

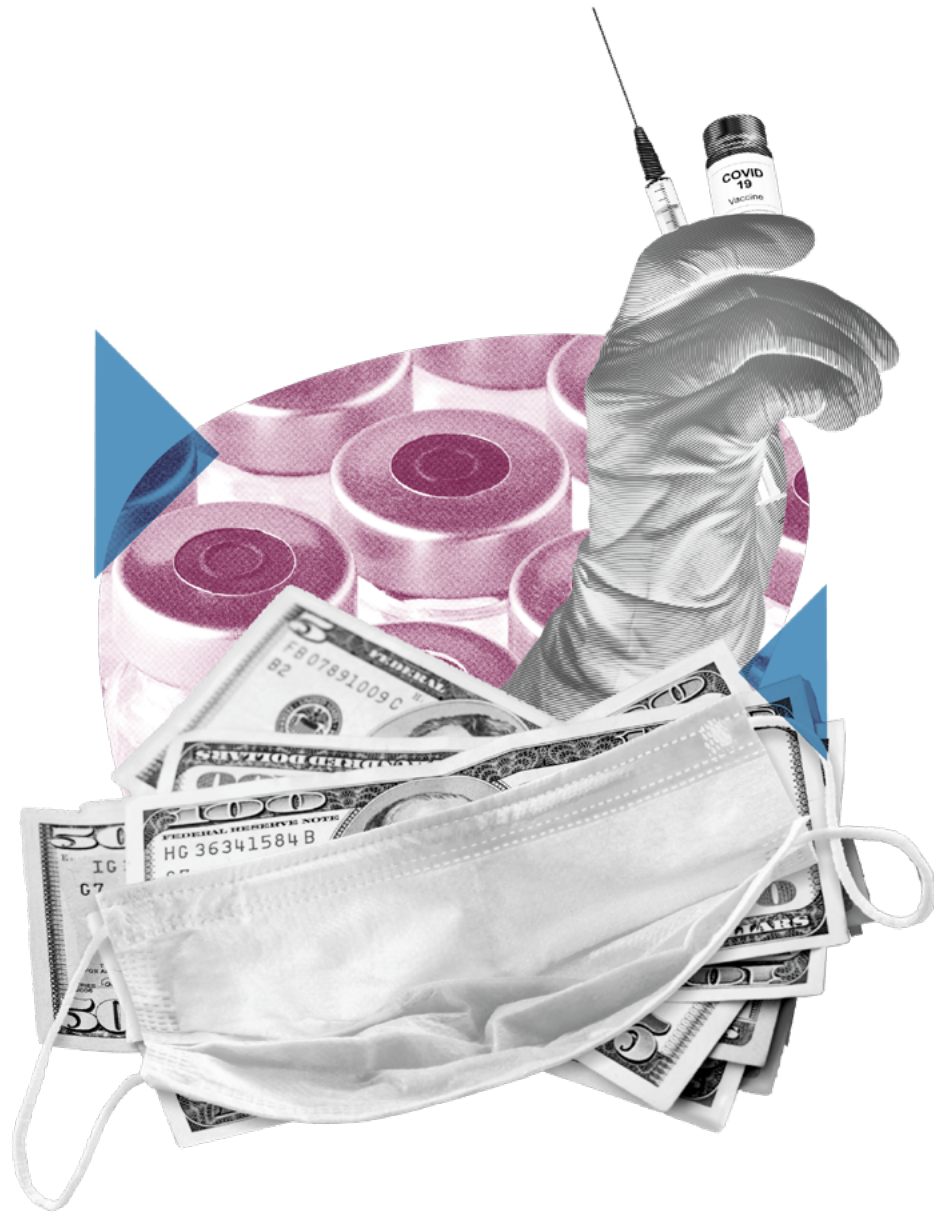
BRECHAS DE LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN GUATEMALA, EL SALVADOR Y HONDURAS



AGENDA REGIONAL
PARA UNA
VACUNA UNIVERSAL
CONTRA LA COVID-19

Con el apoyo de

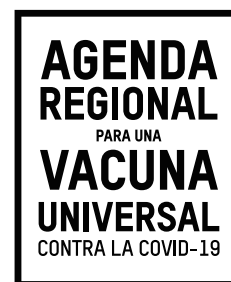




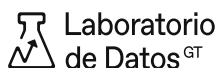
BRECHAS DE LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN GUATEMALA, EL SALVADOR Y HONDURAS

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 “Brechas de la vacunación contra la COVID-19 en Guatemala, El Salvador y Honduras” es una investigación 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

| | |
|--|-----------|
| I. Antecedentes | 6 |
| 1.1. El Salvador | 7 |
| 1.2. Honduras | 7 |
| 1.3. Guatemala | 8 |
| II. Metodología | 9 |
| 2.1. El Salvador | 9 |
| 2.1.1. Situación de la pandemia por COVID-19 | 10 |
| 2.1.2. Brechas de vacunación en El Salvador | 12 |
| 2.2. Honduras | 13 |
| 2.2.1. Situación de la pandemia por COVID-19 | 13 |
| 2.2.2. Brechas de vacunación en Honduras | 15 |
| 2.3. Guatemala | 17 |
| 2.3.1. Situación de la pandemia por COVID-19 | 17 |
| 2.3.2. Brechas de vacunación en Guatemala | 18 |
| III. Conclusiones y recomendaciones | 21 |
| 3.1. Conclusiones | 21 |
| 3.2. Recomendaciones | 22 |
| IV. bibliografía | 23 |



I. ANTECEDENTES

Desde finales de 2020 se puso en marcha la “Guía para elaborar un plan nacional de despliegue y vacunación para las vacunas contra la COVID-19” de la Organización Panamericana de la Salud [1], que brinda orientaciones a los gobiernos nacionales en la elaboración y actualización de su plan nacional de despliegue y vacunación (PNDV) para las vacunas contra la COVID-19.

Este documento se enfoca principalmente en la preparación regulatoria, estimación de costos y recursos financieros de los países para la adquisición de vacunas; determinación de grupos objetivos; estrategia para la administración de vacunas (en cuanto a cadena de suministro, recurso humano y cadena de frío); vigilancia de la seguridad; y sistemas de seguimiento de la inmunización.

La Guía recomienda a los países basar la toma de decisiones para la estrategia de vacunación sobre los grupos objetivo según criterios de riesgo epidemiológico, priorizando en primera fase a todo el personal de salud (del sector público y privado), ya que por la naturaleza de su trabajo tiene la mayor probabilidad de verse afectado por la COVID-19; y seguido a este, se recomienda la priorización de la población mayor y las personas con comorbilidades, quienes presentan un mayor riesgo de sufrir consecuencias graves o muerte por la enfermedad.

Dentro de los objetivos generales, el documento establece lo siguiente:

Lograr la equidad en el acceso a las vacunas debe ser un principio rector de todos los países, de forma que logren proteger de forma adecuada a los grupos poblacionales que se vean más afectados por la carga de la COVID-19.

Y dentro de los indicadores para el seguimiento del progreso de la inmunización para vigilar la distribución equitativa en distintos grupos de población del país, se incluye la siguiente recomendación:

Otras variables de equidad (opcional, cuando sea posible): Por grupo socioeconómico, etnia, grupo lingüístico, religioso u otros grupos socialmente desfavorecidos.

Esta Guía funciona como una referencia general, y no incluye consideraciones internas del contexto propio de cada país que pudieran asegurar el acceso equitativo a la vacunación contra la COVID-19 a todas las poblaciones.

Para El Salvador, Guatemala y Honduras, países con amplias desigualdades socioeconómicas, territorios y poblaciones heterogéneas, ignorar estas variables en la implementación del despliegue de vacuna se traduce en un acceso desigual a la vacuna, creando poblaciones y territorios con altas coberturas y otros con muy bajas.



1.1. EL SALVADOR

Durante la primera etapa de la emergencia por COVID-19, El Salvador implementó una serie de medidas para reducir la transmisión de la enfermedad, como la restricción de movilidad de la población, ampliación de la oferta hospitalaria, y el apoyo económico a empresas y hogares.

Desde marzo de 2020, se introdujo uno de los bloqueos más estrictos del mundo [2], una cuarentena domiciliar de 85 días a partir del 21 de marzo de 2020. Posteriormente, se transitó a una cuarentena voluntaria, para iniciar la reactivación económica de manera gradual desde mediados de junio de 2020. Sin embargo, ante la falta de un acuerdo entre los Órganos Ejecutivo y Legislativo, el 24 de agosto de 2020, distintas actividades económicas regresaron de manera regular, sin una ley que las regulara, dejando la limitación de movilidad en manos de la ciudadanía [3].

El 24 de noviembre de 2020, el presidente de la República anunció que se había llegado a un acuerdo con la farmacéutica AstraZeneca para adquirir dos millones de dosis de la vacuna COVID-19; y el miércoles 30 de diciembre de 2020, la Dirección Nacional de Medicamentos informaba, a través de un comunicado, la aprobación, la importación, distribución y uso de la vacuna contra la COVID-19 de la firma AstraZeneca en El Salvador, bajo licencia especial por emergencia.

Para el otorgamiento de licencia especial por emergencia se aplicaron las disposiciones contenidas en la Ley de Medicamentos y el Reglamento Técnico Centroamericano de Medicamentos de Uso Humano, y las recomendaciones emitidas por la OPS/OMS.

Otras licencias especiales otorgadas fueron para las vacunas de BioNTech, Pfizer, Sinovac, Sputnik, Moderna, Sinopharm y Johnson & Johnson, además de participar del Mecanismo COVAX.

Para la administración de la vacunación COVID-19 en El Salvador, el Ministerio de Salud (MINSAL) publicó los Lineamientos Técnicos para la Vacunación contra el SARS-CoV-2 [4], a fin de establecer las disposiciones técnicas al personal de salud del Sistema Nacional Integrado de Salud

en los procesos de conservación, el transporte y aplicación de la vacuna a la población objetivo.

El proceso de vacunación se realizaría en tres fases: la primera para inmunizar al personal de primera línea; la segunda, dirigida a personas mayores de 60 años y a personas de cualquier edad con enfermedades crónicas y degenerativas consideradas de alto riesgo; y finalmente, la tercera dirigida a las personas de 18 años y más (eventualmente personas entre 12 y 18 años, y de seis años en adelante).

Sin embargo, no se identifican estrategias diferenciadas para alcanzar a otras poblaciones en situación de vulnerabilidad, quienes requerían de mecanismos de acercamiento e inclusión que no figuraron en la respuesta de país, particularmente para las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad, como mujeres rurales, las niñas y adolescentes, las mujeres migrantes y desplazadas, las mujeres con discapacidad, embarazos y lactantes, privadas de libertad, mujeres con VIH y mujeres con orientación sexual e identidad de género diversas [5].

1.2. HONDURAS

En Honduras, el 10 de febrero de 2020, el Poder Ejecutivo declaró Estado de Emergencia Sanitaria en todo el territorio nacional, a través del Decreto Ejecutivo PCM-005-2022, con el propósito de fortalecer las acciones de prevención y control, y garantizar la atención a las personas que estaban padeciendo de dengue; asimismo, fortalecer las acciones de vigilancia, prevención, control y garantizar la atención a las personas ante la probable ocurrencia de infección por el nuevo virus del COVID-19.

El 11 de marzo de 2020, la Secretaría de Salud (SESAL) informó que, por medio del Laboratorio Nacional de Virología y mediante exámenes de laboratorio, habían sido confirmados los primeros dos casos de COVID-19 en Honduras. Seguimiento de ello, y como medida de prevención, el Gobierno de la República en Consejo de Ministros y, a través de comunicado oficial, aprobó medidas de prevención contra la COVID-19, entre ellas: la suspensión de las

labores en centros educativos gubernamentales y no gubernamentales durante 14 días calendario (hecho que se extendió por aproximadamente 2 años); cancelar todos los eventos y espectáculos públicos gubernamentales y no gubernamentales durante 14 días; prohibir el ingreso de personas procedentes de Europa, China, Irán y Corea del Sur vía aérea, marítima y terrestre; y realizar operativos a nivel nacional en farmacias y supermercados que vendían productos necesarios para la prevención del COVID-19, con el fin de evitar el aumento de los precios en estos productos.

Posteriormente, el 16 de marzo, a través del Decreto Ejecutivo PCM-021-2020, se adicionó la prohibición de más actividades como las labores en el sector público y privado durante el tiempo de la excepción; eventos de todo tipo y número de personas; transporte público; celebraciones religiosas; negocios, incluyendo los centros comerciales; y todas las fronteras.

Estas medidas fueron extendidas hasta el 12 de abril, limitando las salidas de las personas para abastecerse de alimentos y realizar gestiones personales a los lunes, miércoles y viernes en función con la terminación del Documento Nacional de Identificación. Las medidas se fueron modificando levemente durante los siguientes dos meses, cambiando las restricciones con el objetivo de disminuir la posibilidad de contagio y reducir el impacto económico que la pandemia tenía para las familias hondureñas.

Honduras gestionó una serie de acuerdos bilaterales que involucraron a actores internacionales como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE), Banco Mundial (BM), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el mecanismo COVAX, los cuales ofrecieron sus servicios de prestatarios para que Honduras pudiera adquirir dosis de vacuna contra la COVID-19 de AstraZeneca, Pfizer, Moderna y Sputnik-V.

Los Lineamientos técnicos y operativos de introducción de la vacuna contra la COVID-19 [6] de la Secretaría de Salud de Honduras plantearon, en febrero de 2021, una estrategia de vacunación en 4 fases, priorizando por grupos de mayor riesgo

a los trabajadores de salud; adultos mayores de 60 años; población con comorbilidades; y, finalmente, a trabajadores esenciales. Esto para lograr el objetivo general establecido de contribuir al control de la pandemia a mediano plazo y los cuatro objetivos específicos de contribuir a la protección de la integridad del sistema de salud público y no público; contribuir en la reducción de la mortalidad y morbilidad severa asociada a la COVID-19; asegurar la continuidad de los servicios básicos para la población del país; y reducir la transmisión de la infección comunitaria.

Lamentablemente, tampoco se identifican estrategias específicas para asegurar un acceso equitativo a la vacuna en poblaciones vulnerables, como lo pueden ser, particularmente, poblaciones indígenas del país y migrantes [7].

1.3. GUATEMALA

En Guatemala, la adopción de medidas de contención inició el 31 de enero 2020, un día después de la Declaración de Alerta Sanitaria Internacional, cuando el gobierno prohibió la entrada de viajeros procedentes de la República Popular de China. Tres semanas después se habían implementado los controles sanitarios en los puntos de entrada aéreos, marítimos y terrestres, para viajeros internacionales.

El 5 de marzo de 2020 se declaró el Primer Estado de Calamidad a nivel nacional y se suspendieron los eventos públicos de más de 150 personas, que no hubieran sido previamente notificados al Ministerio de Salud. A partir de entonces, se identifican al menos 11 tipos de medidas de contención tomadas en 2020 y algunas continuadas durante 2021 y 2022, la mayoría adoptadas muy al inicio de la pandemia y ejecutadas por un máximo de seis meses, con algunas excepciones [8]: prohibición del ingreso de viajeros; limitación de aforo en eventos; cierre de fronteras; cierre de centros educativos; suspensión de deportaciones desde EEUU; toques de queda y confinamientos obligatorios; cierre de instituciones, comercios y empresas; suspensión de transporte público; limitación en la movilidad; ley seca; y restricciones adicionales adoptadas desde las autoridades municipales.

Las primeras entregas de dosis de vacunas al país ingresaron por donaciones de vacuna de parte de Israel y de la India, seguido por dosis adquiridas a través del mecanismo COVAX, el 10 de marzo de 2021. Guatemala ha dependido fuertemente de las donaciones de vacuna, llegando a representar el 45% del total de dosis adquiridas. Sumado a eso, el país solo registra una compra con Sputnik-V, por 8 millones de dosis, y algunas otras compras pequeñas facilitadas por el mecanismo COVAX [9].

El 15 de febrero de 2021, se publicó la primera versión del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 de Guatemala [10], como parte de la estrategia, se priorizó, en primera fase, a todos los trabajadores del sector salud, estudiantes de la salud y cuerpos de socorro; también se incluyó a personas internadas en hogares o instituciones de adultos mayores; seguido de las personas adultas mayores de 50 años y adultos de 18 a 49 años con alguna enfermedad; trabajadores de seguridad nacional, municipalidades y servicios esenciales, trabajadores del sector educación y sector justicia; y, finalmente, en la cuarta fase, a la población en general.

De nuevo, la priorización empleada en el plan de vacunación refiere, fundamentalmente, a factores de riesgo por edad, por nivel de exposición y por antecedente de enfermedad crónica preexistente, sin anticipar esfuerzos para acercar la vacunación a poblaciones que podrían tener mayor vulnerabilidad dada su condición rural, de pobreza o por la discriminación histórica que han vivido en cuanto al acceso a servicios de salud [11].

II. METODOLOGÍA

Este informe es de carácter descriptivo con cobertura regional, abarcando los países de Guatemala, El Salvador y Honduras. Su objetivo es sistematizar los principales hallazgos 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 .

En una primera parte, se realiza una síntesis de la evolución de la pandemia y su impacto en la población de cada país. Seguido por un análisis de la situación actual de la vacunación en cada país, con un especial enfoque en las brechas de desigualdad creadas en su cobertura.

Como referencia, se utilizan las metas de vacunación establecidas por la Organización Mundial de la Salud -OMS- [12] en su documento de Estrategia para lograr la Vacunación Mundial contra la COVID-19: “El mundo puede y debe alcanzar las metas de la OMS de vacunar con esquema completo al 40% de la población de todos los países para finales de 2021, y al 70% para mediados de 2022”.

Las principales fuentes de información incluyen decretos, informes y lineamientos de gobierno; información de sitios oficiales para obtener los datos relativos a la pandemia, de los cuales destacan los sitios oficiales sobre la situación COVID-19 en Guatemala: <https://tableros.mspas.gob.gt/covid/> y en El Salvador: <https://covid19.gob.sv/>. Además, se realizaron esfuerzos por reducir las brechas de acceso a la información en los diferentes países, complementando los datos a partir de fuentes secundarias como el portal sobre COVID-19 de Our World in Data: <https://ourworldindata.org/coronavirus> y otros organismos no gubernamentales.



2.1. EL SALVADOR

2.1.1. SITUACIÓN DE LA PANDEMIA POR COVID-19

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 [13]. 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 [3]; 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

FIGURA 1.

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



Fuente: FUNDAUNGO [14], elaboración a partir de datos obtenidos en las páginas oficiales del presidente (Nayib Bukele), ministro de Salud (Francisco Alabí) y publicaciones en la plataforma oficial del Gobierno de El Salvador, a partir del 25/03/2020.

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.

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)

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 [14], a partir de datos obtenidos en las páginas oficiales del presidente (Nayib Bukele), ministro de Salud (Francisco Alabí) y publicaciones en la plataforma oficial del Gobierno de El Salvador, a partir del 25/03/2020.

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.

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.

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 [15] estimaba cerca de 6,500 muertes en exceso en el país; y para 2023, el portal de Our World in Data [16] 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 [17], se estima un alto subregistro, tanto de casos como de fallecimientos por la enfermedad.

2.1.2. 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 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) [5] 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 [18].

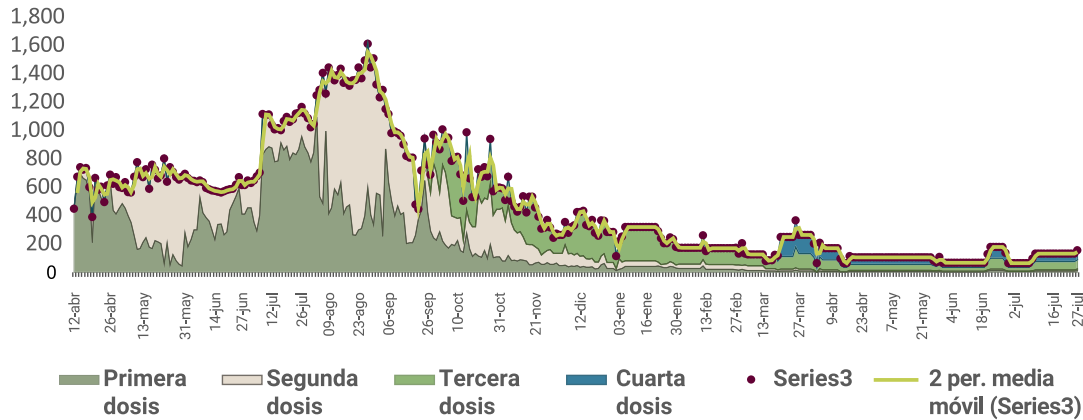
Según el estudio de caso “Barreras y acceso a vacunación COVID-19 para mujeres rurales en El Salvador”, el 93.44% del total de mujeres encuestadas afirmó que poseía el esquema completo de vacunación (dos dosis), el 81.97% expresó tener las tres dosis y ninguna tenía la cuarta dosis aplicada. Como principal 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.

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

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 [14], a partir de datos de vacunas de COVID-19 aplicadas por día. Datos obtenidos en las páginas oficiales del presidente (Nayib Bukele), ministro de Salud (Francisco Alabí) y publicaciones en la plataforma oficial del Gobierno de El Salvador: <https://covid19.gob.sv/>, a partir del 13/04/2021.

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”.

Paragarantizar 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.

2.2. HONDURAS

2.2.1. SITUACIÓN DE LA PANDEMIA POR COVID-19

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 [19] [20]. 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.

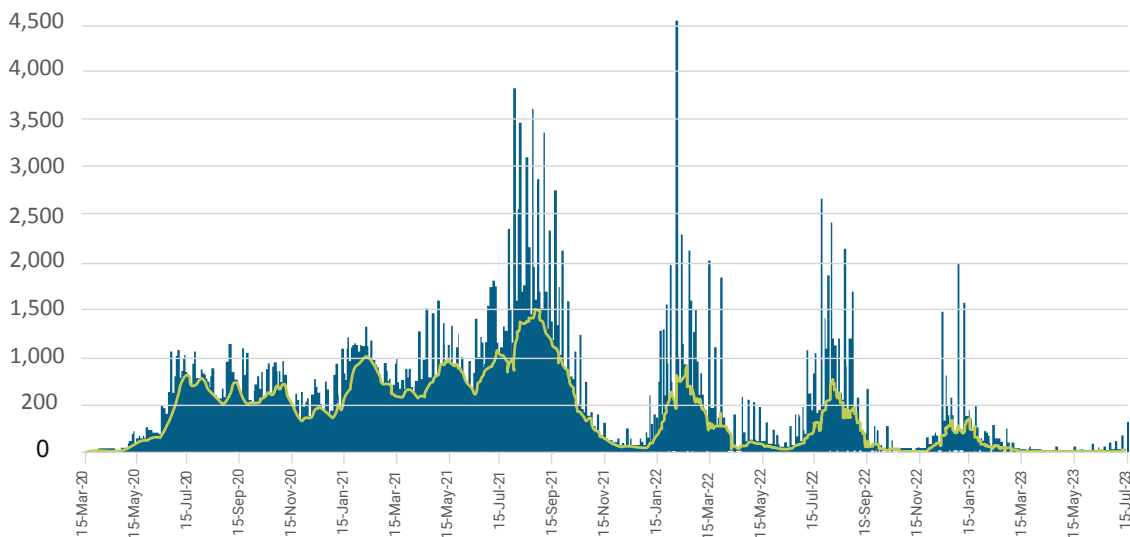
De acuerdo con estimaciones realizadas con la fuente de datos, el predominio de casos reportados corresponde a población en edades entre 20 y 59 años, representando el 75.3% de todos los casos

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.

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 [21] 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.

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: Laboratorio de Datos GT, 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: Laboratorio de Datos GT, con datos obtenidos de los boletines de la Secretaría de Salud de Honduras, Unidad de Vigilancia de la Salud.

2.2.2. 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.

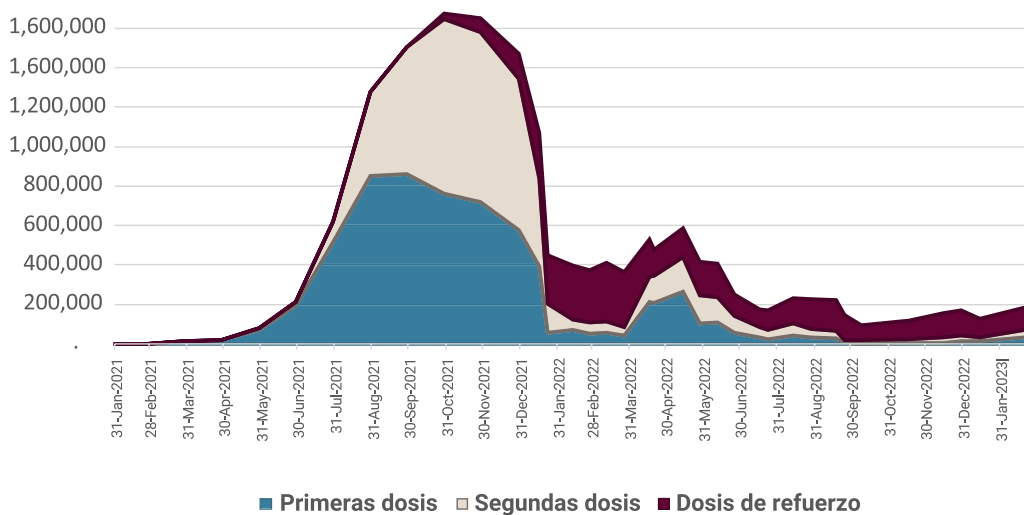
Similarmente, al caso de El Salvador, en Honduras los sitios oficiales sobre la vacunación COVID-19 no proporcionan información sobre las personas vacunadas desagregadas a nivel local, edad o género; de manera general, el acceso a la información sobre la vacunación es muy limitado. Sin embargo, se ha 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” [22] 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 Garífunas 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.

FIGURA 4.

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.

De acuerdo con el estudio, existen 4 principales barreras para el acceso a la vacuna entre la población indígena de Honduras. Las primeras, se relacionan a debilidades estructurales del sistema de salud del país y desarrollo general del departamento. De acuerdo al Índice de Desarrollo Municipal (IDM), que valora y relaciona las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el Índice de Desarrollo Humano (IDH), el grado de urbanización y energía, y la capacidad administrativa financiera de las alcaldías, el departamento de Gracias a Dios es uno de los dos departamentos, junto a Lempira, donde la totalidad de sus municipios se encuentran en categorías C y D, lo que representa que está “muy atrasado” en términos de infraestructura y gestión administrativa.

En tal sentido, el deficiente y disperso sistema de salud, sumado a la ruralidad (63% del total) y dispersión de la población en el departamento, se volvieron barreras de acceso, dificultando el acercamiento de la vacuna a las comunidades. La geografía de la zona, el deficiente sistema de transporte y la logística necesaria para la movilización de medicamentos y vacunas al departamento fue uno de los principales problemas para mantener la oferta de vacunas. Además, cuatro de los municipios del departamento de Gracias a Dios (Ahuas, Juan Francisco Bulnes, Villeda Morales y Wampusirpi) no están electrificados, lo que históricamente ha afectado ostensiblemente a la red de frío vinculada a

los procesos de vacunación del primer nivel de atención.

Además, la falta de una estrategia para atender a poblaciones rurales e indígenas se tradujo en barreras de acceso a la vacuna relacionadas al diseño del plan. Primero, las dificultades para el desplazamiento y transporte, ya que el plan daba por hecho que la población podría asistir a los centros de vacunación en lugar de implementar brigadas casa por casa para inocular a quienes no han tenido acceso a los centros de vacunación, principalmente en las aldeas y zonas rurales. 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.

“La mayoría de los habitantes obtenían la información por las redes sociales en español y, luego, estas se transmitían de manera oral, lo que provocó una serie de falsas noticias” (misquita licenciada en enfermería).

Desde el inicio de la pandemia, la población misquita relata cómo, al ver que las medidas y manejo hospitalario de los pacientes más críticos se oponía a sus costumbres, se refugiaron en la medicina tradicional, un proceso que afectó también a la desconfianza cuando llegó el proceso de vacunación.

2.3. GUATEMALA

2.3.1. SITUACIÓN DE LA PANDEMIA POR COVID-19

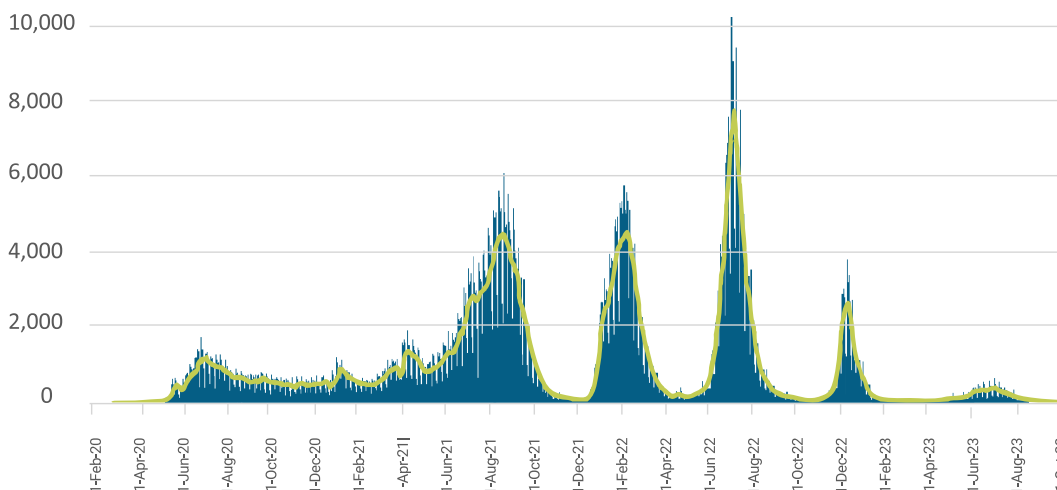
El primer caso confirmado COVID-19 en Guatemala se reportó el 13 de marzo de 2020, siendo un paciente proveniente de Italia. Desde entonces, en Guatemala se han confirmado 1,278,134 casos y 20,264 personas fallecidas, a través de 7,743,198 pruebas diagnósticas [23]. La fecha de actualización de estos 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:

- 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.

FIGURA 5.

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.

- 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 [24], 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.

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.

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 [16] 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

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.

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.

multiplicidad de factores [17], se estima en este caso un alto subregistro, tanto de casos como de fallecimientos por la enfermedad.

2.3.2. BRECHAS DE VACUNACIÓN EN GUATEMALA

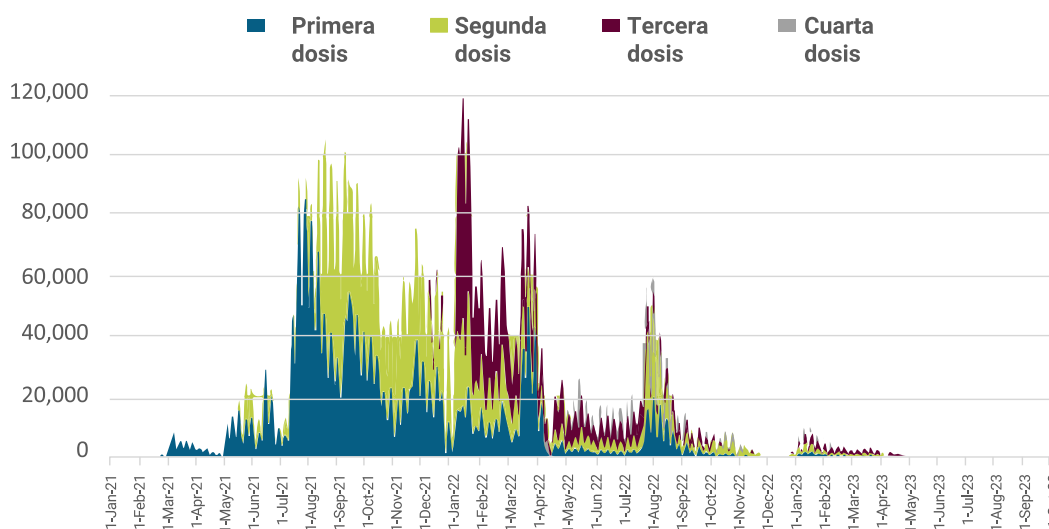
A octubre de 2023, el portal sobre la situación COVID-19 en Guatemala registraba 8,937,834 primeras dosis administradas; 7,139,656 segundas dosis; 3,723,624 terceras dosis; y 590,661 cuartas dosis administradas. Esto corresponde a coberturas vacunales de 50.8%, 40.5%, 21.2% y 3.4%, respectivamente.

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 | 1197 | 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.

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.

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 [9], 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 [25].

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.

Guatemala, Honduras y El Salvador, en conjunto, debían vacunar a 23.58 millones de personas para mediados de 2022, a fin de cumplir con las metas establecidas de la OMS. A un año de esa fecha, la cobertura de vacunación con esquema de dos dosis es de apenas 51.21%, entre los tres países,

siendo El Salvador el más cercano a cumplir la meta y Guatemala el más alejado.

La tabla 9 presenta los principales indicadores de COVID-19 para los países de Guatemala, El Salvador y Honduras.

TABLA 8.

Indicadores COVID-19 para la región.

| PAÍS | POBLACIÓN | VACUNADOS CON 2 DOSIS | COBERTURA 2 DOSIS | CASOS CONFIRMADOS | CASOS FALLECIDOS |
|--------------|-------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| Guatemala | 17,602,431 | 7,130,317 | 40.5% | 1,245,085 | 20,193 |
| El Salvador | 6,338,881 | 4,316,275 | 68.1% | 201,785 | 4,230 |
| Honduras | 9,745,149 | 5,785,566 | 59.4% | 474,586 | 11,127 |
| Total | 33,686,461 | 17,232,158 | 51.2% | 1,921,456 | 35,550 |

Fuente: Laboratorio de Datos GT, con datos obtenidos de MSPAS, SESAL y MINSAL.

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. CONCLUSIONES

A continuación, se presentan las barreras de acceso a la salud recurrentes que se relacionan a las brechas de vacunación contra la COVID-19 en estos tres países de Centroamérica.

Principales barreras de acceso a la salud

1. Condiciones preexistentes de un sistema de salud debilitado, principalmente en Honduras y Guatemala.

- a) Debilidades para asegurar la cadena de frío, por ejemplo, por falta de electrificación.
- b) Dificultades en el transporte de insumos médicos hacia áreas rurales como consecuencia de la geografía de la región y de una red vial inadecuada.
- c) Falta de fortalecimiento al recurso humano para realizar la vacunación masiva a través de otras estrategias, en el plazo establecido.

Principales barreras relacionadas al diseño del plan de vacunación.

1. Lógica de priorización por riesgo individual, sin considerar la vulnerabilidad socioeconómica de la población como criterio.

- a) Estrategia de intervención basada en la categorización territorial y priorización por riesgo individual, con lo cual, las poblaciones vulnerables quedan en las últimas categorías y prioridades.
- b) Falta de estrategias multimodales pese a la condición de exclusión y vulnerabilidad social en la que se encuentran.

2. Acceso a la tecnología.

- a) Brechas en habilidades tecnológicas en segmentos vulnerables de la población.
- b) Acceso desigual al servicio de internet, ya que parte de la población no puede costearlo

debido a su bajo nivel de ingreso económico.
c) Sistema de registro moderno se convierte en barrera al ser virtual, por el idioma y dificultad de uso.

3. Movilidad y transporte.

- a) Diseñó un modelo homogéneo de vacunación para todo el país, que no se corresponde con la realidad heterogénea.
- b) Acceso limitado a transporte público, por tanto, para trasladarse hacia los centros de vacunación, la población debe caminar largas distancias o costear algún medio de transporte.

4. Información.

- a) Información y educación para la vacunación llegó tarde y a cuentagotas. Mientras que la desinformación llegó muy rápido.
- b) La atención sanitaria y preventiva contra la COVID-19 no incorporó, ni consideró, ni respetó los cuidados preventivos, prácticas curativas y medicina tradicional que los grupos indígenas poseían.

5. Roles de género.

- a) Las mujeres enfrentan invisibilización y desvalorización de su propia vida, la cual está subordinada al bien común, es decir, a las familias, en el sentido que ellas tienen que sacrificar su bienestar físico y mental frente a las necesidades y demandas de cuidado de sus seres queridos, hasta el punto de aceptar la desprotección y las faltas de cuidado hacia ellas, aun cuando son las cuidadoras permanentes en su hogar.

6. Debilidades institucionales.

El Gobierno de Guatemala, específicamente, presentó debilidades institucionales para negociar y gestionar la adquisición de vacunas de manera oportuna, que pudiera asegurar un flujo de vacunas constante; y para la utilización de la Ley de Compras y Contrataciones del Estado, a fin de utilizar de manera eficiente los recursos disponibles para atender la emergencia de manera eficaz.

3.2. RECOMENDACIONES

Con el fin de atender estas debilidades, se identificaron en los tres países, las siguientes recomendaciones:

1. Fortalecer la gobernanza local en materia de salud. En el marco del Convenio 169, los planes de desarrollo municipal de los municipios tendrían que ser objeto de consulta y deberían adecuarse a los planes territoriales de los pueblos indígenas.

2. Disminuir la brecha digital con enfoque de género en poblaciones vulnerables y territorios con poblaciones indígenas y rurales.

3. Readecuar y fortalecer la red asistencial del primer nivel de atención sanitaria, acortando las distancias en tiempos de acceso, en términos de capacidad resolutive, así como en los servicios de apoyo y terapéutico, respetando lo concerniente a nivel internacional para los pueblos indígenas, como establece el Convenio 169 de la OIT.

4. Aumentar la inversión del Sistema de Salud Pública y fortalecer las capacidades técnicas y el recurso humano para garantizar el acceso a la salud de la población de manera equitativa.

5. Para la atención de emergencias, mejorar la gestión de la información y del conocimiento en los temas de salud de los pueblos indígenas con pertinencia cultural, para fortalecer las capacidades para la toma de decisiones basadas en evidencias.

6. Incorporar en los planes de emergencia objetivos específicos que reconozcan y refuercen las iniciativas de los pueblos indígenas, considerando las necesidades, carencias, capacidades, saberes y condiciones específicas y preexistentes en sus territorios.



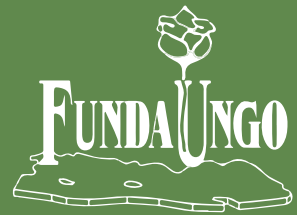
IV. BIBLIOGRAFÍA

- [1] 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>.
- [2] 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>.
- [3] 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>.
- [4] 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/lineamientostecnicosparalavacunacioncontraelSARS-CoV-2_V5-Acuerdo-1885.pdf?1663708510.
- [5] 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>.
- [6] 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%20Tecnicos%20y%20Operativos%20de%20introduccion%20de%20la%20vacuna%20contra%20la%20COVID-19.pdf>.
- [7] 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>.
- [8] 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>.
- [9] 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. Con el apoyo de 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>.
- [10] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (2023). 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>.
- [11] 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>.

- [12] 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>.
- [13] Ministerio de Salud de El Salvador. (2022). Portal sobre la situación nacional COVID-19. <https://covid19.gob.sv/>.
- [14] Fundación Dr. Guillermo Manuel Ungo. (2022). Boletín Estadístico del COVID-19 en El Salvador No. 39. <https://drive.google.com/file/d/1gKOkbVaF9BbtID7CqIsIZ6sukeauqerH/view>.
- [15] 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>.
- [16] Our World in Data. (2023). Coronavirus Pandemic (COVID-19). <https://ourworldindata.org/coronavirus>.
- [17] 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>.
- [18] La Colectiva Feminista para el Desarrollo Local. (2020). La Colectiva Feminista para el Desarrollo Local. <https://colectivafeminista.org.sv/wp-content/uploads/2020/12/Estudio-COVID-19.pdf>.
- [19] Secretaría de Salud de Honduras, Unidad de Vigilancia de la Salud. (2023). Situación COVID-19, 28 de agosto del 2023. <http://www.bvs.hn/COVID-19/BOLETIN%20UVS%20COVID-19%2030-08-2023.pdf>.
- [20] Secretaría de Salud de Honduras, Unidad de Vigilancia de la Salud. (2022). Situación COVID-19 del 28 de diciembre del 2022. <http://www.bvs.hn/COVID-19/BOLETIN%20UVS%20COVID-19%2028-12-2022.pdf>.
- [21] 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).
- [22] 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 del Programa Centroamérica. <https://www.elfuturodelaspandemias.org/estudios-de-caso-latinoamerica>.
- [23] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (2023). Tablero Situación de COVID-19 en Guatemala. <https://tableros.mspas.gob.gt/covid/>.
- [24] K. Slowing, O. Chavez, E. Maldonado y A. L. Garcia. (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>.
- [25] Laboratorio de Datos GT. (2023). Tablero sobre la vacunación COVID-19 en Guatemala. <https://labdedatosgt.com/nuestro-trabajo/tableros/tablero-vacuna-covid-guatemala>.
- [26] Foro Social de Deuda Externa y Desarrollo de Honduras (FOSDEH) (2023). Estudio de caso: COVID-19 en la población migrante, departamento de Choluteca. Oxfam en Honduras del Programa Centroamérica. <https://vacunasparalagente.org/wp-content/uploads/sites/2/2023/03/Estudio-de-caso-2-COVID-19-Choluteca.pdf>



Oxfam en
CENTROAMÉRICA



Con el apoyo de



www.vacunasparalagente.org

