <https://labdedatosgt.com/nuestro-trabajo/publicaciones/exceso-mortalidad-covid-guatemala-2022>.
- Oficio SI-1502-2023 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

- Organización Mundial de la Salud. (2021). Strategy to Achieve Global Covid-19 Vaccination by mid-2022. <https://www.who.int/es/news/item/07-10-2021-who-un-set-out-steps-to-meet-world-covid-vaccination-targets>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Guía para elaborar un plan nacional de despliegue y vacunación para las vacunas contra la COVID-19. Washington, D.C. <https://www.paho.org/es/documentos/guia-para-desarrollo-plan-nacional-despliegue-vacunacion-para-vacunas-contra-covid-19>.
- Our World in Data. (2023). Coronavirus Pandemic (COVID-19). <https://ourworldindata.org/coronavirus>.
- Oxfam en Honduras del Programa Centroamérica. (2023). Estudio de caso: COVID-19 en la población migrante, departamento de Choluteca. <https://www.elfuturodelaspandemias.org/estudios-de-caso-latinoamerica>.
- Pan American Health Organization (PAHO. (2023). Tracker Covax. Consultado el 02 de octubre de 2023. <https://t.ly/sc-tU>
- Portal de Transparencia Fiscal. (2023). Datos abiertos. Consultado el 10 de septiembre de 2023. https://www.transparenciafiscal.gob.sv/ptf/es/PTF2-Datos_Abiertos.html
- Radio Zócalo. (2022). En Honduras, se vencen 203 mil 480 vacunas contra Covid-19 del Seguro Social. Consultado el 30 de abril de 2022. <https://radiozocalo.com.mx/585722/En-Honduras-se-vencen-203-mil-480-vacunas-contra-Covid-19-del-Seguro-Social>
- Secretaría de Finanzas. (2022). Ejecución Presupuestaria. 01 de enero de 2020 - 2022. <https://www.sefin.gob.hn/ejecucion-y-seguimiento/>
- Secretaría de Salud de Honduras. (2021). Lineamientos técnicos y operativos de introducción de la vacuna contra la COVID-19. <http://www.bvs.hn/COVID-19/Lineamientos%20Técnicos%20y%20Operativos%20de%20introduccion%20de%20la%20vacuna%20contra%20la%20COVID-19.pdf>.
- Secretaría de Salud de Honduras. (2022). Situación COVID-19 del 28 de diciembre del 2022. Unidad de Vigilancia de la Salud. <http://www.bvs.hn/COVID-19/BOLETIN%20UVS%20COVID-19%2028-12-2022.pdf>.
- Secretaría de Salud de Honduras. (2023). Situación COVID-19. Unidad de Vigilancia de la Salud. Consultado el 28 de agosto del 2023. <http://www.bvs.hn/COVID-19/BOLETIN%20UVS%20COVID-19%2030-08-2023.pdf>.
- Soy 502. (2022). Vencimiento de vacunas es por “falta de estrategia de vacunación”, afirma diputado. Consultado el 22 de mayo de 2022. <https://www.soy502.com/articulo/vacunas-covid-19-vencidas-101567>
- The Rio Times. (2023). CoronaVac May Be Four Times More Costly Than Flu Vaccine. Consultado el 03 de octubre de 2023. <https://www.riotimesonline.com/brazil-news/rio-business/coronavac-to-be-four-times-more-costly-than-flu-vaccine/>
- United Nations International Children’s Emergency Fund (UNICEF). (2023). COVID-19 Market Dashboard. Consultado el 04 de octubre de 2023. <https://www.unicef.org/supply/covid-19-market-dashboard>
- United Nations International Children’s Emergency Fund (UNICEF). 2023. The Price Data Overview. Consultado el 03 de octubre de 2023. <https://www.unicef.org/supply/pricing-data>

United Nations International Children's Emergency Fund. UNICEF. (2023). Covid vaccine prices. Consultado el 04 de octubre de 2023. <https://www.unicef.org/supply/media/15861/file/Covid-vaccine-prices-15022023.pdf>

World Health Organization. (2021). El presidente del país toma el liderazgo en la promoción de un estricto bloqueo contra COVID-19 con el apoyo de todos los niveles, incluyendo la Oficina de País OPS/OMS. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/february-covid-19-case-studies-el-salvador-%28spanish-version%29.pdf>.

World Health Organization. (2023). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Consultado el 02 de octubre de 2023. <https://covid19.who.int/data>

SITIOS CONSULTADOS

<https://imprentanacional.gob.sv/compilacion-de-decretos-de-emergencia-por-covid-19/>

<https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2021-22>

<https://launchandscalefaster.org/covid-19/vaccinepurchases>

<https://medicamentos.mspas.gob.gt/index.php/consultas/listado-de-laboratorios-de-productos-farmaceuticos>

<https://news.un.org/es/story/2021/01/1486742>

<https://news.un.org/es/story/2021/02/1488202>

https://www.eldiario.es/internacional/covax-echa-andar-pasado-mecanismo-repartir-vacunas-igual-meses-acopio-paises-ricos_1_7262859.html

<https://www.paho.org/es/noticias/5-10-2020-acceso-vacuna-contra-covid-19-mediante-mecanismo-covax>

<https://www.unicef.org/supply/covid-19-market-dashboard>

<https://www.unicef.org/supply/media/15861/file/Covid-vaccine-prices-15022023.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La propuesta metodológica para el presente estudio regional es de una sistematización de experiencia y análisis comparativo entre los países: El Salvador, Guatemala y Honduras. Para realizar la sistematización de la experiencia nacional de cada país sobre la adquisición de vacunas COVID-19, las perspectivas en la etapa postpandemia y la posición nacional frente al Tratado Pandémico (objetivos 1, 2 y 3), se propuso lo siguiente:

1. Una serie de entrevistas guiadas con actores clave relacionados con los procesos de adquisición de vacunas;
2. Trabajo de gabinete que incluye revisión documental y, posiblemente, hemerografía;
3. Recopilación de datos estadísticos y financiero-presupuestarios sobre las adquisiciones de vacunas COVID-19.

La estrategia de investigación partirá de un mapeo de actores clave por país, a los cuales se debería entrevistar para asegurar contar con información para cada uno de los objetivos; posiblemente, varios actores se repitan, por lo que se requiere hacer un mapeo fino, lo más específico posible y aprovechar cada entrevista para obtener la información de todos los objetivos de una sola vez.

Con respecto a la revisión documental, la prioridad es obtener la información y/o documentos oficiales (instrucciones de gobierno, de ministerio, entre otros) y/o estudios independientes o de organismos internacionales que reflejen cómo se llevó a cabo la adquisición de dosis de vacunas en cada país, sea por la vía del mecanismo COVAX, compra bilateral de vacunas y/o donaciones recibidas. A sabiendas de las limitaciones de acceso a información que puede haber, se recomienda combinar con revisión hemerográfica. El propósito es que tanto las entrevistas como la revisión documental permitan construir a cada socio local de Oxfam, con el apoyo de la Coordinadora General de la investigación:

- a. Línea de tiempo del proceso de adquisición de vacunas, desde que comenzaron las negociaciones, señalando como hitos los momentos de adquisición de vacunas y su ejecución.
- b. Sistematización del proceso de adquisición de vacunas, conforme parámetros (tipo de adquisición, montos, número de dosis, marca, dosis aplicadas, vacunados y dosis vencidas).
- c. Identificación de principales retos y desafíos que se dieron con las adquisiciones de vacunas (financiamiento, cadena de frío, atrasos, otros).

Complementariamente, el especialista en presupuestos públicos del Laboratorio de Datos GT hará el análisis para los tres países de fuentes de financiamiento, presupuesto y ejecución financiera de los recursos para la adquisición de vacunas, incluyendo la monetización de las donaciones recibidas. En el caso de El Salvador, no es seguro que vaya a ser posible hacer el análisis. Se están identificando bases de datos internacionales que permitieran examinar estos datos. En los casos de Honduras y Guatemala, sí es posible hacerlo.

Así también, el especialista en datos del Laboratorio de Datos GT hará el análisis comparativo de los datos sobre adquisiciones y vacunación, estandarizando la información disponible de cada país, tanto la recopilada por cada socio, como la existente en bases de información internacionales. Generará las tablas, cuadros, gráficas y otras formas de visualización que faciliten la comprensión de la información. También, estandarizará el tipo de visualizaciones para los datos financieros y de presupuesto que se logren identificar.

Tanto los datos del estudio sobre financiamiento y presupuesto, como el de la estadística de adquisiciones, alimentarán los capítulos específicos por país y el análisis comparado de los tres capítulos.

Cabe destacar que estos dos temas se abordarán conforme a la disponibilidad de datos. Preocupa en particular, la situación de El Salvador, en cuanto a acceso a información estadística.

Con respecto al estudio de percepciones con las empresas farmacéuticas, laboratorios de biotecnología, importadores de vacunas en los tres países, así como con las autoridades nacionales de cada país, entre ellas, las Direcciones Nacionales

de Medicamentos, Laboratorios Nacionales de Salud, Programas Nacionales de Vacunación, OPS (mecanismo para compra de vacunas para el PAI y mecanismo COVAX), y con instancias regionales como UNOPS, SICA y COMISCA, se indagará si es viable para Centroamérica plantearse la producción subregional de vacunas o qué condiciones se requerirían para ello, y sobre cuál sería la alternativa más efectiva y eficiente para garantizar el acceso continuo y sostenible de vacunas para la región, en particular, para El Salvador, Honduras y Guatemala.

Para tal efecto, se propone realizar una serie de entrevistas con empresarios del sector farmacéutico, autoridades nacionales de cada país, y autoridades nacionales y regionales de los organismos internacionales ya referidos.



Con el apoyo de



www.vacunasparalagente.org

 @OxfamCa  @Oxfam_CA  @Oxfam_CA