

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**Shock y política pública: determinantes político-
institucionales de la vacunación contra COVID-19 en
Centroamérica**

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios
de Posgrado en Gobierno y Políticas Públicas para optar al grado y título
de Doctorado Académico en Gobierno y Políticas Públicas

Valeria Morales Rivera

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica
2024

Dedicatoria y agradecimientos

Esta tesis está dedicada a Allitan, que estuvo a mi lado en cada paso dado. Gracias por compartir anhelos, por el amor, la comprensión y la dedicación. Hiciste que muchos de mis sueños fueran una realidad en este viaje.

Agradezco a mi familia, mis imprescindibles. Nidia mi madre, Pablo mi hermano y Sofi mi hermana, siempre han sido mi motor. A mi Canelito, por resistir, a Gali y Batacito, que completan nuestra manada.

Agradezco a mi comité asesor:

A la Dra. Juliana Martínez Franzoni, quien ha sido una directora rigurosa, metódica y comprometida. Gracias por compartir toda su experiencia, impulsarme a crecer, brindarme confianza y ser un lugar seguro.

Al Dr. Bert Hoffmann, por haberme hecho sentir bienvenida en otro país. Gracias por presentarme un tema retador, por abrirme espacios, enseñarme otros mundos y acompañarme en lo desconocido.

Al Dr. Alberto Cortés Ramos, por confirmarme que el camino académico debe de estar cargado de compromiso por un mundo más justo. Gracias por ser, estar y hacer.

Esta investigación fue posible gracias al apoyo institucional de las siguientes instancias:

La Universidad de Costa Rica, especialmente la Escuela de Estudios Generales (EEG), el Centro de Investigación y Estudios Políticos (CIEP) así como el Doctorado en Gobierno y Políticas Públicas (DOGOPO).

El German Institute for Global and Area Studies (GIGA), especialmente el Institute for Latin American Studies (ILAS), que me hizo sentir como en casa.

El German-Latin American Centre of Infection & Epidemiology Research & Training (GLACIER).

Quisiera destacar que este trabajo es producto de un convenio de cooperación entre el German Institute for Global and Area Studies y la Universidad de Costa Rica, para llevar a cabo actividades conjuntas de investigación y formación en el proyecto "GLACIER" financiado por el Servicio Alemán de Intercambio Académico (DAAD) con

fondos del Ministerio Federal de Relaciones Exteriores de Alemania (AA). Esta iniciativa representa una valiosa oportunidad para fortalecer los programas de posgrado de nuestra institución, tanto en el ámbito académico como en el financiero, potenciando así la calidad y el alcance de la formación avanzada que ofrece la Universidad de Costa Rica.

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento por las significativas contribuciones realizadas a esta investigación a: Gabrielle Herrera Arias, Jimena Fonseca Vargas, Gustavo Batista Carballo, Daniela Vega Cordero y Rocío Peinador Roldán cuyas valiosas aportaciones y dedicada colaboración fueron fundamentales para el desarrollo y culminación de este trabajo.

Manifiesto mi profunda gratitud hacia las organizaciones y personas de Centroamérica que, además de contribuir invaluablemente a esta investigación, dedican sus esfuerzos a la construcción de una región más justa y equitativa. Su labor trasciende el ámbito académico y se constituye en un pilar fundamental para la transformación social.

Hoja de aprobación

Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Posgrado en Gobierno y Políticas Públicas de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Doctorado Académico en Gobierno y Políticas Públicas

Dr. Orlando Hernández Cruz
Representante de la Decana
Sistema de Estudios de Posgrado

Dra. Juliana Martínez Franzoni
Directora de Tesis

Dr. Alberto Cortés Ramos
Asesor

Dr. Bert Hoffmann
Asesor

Dr. Sergio Salazar Araya
Director del Programa de Posgrado en Gobierno y Políticas Públicas

Valeria Morales Rivera
Sustentante

INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS.....	II
HOJA DE APROBACIÓN	IV
RESUMEN EN ESPAÑOL	IX
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO DE PROBLEMATIZACIÓN	3
Justificación	3
Estado de la Cuestión	5
Determinantes políticos e institucionales del proceso de vacunación por COVID-19 en Centro América	5
Determinantes políticos e institucionales de la política social	6
Democracia	6
Legados de la política	9
Capacidad estatal	10
Contexto internacional: actores e ideas.....	12
Política social y vacunación	15
Acceso a las vacunas	15
Aceptación de las vacunas	19
Vacunación en el Sur global.....	20
América Latina y el Caribe.....	25
Centroamérica.....	31
Objeto de Estudio	37
Preguntas de Investigación	37
CAPÍTULO DE MARCO TEÓRICO Y METODOLOGÍA	38
Marco Teórico	38
Regímenes Políticos	39
Liderazgos políticos.....	42
Legados y retroalimentación de política	45
Capacidad Estatal.....	48
Capacidad Fiscal:	49
Capacidad administrativa: Poder Infraestructural	50
Capacidad organizacional: dinámica intraburocrática	51
Arquitecturas de política pública	54
Objetivos	56
Objetivo general	56
Objetivos específicos	56
Marco Metodológico	57

Premisas epistemológicas.....	57
Constructivismo Posestructuralista	57
Estrategia	59
Enfoque metodológico mixto	59
Análisis comparativo y estudio de casos.....	60
Análisis cuantitativo de datos secundarios	64
El estudio de la vacunación en Centroamérica	65
Cobertura	66
Suficiencia	68
Sostenibilidad	69
Técnicas de recolección de datos	70
Datos sobre la vacunación en Centroamérica	73
Plan de garantía ética	74
 CAPÍTULO DE ANÁLISIS 1	 75
DESEMPEÑO DE LA POLÍTICA DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN LA REGIÓN CENTROAMERICANA	75
Contexto previo: ¿Habrà vacuna?	75
El estudio de la región centroamericana	80
Desempeño de las políticas de vacunación contra la COVID-19 en los países de la región centroamericana.....	82
Cobertura.....	82
El inicio de la vacunación como respuesta rápida en un contexto de shock	82
Cobertura de la política.....	84
Velocidad promedio de vacunación.....	87
Suficiencia.....	89
Cumplimiento de esquema completo de vacunación.....	90
Velocidad de cumplimiento del esquema completo de vacunación	93
Sostenibilidad	95
Resultados generales de los indicadores de desempeño de vacunación	98
¿Cómo entender el desempeño de las políticas de vacunación en Centroamérica?	99
Dimensión política: el efecto de los regímenes políticos y de los liderazgos en el desempeño de vacunación en Centroamérica	100
Regímenes Políticos	100
Liderazgos políticos.....	104
Dimensión sectorial: el efecto de los legados de la política, las capacidades estatales y las arquitecturas de la política en el desempeño de vacunación en Centroamérica.....	108
Legados de política	108
Capacidad estatal	111
Arquitecturas de política pública	115
 CAPÍTULO DE ANÁLISIS 2	 119
NICARAGUA Y EL SALVADOR.....	119
El Salvador: Auge precoz y declive acelerado	119
Cimientos de la inmunización temprana en El Salvador.....	119
Medidas extraordinarias	119

Estrategia de vacunación temprana pero inconstante	130
Adquisición de la vacuna.....	130
Administración de la vacuna: universal, gratuita y voluntaria	139
¿Cómo explicar el desempeño de vacunación en El Salvador?	151
Nicaragua: Del rezago inicial a la aceleración progresiva	156
Rezago en el inicio de la vacunación en Nicaragua	157
Una estrategia singular	158
Estrategia de vacunación tardía pero sostenida.....	166
Adquisición de la vacuna.....	166
Administración de la vacuna: vacunación voluntaria y gratuita	175
¿Cómo explicar el desempeño de vacunación en Nicaragua?.....	180
¿Hubo diferencias entre ambos casos?	184
CAPÍTULO DE ANÁLISIS 3	187
COSTA RICA Y PANAMÁ	187
Costa Rica: legados robustos, democracia liberal y escasez de vacunas	187
Despliegue institucional y política adaptativa	187
El martillo y el baile.....	187
Programa de vacunación: entre los desafíos del abastecimiento y la solidez estratégica	199
Adquisición de la vacuna.....	199
Administración de la vacuna.....	209
Diseño del plan de vacunación.....	209
Implementación del plan de vacunación: segura y controlada.....	215
¿Cómo explicar el desempeño de vacunación en Costa Rica?	231
Panamá: legados robustos, democracia electoral y escasez de vacunas	234
Despliegue institucional, control sanitario y resistencia	235
Plan protégete Panamá	235
Programa de vacunación: entre los desafíos de abastecimiento, la solidez estratégica y la desconfianza	255
Adquisición de la vacuna.....	255
Administración de la vacuna.....	265
Diseño del plan de vacunación: Operación PanavaC-19	265
¿Cómo explicar el desempeño de vacunación en Panamá?.....	294
¿Hubo diferencias entre ambos casos?	297
CAPÍTULO DE ANÁLISIS 4	299
GUATEMALA Y HONDURAS.....	299
Guatemala: la marginación de la política de vacunación en la agenda gubernamental	299
Fragilidad institucional y corrupción como antecedentes de la política de vacunación	299
Medidas de contención y reducción de la movilidad	306
Prohibición progresiva de ingreso de viajeros	307
Limitación de aforo en eventos masivos, con requisito de autorización previa de parte de MSPAS	307
Cierre de fronteras territoriales	307
Cierre de escuelas, universidades y suspensión total de actividades públicas	308

Suspensión muy temporal de las deportaciones desde USA	308
Toques de queda con cambio de horario y confinamientos obligatorios	309
Cierres mandatorios en instituciones públicas, establecimientos comerciales y empresas no esenciales	311
Suspensión del transporte público sin que los trabajadores pudieran “quedarse en casa”	312
Suspensión de movilidad en el territorio a lo interno de los municipios, entre municipios y entre departamentos	312
Ley seca	313
Restricciones adicionales a la movilidad adoptadas desde las autoridades municipales	314
Medidas epidemiológicas	314
Plan y emisión de lineamientos de vigilancia epidemiológica	315
Equipo de Protección Personal -EPP- para la protección del personal de salud	315
Mascarillas obligatorias	316
Testeo para la COVID-19	316
Sistema de registro e información: los tableros de casos COVID-19	317
Semáforo COVID-19/Tablero de Alerta Sanitaria	319
Centros de “Bienestar Respiratorio” en la Ciudad de Guatemala	320
Manejo comunitario de la COVID-19: cuarentenas y control de brotes en las áreas rurales	321
Política de vacunación sin estrategia para la adquisición y la administración	326
Adquisición de la vacuna	326
Administración de la vacuna	338
Diseño del plan de vacunación	338
Implementación del plan de vacunación: Yo me vacuno	349
¿Cómo explicar el desempeño de vacunación en Guatemala?	365
Honduras: una política de vacunación en medio de elecciones nacionales	370
Fragilidad institucional y corrupción como antecedentes de la política de vacunación	370
Medidas de contención y reducción de la movilidad	375
Cierre de escuelas, universidades y suspensión total de actividades públicas	375
Alerta roja	375
Suspensión de movilidad en el territorio a lo interno de los departamentos y entre estos	376
Toques de queda con cambio de horario y confinamientos obligatorios	378
Cierres mandatorios en instituciones públicas, establecimientos comerciales y empresas no esenciales	379
Suspensión del transporte público	380
Cierre de fronteras territoriales	380
Medidas epidemiológicas	381
Testeo para la COVID-19	381
Mascarillas obligatorias	382
Elecciones nacionales como incentivo de la política de vacunación	389
Adquisición de la vacuna	389
Administración de la vacuna	404
Diseño del plan de vacunación	404
Implementación del plan de vacunación	413
¿Cómo explicar el desempeño de vacunación en Honduras?	437
¿Hubo diferencias entre ambos casos?	440
SÍNTESIS Y CONCLUSIONES	442
REFERENCIAS	451

Resumen en español

La pandemia de COVID-19 en tanto escenario de shock brindó la posibilidad de estudiar el desempeño de un mismo instrumento de política implementado simultáneamente en escenarios nacionales diversos. Partiendo de la pregunta: ¿Cómo la institucionalidad y la gestión política frente a la vacunación contra el COVID-19 explican la variabilidad de desempeños en la región centroamericana a lo largo de 2021? Este estudio se propuso primero caracterizar el desempeño obtenido y segundo dar cuenta de este.

Para la operacionalización del desempeño de vacunación, se consideraron aspectos abordados por la literatura existente. Se integraron tres dimensiones fundamentales de lo ocurrido en términos de la vacunación: su cobertura, su suficiencia y su sostenibilidad. Cada dimensión se operacionalizó mediante indicadores específicos vinculados a las diferentes etapas del proceso de inmunización (primera, segunda y tercera dosis), combinando métricas propias de la política pública —como la cobertura poblacional— con indicadores epidemiológicos —como la velocidad de vacunación. Este marco analítico integral permite capturar la complejidad del proceso de inmunización en un contexto de crisis sanitaria, particularmente relevante para una región que enfrentó la pandemia bajo condiciones estructurales adversas.

El análisis regional se complementa con un rastreo de procesos en el marco de la una comparación apareada, se establecieron 3 parejas de casos: Costa Rica-Panamá, El Salvador-Nicaragua y Honduras-Guatemala. Esto permitió una comprensión más profunda del desempeño de vacunación contra la Covid-19 al examinar convergencias y divergencias entre casos nacionales comparables.

La investigación empírica mostró que el desempeño de la política de vacunación contra la COVID-19 en Centroamérica fue heterogéneo y se manifestó en tres niveles distintivos: alto (Costa Rica y Panamá), intermedio (El Salvador y Nicaragua) y bajo (Honduras y Guatemala). Lejos de simplemente reproducir niveles de desempeño esperado de acuerdo con factores prepandemia, este reflejó factores políticos e institucionales que este estudio se propuso desentrañar.

El marco teórico desarrollado en esta investigación genera nuevas perspectivas analíticas para el campo de estudio de la política social. Se fundamenta en teorías establecidas para el desarrollo de políticas sociales en “tiempos normales”. Estas teorías reconocen el peso de factores sectoriales como los legados de las políticas, la capacidad

estatal, y las arquitecturas de política pública, así como el de factores macro políticos como los regímenes y liderazgos políticos. Este estudio los combinó para dar cuenta de la respuesta a un shock.

El trabajo se estructura en cuatro secciones principales. En primer lugar, se desarrolla un capítulo de problematización que establece la justificación, los antecedentes y el objeto. El segundo capítulo articula el marco teórico-conceptual y presenta el diseño metodológico que guía la investigación. La tercera sección comprende un análisis comparativo a escala regional que examina las dinámicas y patrones identificados. Finalmente, se dedican tres capítulos al análisis detallado de los resultados obtenidos mediante la comparación por pares de países.

Abstract

The COVID-19 pandemic, as a shock scenario, provided an opportunity to study the performance of the same policy instrument implemented simultaneously across diverse national contexts. This research addresses the question: How do institutions and political management of COVID-19 vaccination explain the variable performance across Central American countries throughout 2021? The study aimed to first characterize and then account for this performance variation.

To operationalize vaccination performance, the study considered aspects addressed in existing literature, integrating three fundamental dimensions: coverage, sufficiency, and sustainability. Each dimension was operationalized through specific indicators linked to different immunization stages (first, second, and third doses), combining public policy metrics—such as population coverage—with epidemiological indicators—such as vaccination speed. This comprehensive analytical framework captures the complexity of the immunization process during a health crisis, particularly relevant for a region that faced the pandemic under adverse structural conditions.

The regional analysis is complemented by process tracing within a paired comparison framework, establishing three country pairs: Costa Rica-Panama, El Salvador-Nicaragua, and Honduras-Guatemala. This allowed for a deeper understanding of COVID-19 vaccination performance by examining convergences and divergences between comparable national cases.

Empirical research revealed heterogeneous vaccination policy performance across Central America, manifesting in three distinct levels: high (Costa Rica and Panama), intermediate (El Salvador and Nicaragua), and low (Honduras and Guatemala). Rather than simply reproducing expected performance levels based on pre-pandemic factors, this pattern reflected political and institutional factors that this study sought to unravel.

The theoretical framework developed in this research generates new analytical perspectives for the field of social policy studies. It builds upon established theories for social policy development in "normal times." These theories recognize the weight of sectoral factors such as policy legacies, state capacity, and public policy architectures, as well as macro-political factors like political regimes and leadership. This study combined these elements to explain the response to a shock.

The work is structured in four main sections: a problematization chapter establishing justification, background, and research object; a theoretical-conceptual

framework chapter presenting the methodological design; a comparative regional analysis examining identified dynamics and patterns; and three chapters dedicated to detailed analysis of results obtained through country-pair comparisons.

INDICE DE TABLAS

TABLA 1	51
Interdependencias burocráticas.....	51
TABLA 2	65
Desempeño de vacunación Centroamérica	65
TABLA 3	71
Revisión de prensa, según casos, 2020-2021	71
TABLA 4	73
Fuentes de Our World in Data para Centroamérica	73
TABLA 5	82
Período de inicio de vacunación, según días transcurridos desde la disposición de la vacuna a nivel mundial hasta el inicio de aplicación de la primera dosis.....	82
TABLA 6	86
Cobertura de la política de vacunación, según proporción de personas vacunadas a lo largo de T1.....	86
TABLA 7	87
Velocidad de vacunación en CA a lo largo de T1.....	87
TABLA 8	89
Número de países en los que se han administrado las vacunas de cada fabricante	89
TABLA 9	92
Porcentaje de población vacunada con el protocolo completo, Centroamérica, 2020-2022.....	92
TABLA 10.....	93
Velocidad de vacunación en CA a lo largo de T2.....	93
LOS RESULTADOS DE LA	94
TABLA 11.....	97
Porcentaje de población vacunada con al menos una dosis de refuerzo, Centroamérica, 2020-2023...	97

TABLA 12.....	98
Desempeño general de la política de vacunación contra la COVID-19 en Centroamérica	98
TABLA 13.....	99
Clasificación de los países de la región centroamericana de acuerdo con la calificación en el desempeño de la política de vacunación contra la COVID-19.....	99
TABLA 14.....	101
Tipo de régimen político y desempeño de la política de vacunación	101
TABLA 15.....	104
Liderazgo político y desempeño de política social.....	104
TABLA 16.....	109
Cobertura de vacunación previa a la Covid-19 y desempeño de la política	109
TABLA 17.....	112
Indicadores de capacidad administrativa en Centroamérica	112
TABLA 18.....	112
Capacidad administrativa de 6 países de Centroamérica	112
TABLA 19.....	115
Arquitecturas de la política de vacunación contra la COVID-19.....	115
TABLA 20.....	131
Lineamientos técnicos para la vacunación contra el Sars-CoV-2	131
TABLA 21.....	133
Vacunas adquiridas por el Salvador, 2021-2022	133
TABLA 22.....	136
Características de las vacunas adquiridas por El Salvador a lo largo del 2021	136
TABLA 23.....	167
Proyecto de Vacunas Covid-19 del Gobierno de Nicaragua	167

TABLA 24.....	168
Proyecto de Vacunas Covid-19 del Gobierno de Nicaragua	168
TABLA 25.....	169
Vacunas adquiridas por Nicaragua, 2021	169
TABLA 26.....	172
Características de las vacunas adquiridas por Nicaragua a lo largo del 2021	172
TABLA 27.....	202
Vacunas adquiridas por Costa Rica, 2021-2022	202
TABLA 28.....	206
Características de las vacunas adquiridas por Costa Rica a lo largo del 2021 y 2022	206
TABLA 29.....	210
Vacunas contra Covid-19 aprobadas en Costa Rica, diciembre, 2020	210
TABLA 30.....	212
Grupos de riesgo para vacunar durante la Vacunación contra Covid-19.....	212
TABLA 31.....	258
Vacunas adquiridas por Panamá, 2021-2022	258
TABLA 32.....	261
Características de las vacunas adquiridas por Costa Rica a lo largo del 2021 y primer semestre de 2022	261
TABLA 33.....	263
Vacunas autorizadas para uso de emergencia por la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas de Panamá.....	263
TABLA 34.....	266
Fases del Plan Nacional de Vacunación contra la Covid-19, Panamá	266
TABLA 35.....	304
Categorización de medidas para la gestión de la pandemia en Guatemala	304

TABLA 36.....	309
Toques de queda y confinamientos obligatorios implementados en Guatemala	309
TABLA 37.....	332
Vacunas adquiridas por Guatemala, 2021-2022	332
TABLA 38.....	337
Características de las vacunas adquiridas por Guatemala a lo largo del 2021 y 2022	337
TABLA 39.....	342
Fases de vacunación y grupos priorizados para la vacuna de Covid-19 en Guatemala.....	342
TABLA 40.....	345
Indicadores de cobertura de vacunación contra la COVID-19, MSPAS, Guatemala, 2021	345
TABLA 41.....	394
Cantidad de vacunas que llegarán a Honduras, diciembre, 2020.....	394
TABLA 42.....	396
Vacunas adquiridas por Honduras, 2021-2023	396
TABLA 43.....	401
Características de las vacunas adquiridas por Honduras, 2021-2023.....	401
TABLA 44.....	405
Población priorizada para vacunar contra la COVID-19 según objetivos y justificación técnica, Honduras, 2021.....	405
TABLA 45.....	409
Fases de vacunación contra la COVID-19, Honduras, 2021	409
TABLA 46.....	410
Tácticas según el grupo de población a vacunar, Honduras, 2021	410

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1.....	77
Organismos codirectores y principales de los pilares del Acelerador ACT	77
FIGURA 2.....	79
Línea de tiempo de innovación en el desarrollo de vacunas desde 1880 hasta 2020	79
FIGURA 3.....	85
Cobertura de la política de vacunación, según proporción de personas vacunadas a lo largo de T1.....	85
FIGURA 4.....	88
Diferencia entre las curvas de vacunación de cada país durante el primer y el segundo semestre de T1	88
FIGURA 5.....	90
Objetivos de vacunación contra la COVID-19, 2020-2021.....	90
FIGURA 6.....	91
Porcentaje de población vacunada con el protocolo completo, Centroamérica, 2020-2022.....	91
FIGURA 7.....	96
Porcentaje de población vacunada con al menos una dosis de refuerzo	96
FIGURA 8.....	135
Total de vacunas adquiridas por mes, El Salvador, 2021	135
FIGURA 9.....	171
Total de vacunas recibidas por mes, Nicaragua, 2021	171
FIGURA 10.....	206
Total de vacunas adquiridas por mes, Costa Rica, 2020-2021.....	206
FIGURA 11.....	213
Estrategia de vacunación en cohortes de 3 semanas.....	213
FIGURA 12.....	261

Total de vacunas adquiridas por mes, Costa Rica, 2020-2021.....	261
FIGURA 13.....	268
FIGURA 14.....	268
Fases de la Fuerza de Tarea Conjunta (FTC) de la operación PanavaC-19	268
FIGURA 15.....	270
Recepción, Almacenamiento y Distribución, operación PanavaC-19	270
FIGURA 16.....	271
Regiones de operación PanavaC-19	271
FIGURA 17.....	273
Proceso logístico desarrollado por la AIG, Panamá.	273
FIGURA 18.....	335
Total de vacunas adquiridas por mes, Guatemala, 2021	335
FIGURA 19.....	336
Vencimiento de dosis de vacuna COVID-19 en Guatemala.....	336
FIGURA 20.....	347
Línea de tiempo estimada para la vacunación, MSPAS, 2021	347
FIGURA 21.....	400
Total de vacunas adquiridas por mes, Honduras, 2021	400

Lista de siglas y acrónimos

- ACT - Acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID-19
- AIG - Autoridad de Innovación Gubernamental (Panamá)
- APATEL - Asociación Panameña de Hoteles
- ARAP - Asociación de Restaurantes y Afines de Panamá
- ARSA - Agencia de Regulación Sanitaria (Honduras)
- BCIE - Banco Centroamericano de Integración Económica
- BID - Banco Interamericano de Desarrollo
- BM - Banco Mundial
- CA - Centroamérica
- CAIPIS - Centros de Atención Integral a la Primera Infancia
- CAPI - Comité Asesor en Prácticas de Inmunizaciones
- CCNI - Consejo Consultivo Nacional de Inmunizaciones (Honduras)
- CCSS - Caja Costarricense del Seguro Social
- CDC - Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos)
- CEACO - Centro Especializado de Atención de Pacientes con Covid-19
- CEPI - Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias
- CESAR - Mesa de Cooperantes en Salud y Reforma (Honduras)
- CICIG - Comisión Internacional contra la Impunidad en Guatemala
- CIEPS - Centro Internacional de Estudios Políticos y Sociales
- CIFCO - Centro Internacional de Ferias y Convenciones
- CNA - Consejo Nacional Anticorrupción (Honduras)
- CNAPI - Consejo Nacional Asesor de Prácticas en Inmunización (Guatemala)
- CNB - Centro Nacional de Biológicos (Honduras)
- CNE - Comisión Nacional de Emergencias (Costa Rica)
- CNVE - Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología
- COCYTC - Centro de Operaciones para el Control y la Trazabilidad Comunitaria
- CODEDE - Consejo Departamental de Desarrollo (Guatemala)
- COE - Centro de Operaciones de Emergencia Municipal (Guatemala)
- COHEP - Consejo Hondureño de la Empresa Privada
- COMUDE - Consejo Municipal de Desarrollo (Guatemala)

- CONACOVID - Comité Nacional de Coordinación para la Vacunación contra COVID-19 (Guatemala)
- CONAPI - Comisión Nacional de Prácticas de Inmunización (Guatemala)
- CONVacunas - Consejo Nacional de Vacunas
- COPECO - Comisión Permanente de Contingencias (Honduras)
- COPRECOVID - Comisión Presidencial de Atención a la Emergencia COVID-19 (Guatemala)
- CPI - Índice de Percepción de la Corrupción
- CSJ - Corte Suprema de Justicia
- CSS - Caja de Seguro Social (Panamá)
- COVID-19 - Enfermedad por Coronavirus 2019
- DRPIS - Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario
- DTP - Difteria, Tétanos y Pertussis (vacuna)
- ECOR - Equipo Coordinador de Red (Honduras)
- EDUS - Expediente Digital Único en Salud
- EIN - Equipo de Integración Nacional (Honduras)
- ENA - Empresa Nacional de Autopistas
- EPP - Equipo de Protección Personal
- ESAVI - Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunización
- FDA - Administración de Alimentos y Medicamentos (Estados Unidos)
- FIND - Fundación para la Obtención de Medios de Diagnóstico Innovadores
- FSLN - Frente Sandinista de Liberación Nacional
- FTC - Fuerza de Tarea Conjunta
- FUNIDES - Fundación Nicaragüense para el Desarrollo Económico y Social
- FUNDAUNGO - Fundación Dr. Guillermo Manuel Ungo
- FUSINA - Fuerza de Seguridad Interinstitucional Nacional (Honduras)
- GANA - Gran Alianza por la Unidad Nacional
- GAVI - Alianza Global para la Vacunación e Inmunización
- GGHE-D - Gasto Público en Salud del Gobierno General Doméstico
- ICGES - Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud
- ICEFI - Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales
- IH - Institucionalismo Histórico

- IHSS - Instituto Hondureño de Seguridad Social
- INDICASAT - Instituto de Investigaciones Científicas y Servicios de Alta Tecnología
- INE - Instituto Nacional de Estadística
- INJUPEMP - Instituto de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados y Funcionarios del Poder Ejecutivo (Honduras)
- INCP - Instituto Nacional Cardio Pulmonar (Honduras)
- INVEST-H - Inversiones Estratégicas de Honduras
- LA - América Latina
- LNS - Laboratorio Nacional de Salud (Guatemala)
- MEDUCA - Ministerio de Educación (Panamá)
- MHRA - Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos Sanitarios (Reino Unido)
- MINEDUC - Ministerio de Educación Pública de Guatemala
- MINSA - Ministerio de Salud (Nicaragua y Panamá)
- MINSAL - Ministerio de Salud (El Salvador)
- MMR - Sarampión, Paperas y Rubéola (vacuna)
- MOPT - Ministerio de Obras Públicas y Transportes
- MS - Ministerio de Salud
- MSPAS - Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Guatemala)
- NICO - Notificación Individual de Caso Obtenido
- OMS - Organización Mundial de la Salud
- ONG - Organización No Gubernamental
- OPS - Organización Panamericana de la Salud
- OWD - Our World in Data
- PAI - Programa Ampliado de Inmunizaciones
- PCM - Decreto Ejecutivo (Honduras)
- PDDH - Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos
- PDH - Procuraduría de los Derechos Humanos (Guatemala)
- PI - Poder Infraestructural
- PJ - Poder Judicial
- PNC - Policía Nacional Civil
- PNDV - Plan Nacional de Despliegue y Vacunación

- PNH - Partido Nacional de Honduras
- PNI - Programa Nacional de Inmunizaciones
- RAISA - Registro Asistido de Información en Salud
- RMDC - Región Metropolitana del Distrito Central (Honduras)
- ROSA - Respuesta Operativa de Salud Automática
- RSI - Reglamento Sanitario Internacional
- SANAA - Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (Honduras)
- SARS-CoV-2 - Síndrome Respiratorio Agudo Severo Coronavirus 2
- SEFIN - Secretaría de Finanzas (Honduras)
- SENADIS - Secretaría Nacional de Discapacidad
- SERTV - Sistema Estatal de Radio y Televisión
- SESAL - Secretaría de Salud (Honduras)
- SIAC - Sistema de Identificación, Agendas y Citas
- SIAS - Sistema Integral de Atención en Salud (Guatemala)
- SINAPROC - Sistema Nacional de Protección Civil
- SINAGER - Sistema Nacional de Gestión de Riesgos (Honduras)
- SNIS - Sistema Nacional Integrado de Salud
- UCA - Universidad Centroamericana José Simeón Cañas
- UCI - Unidad de Cuidados Intensivos
- UCIN - Unidad de Cuidados Intermedios
- UCRE - Unidad de Cuidados Respiratorios Especiales
- UHC - Cobertura Universal de Salud
- UNAH - Universidad Nacional Autónoma de Honduras
- UNICEF - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- UNITEC - Universidad Tecnológica Centroamericana (Honduras)
- UPNFM - Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán (Honduras)
- USD - Dólares Estadounidenses
- VAERS - Sistema para Reportar Eventos Adversos de Vacunas
- V-Dem - Varieties of Democracy (Instituto)
- WGI - Indicadores de Gobernanza Mundial

Introducción

La pandemia por COVID-19 constituyó una coyuntura crítica que no solo exacerbó las vulnerabilidades estructurales preexistentes en las sociedades, sino que también generó nuevos desafíos sin precedentes en materia sanitaria, económica y social. En este contexto, la vacunación emergió como una intervención fundamental de política pública, cuyo éxito dependió de múltiples factores.

La región centroamericana presenta un caso particularmente interesante para analizar estas dinámicas. Los datos de “Our World in Data” de diciembre de 2021 mostraban que el rango de población que había recibido al menos una dosis contra el COVID-19 oscilaba entre el 37% en Guatemala y el 78% Costa Rica. Para julio de 2021, El Salvador, un país con un grado de desarrollo de su política social históricamente débil, había vacunado con al menos una dosis al 45% de su población, 15 puntos porcentuales por encima de Panamá, un país con política social más robusta. También para julio, Guatemala, otro país con histórica debilidad estatal, había vacunado con una dosis al 10,22% de su población, casi 2 veces más que Nicaragua.

Esta variabilidad en los resultados sugiere que los resultados esperados para ciertos casos, considerando sus antecedentes en materia de política social, no explicarían mecánicamente el resultados que los países centroamericanos han tenido en el desempeño de la vacunación contra la Covid-19. En su lugar, es necesario dar cuenta de procesos políticos actuales que, aunque influidos por dinámicas transnacionales, muestran profundas variaciones nacionales. En el centro de estas variaciones está el quehacer estatal: son los Estados los que tuvieron en sus manos desde la negociación con proveedores hasta la administración de las vacunas.

La presente investigación se plantea la siguiente interrogante: ¿Cómo la institucionalidad y la gestión política frente a la vacunación contra el COVID-19 explican la variabilidad de desempeños en la región centroamericana a lo largo de 2021?

Metodológicamente, esta investigación adopta un enfoque mixto que combina el análisis cualitativo comparativo con técnicas cuantitativas. Se analiza el desempeño de la vacunación a través de tres dimensiones clave: cobertura, suficiencia y sostenibilidad, examinando cómo los factores políticos e institucionales -incluyendo regímenes políticos, liderazgos, legados de política, capacidades estatales y arquitecturas de política pública- influyeron en los resultados observados.

Este estudio contribuye al entendimiento sobre el desarrollo de la política social y la respuesta a crisis sanitarias en Centroamérica, una región en ocasiones invisibilizada por la literatura del sur global. Los hallazgos no solo aportan a la comprensión de las dinámicas específicas de la vacunación contra COVID-19, sino que también ofrecen aprendizajes significativos para el fortalecimiento de las capacidades de respuesta frente a futuros escenarios de crisis, identificando tanto los factores que potencian un desempeño eficiente como aquellos elementos que podrían constituir barreras en la implementación de respuestas efectivas.

Capítulo de problematización

Justificación

La pandemia ocasionada por el COVID-19 ha conllevado un enorme despliegue de medidas de política pública dirigidas a contener sus efectos sanitarios, económicos y políticos. Estas medidas tienen efectos sectoriales específicos - por ejemplo, en materia educativa, sanitaria, laboral – pero también son importantes para la redistribución de los recursos. Luego de la pandemia, los países centroamericanos podrían ser aún más desiguales que antes de la pandemia o pueden haber aprovechado el shock para fortalecer Estados capaces de reasignar recursos entre distintos grupos de la población.

La vacunación ha sido durante 2021 la única medida que, una vez producidas las vacunas, los Estados tienen en sus manos de manera básicamente monopólica y que tendrá a su vez importantes consecuencias redistributivas – progresivas o regresivas – en participación de la población en la vida social de la manera disponible más protegida posible. Durante lo que va de 2021, los procesos de vacunación contra COVID-19 han confrontado a los países con enormes retos, fortalezas y debilidades (para una perspectiva global véase Wouters et al. 2021); los países centroamericanos no son una excepción – incluyendo a Cuba, el único productor latinoamericano de vacunas (Hoffmann, 2021).

La ruta elegida por cada uno de los países de la región centroamericana para hacerle frente a este shock agudo y externo refleja una combinación de su trayectoria de política pública, de procesos políticos y de gestión de política pública actuales. La proporción de población vacunada con al menos una dosis es extremadamente variable entre países.

¿Qué representa vacunar en medio de una crisis sanitaria? Por un lado, hay que tener en cuenta que si bien la iniciativa COVAX se desplegó con el fin de ofrecer un mecanismo efectivo para realizar la compra de vacunas contra el Covid-19, así como de proveer de dosis a aquellos países con menor capacidad económica, en la práctica esto no funcionó y COVAX no ha conseguido las dosis necesarias para lograr el cumplimiento de sus metas en cuanto a distribución de dosis. Los países centroamericanos se vieron obligados a competir en condiciones desiguales por el acceso a las vacunas, en un mercado caracterizado por dos fenómenos principales: por un lado, el acaparamiento de dosis por parte de las naciones más desarrolladas y, por otro, la implementación de la denominada diplomacia de vacunas.

Los países establecieron rápidamente comisiones especializadas, fundamentadas en la experiencia de los programas de inmunización existentes, para evaluar y autorizar los diferentes tipos de vacunas. Sin embargo, no siempre fue posible adquirir las vacunas autorizadas, ya que el acceso a estas dependía de múltiples factores: la capacidad de concretar acuerdos con empresas farmacéuticas —las cuales no priorizaron a países con las condiciones características de Centroamérica—, las posibilidades de recibir donaciones y, además, la infraestructura disponible en cada nación. Este último factor fue particularmente relevante, dado que vacunas como las desarrolladas por Pfizer y Moderna requerían condiciones específicas de ultracongelación, capacidad que inicialmente ningún país de la región poseía. Si bien algunos países lograron desarrollar esta infraestructura durante la crisis, otros no pudieron hacerlo.

Además de los desafíos inherentes a la adquisición de vacunas, los países debieron afrontar los retos logísticos de su administración durante lo que se ha constituido como la campaña de inmunización más masiva de la historia moderna, ejecutada en un período excepcionalmente breve. Para contextualizar la magnitud de este desafío, cabe señalar que las acciones de inmunización contra la viruela, iniciadas a principios del siglo XVII, requirieron más de tres siglos hasta que la OMS declaró la enfermedad como erradicada, gracias a la consecución de una alta cobertura poblacional. En contraste, ante la pandemia por COVID-19, la OMS estableció una meta sin precedentes: lograr una cobertura del 70% de la población en cada país en tan solo 21 meses posteriores a la aprobación de la primera vacuna contra esta enfermedad.

Este ambicioso objetivo demandó una movilización sin precedentes de recursos materiales, humanos y de infraestructura especializada. Aunque los programas regionales de inmunización contaban con una vasta experiencia en esquemas de vacunación infantil, se enfrentaron al desafío inédito de implementar una inmunización masiva en población adulta. Esta nueva realidad exigió el desarrollo e implementación de estrategias innovadoras en un contexto particularmente adverso, donde los sistemas de salud ya se encontraban sometidos a una presión extraordinaria debido a la crisis sanitaria en curso.

La complejidad inherente a la implementación de esta política de vacunación masiva requirió, para la comprensión del desempeño alcanzado por cada país, un exhaustivo análisis empírico complementado con un marco teórico robusto que permitiera identificar y analizar los factores determinantes de sus resultados.

En esta investigación, interesa dar cuenta de las dinámicas políticas e institucionales que explican esta diversidad de desempeños. En algunos casos se

evidencia consistencia con la trayectoria institucional en materia social; en otros casos no.

La literatura en política social pone énfasis en el papel del régimen político – democrático o no –, la competencia electoral, el perfil de los partidos políticos en el Poder Ejecutivo en el marco de regímenes presidencialistas, solo para mencionar algunos de los factores relevantes (véase Arza et al, 2021 para una mirada comprensiva de estos factores en la literatura). El contar con escenarios nacionales diversos en términos de desempeño permite contar con un diseño de investigación adecuado para responder a preguntas relevantes respecto a cómo la gestión política e institucional desplegada para reaccionar frente al shock, podría eventualmente interrumpir legados y cambiar trayectorias de política pública.

Una mejor comprensión de esos procesos aportará en términos académicos, pero también en términos empíricos y de política pública. Interesa, en particular, la generación de conocimiento relevante para actores estatales y de sociedad civil que actualmente buscan que el mayor shock de los últimos cien años no conlleve retrocesos de décadas en las condiciones sociales de la región.

Estado de la Cuestión

Determinantes políticos e institucionales del proceso de vacunación por COVID-19 en Centro América

La pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2 ha sometido al mundo entero a una “coyuntura crítica”, dadas las implicaciones sanitarias, económicas, políticas y sociales del COVID-19. En este escenario, la prevención de enfermedades infecciosas a través de la vacunación se destaca como uno de los temas principales en la agenda global en general y de la intervención estatal en particular. La pandemia actual ha resaltado la importancia de los bienes públicos, así como los servicios sociales, para la vida de las personas y la resolución de emergencias. Así mismo, a esta “coyuntura crítica” forzó a los gobiernos a adoptar medidas para prevenir y confrontar la propagación del virus. Siendo los estados los encargados de direccionar recursos para vacunación, testeo, rastreo y tratamiento del COVID-19 ((Blofield et al., 2022), (Blofield et al., 2020a)

Sin embargo, el éxito de la vacuna y del proceso de vacunación, va más allá de disponer de la vacuna (Sallam et al., 2022). El resultado del proceso de vacunación frente al COVID-19, va más allá del “hallazgo” de la vacuna adecuada. Por esta razón, en este

capítulo, se dará cuenta de la pertinencia de incluir los determinantes políticos e institucionales de la política social, como un insumo para comprender por qué se construyen determinadas arquitecturas y se obtienen determinados resultados (Por qué pasa lo que pasa). Esto será complementado con el abordaje de la vacunación como una expresión de la política social, ubicando aquellos elementos que explican su desempeño.

En la región latinoamericana, con las diferencias propias de cada país, la vacunación es un procedimiento que se encuentra adscrito a los sistemas de salud y determinado por el desarrollo de la política social. Por lo tanto, para poder dar cuenta del desempeño de los países en materia de vacunación contra COVID-19, resulta fundamental tener como punto de partida, aquellos elementos que explican la génesis y expansión de la política social. Estos factores son multidimensionales y comprenden la presencia de democracia y de competencia electoral, las condiciones fiscales, los legados políticos, la capacidad estatal y el papel de los actores e ideas internacionales (Arza et al., 2022).

¿Qué papel juegan los determinantes políticos e institucionales en la creación y desarrollo de la política social? A continuación, examino cada uno de estos factores:

Determinantes políticos e institucionales de la política social

Democracia

La relación entre democracia y política pública o política social específicamente tiene un papel fundamental en América Latina, por la historia política de la región, pero también por su presente. La llamada transición a la democracia creó nuevas condiciones para la política pública, el entusiasmo por la estabilización política de la mayoría de los países de la región fue sustituido por un abordaje más sobrio en el que se contemplaron los desafíos sociales, económicos y políticos que enfrentaban los países de América Latina (Payne et al., 2002).

Las políticas no “pueden ser entendidas sino en la perspectiva del tipo de régimen político y de la acción de gobierno de la que emergen. No son variables independientes que puedan ser explicadas de manera ajena al conjunto de factores políticos e institucionales” (Medellín, 2004, p. 8). Sumado a esto, es importante señalar que, desde la transición a la democracia, ha habido distintitas etapas que marcan la región, pasando por períodos expansivos, posteriormente períodos de constricción, hasta llegar a la coyuntura de shock provocada por la actual pandemia del COVID-19.

Con respecto al período expansivo de la política social en la región latinoamericana a lo largo del siglo XXI, el trabajo de Arza et al (2002) realiza una exhaustiva revisión de la literatura que ha nutrido este campo, dando cuenta de los principales focos de estudio, así como de aquellos que se encuentran pendientes de abordar. Arza et al (2002), tienen como premisa que la combinación de democracia y condiciones económicas favorables permitió la expansión de la política social, pero que los legados de la política fomentaron su carácter segmentado, que se enfoca en un grupo específico de la población o en un problema específico (Arza et al., 2022a, p. 27).

La democracia facilitó la expansión de las políticas sociales en América Latina tanto a través de mecanismos de largo como de corto plazo. Dentro de aquellos mecanismos de largo plazo, Arza et al (2002) destacan especialmente el papel de los partidos políticos y las organizaciones de la sociedad civil. En particular, la democracia amplió el espacio para los partidos políticos y movimientos sociales progresistas, aún en escenarios nacionales en manos de gobiernos conservadores. Por otro lado, en cuanto a los mecanismos de corto plazo, la literatura ha puesto especial atención a cómo la competencia electoral se refleja, por ejemplo, en la ampliación de la inversión social, ya que generó incentivos para que las élites políticas prometieran la expansión de las políticas sociales en torno a las campañas y cumplieran esas promesas una vez en el cargo (Arza et al., 2022a, p. 27).

Los autores evidencian que este es un tema ampliamente abordado en Europa Occidental, de manera que el vínculo entre la democracia, los partidos políticos y la expansión del Estado del bienestar es sólido en la investigación sobre esta región. Considerando la perspectiva de los recursos de poder, así como la presencia de partidos socialdemócratas fuertes con apoyo de trabajadores organizados, la literatura sobre dicha concluye que dichos elementos fueron cruciales para el surgimiento y la expansión del Estado de bienestar en los países de Europa Occidental (Arza et al., 2022a, p. 28).

En la literatura sobre determinantes políticos e institucionales de la política social, también hay otro núcleo de investigación que se enfoca en contextos no necesariamente expansivos, pero que también destacan el vínculo entre democracia y política social. Huber y Stephens (2012), plantean que la democracia es uno de los determinantes más importantes de la política social redistributiva en América Latina, ya que, por un lado, permite que los partidos de izquierda accedan al poder gubernamental, y por el otro, fomenta la competencia política entre los partidos de izquierda y los que no lo son. Además, destacan el impacto de las estructuras internacionales de poder en el destino de

la política social igualitaria en América Latina, en particular durante las décadas de 1980 y 1990, cuando la carga de la deuda y el Consenso de Washington limitaron la política social (Huber & Stephens, 2012, p. 3).

Huber y Stephens (2012), emplean la teoría de las constelaciones de poder para explicar los regímenes de política social latinoamericanos. Tres dimensiones configuran la adopción de políticas redistributivas en América Latina: la primera es el equilibrio de poder entre las clases sociales y los partidos políticos; la segunda está relacionada con las relaciones entre el Estado y la sociedad; y la tercera dimensión incluye las estructuras transnacionales de poder, incluidas las organizaciones multilaterales y el sistema internacional de Estados. Las combinaciones favorables de estas tres dimensiones producen constelaciones de poder propicias para las reformas en la política social, que se han producido en varios países de la región a partir de los años noventa. Para Huber y Stephens (2012), la política importa fundamentalmente y tiene el potencial de modificar las estructuras aparentemente inmutables de la desigualdad en América Latina (Huber & Stephens, 2012, p. 10).

En esta misma línea se encuentra el informe publicado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), denominado “La política de las políticas públicas. Progreso económico y social en América Latina”, en el cual se analiza principalmente el contexto de la década de los 90, partiendo de la premisa de “que los procesos de debate, negociación, aprobación y ejecución de políticas pueden ser al menos tan importantes como el contenido específico de las políticas mismas” (Stein et al., 2006, p. 4). Los autores destacan que en la década de los 90 y los primeros años de la década del 2000, se puede ubicar una diversidad de políticas en la región latinoamericana. Sin embargo, “el éxito de las reformas y, en términos más generales, la calidad de las políticas públicas, han variado considerablemente” (Stein et al., 2006, p. 5). Ante dicho escenario, los autores plantean que las siguientes interrogantes son pertinentes para la comprensión de dichos desempeños: “¿Por qué esta variación? ¿Qué es lo que determina la capacidad para diseñar, aprobar y ejecutar políticas públicas eficaces?” (Stein et al., 2006, p. 5). Y para su respuesta, ponen especial énfasis en los actores que intervienen en procesos de construcción y desarrollo de políticas públicas, como por ejemplo los partidos políticos, así como los escenarios (institucionales) en que estos se desempeñan.

Esta agenda de investigación se acompaña de proyectos como el Political Institutions, Policymaking Processes and Policy Outcomes, a partir del cual se realiza un análisis comparativo entre Chile (Aninat et al., 2006), Brasil (Alston et al., 2006),

Colombia (M. Cárdenas et al., 2006), Uruguay (Bergara et al., 2006), Venezuela (Monaldi et al., 2012), Costa Rica (F. E. Lehoucq, 2007), México (F. Lehoucq et al., 2005) y Paraguay (Molinas et al., 2006), en torno a los determinantes de políticas públicas durante la década de los 90 especialmente. Con las particularidades de cada caso, esta literatura profundiza en el papel que tienen ciertos actores, así como las características de los escenarios en los que se desempeñan.

Específicamente, esta literatura reconoce que “las políticas son importantes no sólo por su contenido técnico sino también porque pueden tener ciertas características, como estabilidad, adaptabilidad, coherencia, la posibilidad de ser implementadas en forma efectiva, la orientación al interés público y la eficiencia (Stein et al., 2006, p. 278). De manera que, “la medida en que las políticas tienen dichas características depende de la forma en que interactúan los actores en el proceso de formulación de políticas” (Stein et al., 2006, p. 278).

Legados de la política

La noción de que los legados políticos son importantes en el diseño de la política social es una idea clave del institucionalismo histórico (Pierson 1993, 1996, 2000, 2001, Skocpol 1992). Los legados políticos pueden contribuir a definir los límites de las agendas de políticas, así como los temas y propuestas que llegan a esta agenda, además de que prestablecen líneas de conflicto político (J. Garritzmán et al., 2017, p. 23).

Para Garritzmán et al (2017), con respecto a la inversión social, se presentan 4 legados políticos que afectan especialmente las reformas de inversión social: composición del estado de bienestar existente, el régimen de producción, las o, las instituciones macroelectorales así como la capacidad burocrática y la capacidad estatal (J. Garritzmán et al., 2017, pp. 23-25).

La literatura enfocada en América Latina confirma el impacto causal de los legados políticos en el desarrollo de la política social. En este sentido, autoras como Pribble (2013), reafirman la importancia de los legados políticos, en tanto estos influyen en la naturaleza de las reformas de política social en América Latina (Pribble, 2013b, p. 13). Para la autora, esto se debe a que los legados políticos moldean la distribución del poder y los intereses dentro de distintos sectores de las políticas. Esta distribución, también determina los costos y beneficios que enfrentan los políticos cuando intentan reformar los programas existentes, lo que a su vez configura el contenido de las iniciativas de política social (Pribble, 2013b, p. 13).

Así mismo, Niedzwiecki y Pribble (2017), afirman que el "giro a la izquierda" de América Latina amplió las transferencias monetarias y los servicios públicos, contribuyendo a reducir la pobreza y la desigualdad. Sin embargo, recientemente, los candidatos y partidos de derechas han empezado a recuperar escaños en el poder legislativo y, en algunos casos, se han hecho con el poder ejecutivo. Este cambio ha suscitado un debate sobre el futuro de los Estados de bienestar latinoamericanos. En su trabajo, las autoras analizan las reformas de la política social promulgadas por dos recientes gobiernos de derechas: el de Sebastián Piñera en Chile (2010-14) y el de Mauricio Macri en Argentina (2015-).

Partiendo de lo anterior, se concluye que, contrariamente a las políticas de ajuste neoliberal del pasado, ni Macri ni Piñera implementaron privatizaciones ni profundos recortes del gasto. Por el contrario, ambas administraciones facilitaron un proceso de desviación de las políticas en algunos sectores y de expansión marginal en otros. Esto se puede explicar a través de los legados políticos y la fuerza de la oposición, ya que, el contexto político de América Latina se ha transformado por la consolidación de la democracia y la experiencia del gobierno de partidos de izquierda (Niedzwiecki & Pribble, 2017).

Por su parte, Arza et al (2022) plantean que los legados políticos crearon el contexto en el que se desenvuelve la política de expansión de la política social en América Latina. Por lo que resulta esencial considerar el diseño de la política existente para comprender el carácter segmentado de la expansión durante la década de 2000 (Arza et al., 2022a, p. 37). También, los autores reconocen que además de la segmentación, la incorporación de los legados políticos en el estudio de la política social permite explicar el papel del sector privado, el diseño de las políticas, así como la desigualdad de la expansión (Arza et al., 2022a, pp. 38-40). (Sobre legados políticos, véase también (J. L. Garritzmán et al., 2022)).

Capacidad estatal

La capacidad estatal es un factor importante en el estudio de la política social, especialmente en la región latinoamericana, en la cual existe una variación significativa en el alcance territorial del Estado, en ocasiones completamente ausente e incapaz de realizar funciones básicas en porciones importantes del territorio (Arza et al., 2022a). A pesar de esto, ha sido un campo de estudio poco desarrollado, especialmente para el período expansivo de principios del siglo XXI.

Repetto (2004) sugiere preguntarse “¿En qué marco histórico se inscribe el nuevo tema de la “capacidad estatal” y su eventual construcción y/o reconstrucción, particularmente, en el campo de las políticas sociales?” (Repetto, 2004, p. 1). Argumenta que desde mediados de la década de los 90, dicho concepto adquirió importancia en el rediseño de la acción pública, lo cual se “asocia en parte al “regreso” del Estado a los primeros planos de las propuestas de desarrollo -incluyendo el de índole social- tras recuperar cierto terreno frente a las posturas en boga hasta hace años atrás” (Repetto, 2004, p. 1).

Por capacidad estatal se entiende la aptitud de entes estatales para incluir, a partir de políticas públicas, los máximos niveles viables de valor social. Sin embargo, se deben de tener en cuenta ciertas restricciones contextuales y definiciones colectivas acerca de cuáles son los problemas públicos fundamentales y cuál es el valor social específico que particularmente debe proveer la respuesta estatal. Esta aproximación permite visualizar la capacidad estatal como la expresión en decisiones y acciones puntuales en función de un objetivo general: el valor social. Este transformarse a través de la interacción política de individuos y grupos con intereses, ideologías, así como diferentes recursos de poder (Repetto, 2004, p. 8).

Sobre la relación entre capacidad estatal y política social, Bertranou (2016) sugiere que el ejercicio eficaz del rol estatal, entendido como su capacidad, determina las distintas políticas públicas que despliegan los Estados. Tomando en cuenta dos dimensiones, primero los tipos de políticas propuestos y segundo las capacidades para ejecutar estas políticas (Bertranou, 2016, p. 40).

También es posible encontrar trabajos más específicos, como el Lattuada y Nogueira (2011), que recupera el concepto de capacidades estatales para el análisis de políticas públicas, tomando en cuenta la dimensión administrativa y política. Con respecto a la dimensión administrativa, sugieren utilizar como indicadores: rol del Estado, agencias estatales involucradas y normas y leyes específicas, mientras que, la dimensión política propone considerar el planes estratégicos, articulación público institucional y mecanismos de coordinación/ articulación público-societal (Lattuada & Nogueira, 2011, p. 37). Se subraya la necesidad de vincular las capacidades administrativas con las políticas, ya que posibilita “un análisis hacia dentro del Estado sus vínculos y relaciones con distintos actores frente a los procesos de elaboración de políticas públicas” (Lattuada & Nogueira, 2011, p. 49).

La relación entre capacidad estatal y política social ha sido estudiada para periodos no expansivos en la región de ALC, especialmente en el contexto de transición democrática entre las décadas de los 80 y 90. Este contexto estuvo marcado por un discurso, que poco a poco fue adquiriendo relevancia en ALC, sobre la necesidad de reducir el papel del Estado (Alonso, 2008). Alonso (2008) señala que las políticas de reforma que predominaron durante los años 90 tuvieron como principal objetivo reducir el rol del Estado, de manera que, “la necesidad de desarrollar, fortalecer y mejorar las capacidades estatales quedaba acotada por los estrechos márgenes imperantes” (Alonso, 2008, p. 11).

Por su parte, Arza et al (2022), exponen algunos elementos en los que ha puesto la atención la literatura sobre capacidad estatal y políticas sociales durante el período expansivo. En primer lugar, destacan el papel de actores no estatales en la gestión de política social, como por ejemplo el caso de “las maras” en países como el Salvador (Martínez Franzoni, 2008), (O’Neill, 2010). En segundo lugar, dinámicas institucionales resultantes de una capacidad estatal débil, como por ejemplo el papel de burócratas apoyando a las organizaciones de la sociedad civil para promover políticas públicas y sociales (activismo patrocinado por el estado) (Rich, 2019). Y, en tercer lugar, los autores recalcan que la capacidad estatal durante el periodo expansivo ha sido mayormente investigado en un plano subnacional¹, evidenciando que su debilidad contribuye a explicar las brechas de implementación y la desigualdad en la expansión de la política social (Arza et al., 2022a, p. 42).

Este es un campo que requiere ampliarse y se enfrenta a dos retos principales: 1) “proveer conceptos de capacidades estatales que incorporen dimensiones políticas además de técnicas”, 2) “Si bien es posible que las capacidades estatales deban referirse a políticas específicas, queda el desafío de cómo establecer un enfoque comparativo” (Rodríguez G, 2004, p. 29).

Contexto internacional: actores e ideas

La literatura sobre la transferencia de políticas tradicionalmente ha subestimado la importancia de las ideas y se concentra principalmente en fuerzas materiales e intereses propios. Sin embargo, varios estudios han demostrado el impacto de las ideas y discursos sobre la formación de políticas (Ervik et al., 2009, pp. 1-2).

¹ (Bonvecchi, 2008), (Fenwick, 2009) (Fenwick, 2016) (Chapman, 2013), (Pribble, 2015), (Niedzwiecki, 2018), (Wampler et. al, 2020) (Niedzwiecki, 2018).

Ervik et al (2009) señalan que las ideas sobre política social han viajado entre países desde la época moderna. De manera que gran parte de la historia de la política social es también un registro de aprendizaje entre países, además de factores que reflejen las características específicas de contextos nacionales y locales de instituciones, ideas y fuerzas sociales (Ervik et al., 2009, p. 2).

Además, subrayan que muchos aspectos de la globalización y una mayor integración económica han reforzado los aspectos internacionales y transnacionales de la política social. Mayores flujos de bienes, servicios, capital y mano de obra, otras formas de la migración y los cambios demográficos, todos tienen consecuencias para la política social de los países, creando desafíos institucionales comunes a través de diferentes tipos de estados de bienestar, así como aumentando la interdependencia entre diferentes sistemas nacionales de bienestar (Ervik et al., 2009, p. 2).

Se debe de tomar en cuenta que las ideas de política social viajan más fácilmente ahora que hace más de 100 años y el grado de exposición a tales ideas, y otros aspectos culturales, ha aumentado enormemente y se ha convertido en una de las características de la propia globalización. Además, el establecimiento de organizaciones internacionales y otros actores con un alcance global o amplio alcance internacional tras las dos guerras mundiales, ha añadido una nueva dimensión a las cuestiones de política social (Ervik et al., 2009, p. 2).

Lo anterior influye en la creación de política social, así como en el tipo de políticas que se implementan, ya que estas organizaciones internacionales están actuando como productores y/o mediadores de las ideas de política social en la búsqueda de soluciones a los problemas de bienestar. Los propios procesos de política social se han globalizado, siendo que una nueva agenda internacional y global sobre política social ha sido establecida. De manera que las luchas de política social en el contexto de la globalización toman lugar a nivel internacional, nacional y local. En este escenario encontramos actores como los gobiernos nacionales, representantes del capital y del trabajo, organizaciones no gubernamentales y organizaciones internacionales (Ervik et al., 2009, p. 3).

Este argumento es reforzado por Deacon et al (1997), quienes argumentan que la política social de un país o localidad ya no está totalmente determinada (si es que alguna vez lo estuvo) por la política del gobierno nacional, ya que esta es cada vez más influenciada por las políticas sociales implícitas y explícitas de numerosas agencias supranacionales que van desde instituciones globales como el Banco Mundial y el Fondo

Monetario Internacional hasta organismos supranacionales como la OCDE y la Comisión Europea (Deacon et al., 1997, p. 10).

Sobre la región latinoamericana, Jenson (2010) se enfoca en el período de contracción, indica que, a partir de la década de 1980, las ideas y prácticas del neoliberalismo desafiaron y desestabilizaron profundamente los proyectos políticos posteriores a 1945, los arreglos políticos y las prácticas de gobierno. En particular, hubo esfuerzos concertados para hacer retroceder las garantías existentes de protección social en nombre de un papel más importante para el mercado, las familias y las comunidades (Jenson, 2010, pp. 59-60).

De esta forma, el discurso y las prácticas de muchos hacedores de políticas sociales tanto internacionales como nacionales e incluso subnacionales reflejaron un consenso mundial antipobreza, que atravesó la comunidad del desarrollo, incluida la sintonizada con América Latina. Sin embargo, Jenson (2010) subraya que esta identificación de un consenso no ofrece información sobre cómo los países, las organizaciones internacionales o las organizaciones no gubernamentales (ONG) actuarán sobre ese consenso. Las políticas podrían, y lo han hecho, ir desde el programa de trabajo hasta la promoción de la educación en la primera infancia, los beneficios en el trabajo, las transferencias monetarias condicionadas (CCT) o los servicios públicos ampliados (Jenson, 2010, p. 61). (Véase también (Mesa-Lago, 2004), (Deacon et al., 2009),

Por su parte, Arza et al, refiriéndose al periodo expansivo, afirman que el papel de los actores e ideas internacionales podría explicar la política social en la década de 2000, sin embargo, con algunas excepciones notables, se ha prestado poca atención a estas variables en trabajos recientes (Arza et al., 2022a, p. 42).

Para los autores, una forma en que las organizaciones internacionales importan, en particular, es a través del desarrollo discursos que alienten la cooperación regional para la expansión de las políticas sociales. La difusión de políticas es otra forma en que los actores internacionales pueden haber influido en la política social expansiva a principios de la década de 2000, a través de la difusión de modelos, políticas e ideas entre países y/o municipios. Además, también la financiación puede dar forma a la expansión de la política social a través de préstamos internacionales (Arza et al., 2022a, pp. 43-44). (Véase también (Leyer, 2020).

Política social y vacunación

La enfermedad del Coronavirus (COVID-19) causada por el virus Coronavirus SARS-CoV-2 ha generado una crisis sanitaria, económica, política y social, en la cual el proceso de vacunación se ha convertido en un factor determinante para aminorar las secuelas. La vacunación ha sido uno de los puntos centrales en la respuesta mundial para amortiguar el impacto del COVID-19, tal y como lo indica Velásquez (2021), la búsqueda de una vacuna “originó una inyección masiva inédita de dineros públicos en la investigación y desarrollo (I+D) global. A mediados de febrero de 2021, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), había más de 200 candidatas de vacunas y 60 ensayos clínicos en el mundo” (Velásquez, 2021, p. 1).

Acceso a las vacunas

La literatura a este respecto es reciente y comparte interrogantes necesarios de abordar. Una primera línea de análisis es la del *acceso* a las vacunas, desde los inicios de la pandemia, se empezaron a evidenciar profundas inequidades en cuando al acceso a las vacunas. Un primer elemento de debate ha sido el llamado “Nacionalismo de las vacunas”, el cual remite a la relación entre el comportamiento de los países del norte global, con la producción y distribución de vacunas a nivel global. En este sentido, Velásquez (2021), argumenta que gobiernos como los de Estados Unidos, Inglaterra y los de la Unión Europea (UE), llevaron a cabo una estrategia de compra anticipada y acaparamiento de las vacunas (Velásquez, 2021, p. 1). En esta misma línea, Kirgizov-Barskii (2022), sostiene que analizar el planteamiento de los estados desarrollados, la precompra de vacunas desempeñó un papel especialmente importante en la financiación de la investigación y el desarrollo durante la pandemia de COVID-19, por ejemplo, el Reino Unido y los Estados Unidos encargaron por adelantado grandes cantidades de vacunas candidatas Covid-19 antes de su aprobación reglamentaria, mediante acuerdos de compra con las casas farmacéuticas (Kirgizov-Barskii, 2022, p. 168).

Por otro lado, de manera paralela al nacionalismo de las vacunas, se ha posicionado “la diplomacia de las vacunas”, Kirgizov-Barskii (2022), sostiene que las vacunas contra el Covid-19, también han sido utilizadas como herramienta de poder blando y coerción para obtener determinados resultados políticos preferidos. Por ejemplo, el autor señala que, el 3 de marzo el gobierno lituano revocó su decisión de donar vacunas Pfizer a Bangladesh, en respuesta a la adhesión de Bangladesh al grupo de 35 países que

se habían abstenido de votar a favor de la resolución de la Asamblea General de la ONU que condenaba la invasión rusa de Ucrania (Kirgizov-Barskii, 2022, p. 170).

Buteler (2021) sostiene que en el 2021, año de la vacuna, se evidenció un mundo en el que las potencias se replegaron sobre sí mismas, las economías desarrolladas compraron y vendieron sus propias vacunas y, potencias emergentes y economías pujantes desarrollan la “diplomacia de las vacunas” (Buteler, 2021, p. 18).

Dichos enfoques ponen sobre la mesa el peso que puede tener el acceso a las vacunas, en términos de tiempo, cantidad, calidad y presupuesto, para lograr un proceso de inmunización efectivo. A este respecto, hay una producción académica interesante, que hace énfasis en la importancia de considerar la conceptualización de la vacuna (bien público o privado), la forma en la que estas se producen, su distribución y costos. De Souza y Buss (2021) destacan que, para proteger la vida de las personas, la inmunización eficaz y segura contra el COVID-19 debe considerarse un bien público mundial, y las vacunas deben producirse en mayores volúmenes, distribuirse según criterios éticos y epidemiológicos y proporcionarse sin coste alguno para el (de Souza & Buss, 2021, p. 3). Para los autores, esto puede alcanzarse si se eliminan los derechos de propiedad intelectual de las vacunas COVID-19, se comparte públicamente la tecnología de las vacunas, proporcionando un financiamiento pleno a Covax, suspendiendo los acuerdos bilaterales e invirtiendo en el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud (de Souza & Buss, 2021, p. 3).

En esta misma línea se encuentra el trabajo de Jain y Lorgelly (2022), quienes destacan que la asignación equitativa de las vacunas COVID-19 a nivel mundial ha recibido mucha atención, pero que para entender la equidad es necesario evaluar las necesidades de vacunas en todos los países (Jain & Lorgelly, 2022). Ante esto, proponen un marco conceptual denominado COVID-19-NEEDS, fundamentado en pruebas empíricas y orientaciones de salud pública, y partiendo de los impactos sanitarios, sociales y económicos de la COVID-19 y las intervenciones no farmacéuticas asociadas (Jain & Lorgelly, 2022, p. 155). Las autoras afirman que los factores que son pertinentes de considerar en las decisiones sobre asignación de vacunas por país son los siguientes: vulnerabilidad clínica, sistemas de respuesta a brotes, características virológicas, capacidad de los sistemas de salud para colocar las vacunas, incidencia y contagio, susceptibilidad de la población, vulnerabilidad económica, poder económico, exigencias de los sistemas sanitarios y vulnerabilidad (Jain & Lorgelly, 2022). Todas las variables anteriores, con entendidas como determinantes explicativos del proceso de vacunación.

También es importante destacar los aportes de Lawrence et al (2022), quienes recalcan el principio de equidad como indispensable en la asignación de vacunas. Los autores hacen un estudio comparativo sobre los modelos utilizados en los Estados Unidos para tomar una decisión con respecto a la forma en la que se distribuirían las vacunas. El contexto producido por la enfermedad del COVID-19, implicó que se tuviera que producir la vacuna en un tiempo muy corto, en comparación con vacunas anteriores en la historia médica, lo que conllevó a una disponibilidad limitada que a su vez obstaculizó inicialmente su distribución en los Estados Unidos y afectó las estrategias de asignación. Las instituciones a cargo, recomendaron prioridades para la administración de vacunas a los gobiernos locales y estatales (Lawrence et al., 2022, p. 235).

El trabajo de Lawrence et al (2022) aporta elementos importantes a tomar en cuenta para aproximarse a la relación entre la distribución de las vacunas y sus eventuales resultados. Un primer elemento es la experiencia de instituciones encargadas de dichos procesos, tales como los “US Centers for Disease Control and Prevention (CDC)”, instancias que desde 1970 han estado a cargo de la respuesta a los brotes de enfermedades infecciosas, incluso durante el brote de influenza en el 2009, los CDC asignaron dosis de vacunas a los estados en función de la población. Dentro de las pautas más recientes de los CDC, se destaca la priorización de grupos específicos como, por ejemplo, personas de alto riesgo y trabajadores de atención médica de primera línea. Los autores destacan que un programa complejo de vacunación masiva requiere el equilibrio de prioridades de manera que los responsables de la toma de decisiones deben sopesar todos los factores en las estrategias para la asignación, la distribución logística, el acceso y la administración (Lawrence et al., 2022, p. 235).

Un segundo elemento tiene que ver con los criterios para la asignación, que para los autores deberían responder a los siguientes objetivos: (1) reducción de la mortalidad y morbilidad asociada con COVID-19; (2) distribución justa y equitativa de las dosis de vacunas de manera que no exacerbe las disparidades sociales; y (3) priorización de aquellos con la mayor necesidad médica y aquellos que cumplen las funciones sociales más vitales en la respuesta pandémica en curso (Lawrence et al., 2022, p. 236). A partir de esto, los autores realizan un análisis comparativo de los siguientes métodos desarrollados para la distribución de la vacuna para mitigar el COVID-19: The Johns Hopkins School of Public Health “Interim Framework for COVID-19 Vaccine Allocation and Distribution in the United States;”, The National Academies of Science, Engineering, and Medicine “Discussion Draft of the Preliminary Framework for Equitable Allocation

of COVID-19 Vaccine;" The World Health Organization "A Global Framework to Ensure Equitable and Fair Allocation of COVID-19 Products;" and The Hastings Journal article "Vaccine Rationing and the Urgency of Social Justice in the COVID-19 Response. A partir de esto los autores sugieren que los formuladores de políticas en todos los niveles de gobierno deberían considerar implementar el modelo Johns Hopkins para crear campañas de inmunización integrales bien adaptadas a las necesidades individuales y comunitarias (Lawrence et al., 2022, p. 248).

Como se indicó anteriormente, el acceso a la vacuna del COVID-19 ha tenido un importante desarrollo en los últimos años, como parte de esta literatura también se encuentran los trabajos de: (Laventhal et al., 2020), (Lancet, 2020), (Nuffield Council on Bioethics, 2020), (Nichol & Mermin-Bunnell, 2021), (Lee et al., 2021), (Khuroo et al., 2020), (Pressman et al., 2021), (Gayle et al., 2020), (Kavanagh et al., 2021).

En este contexto, el acceso a las vacunas supuso retos importantes para los países que tuvieron posiciones desventajosas para acceder a estas. Tal y como lo indica Horner (2022), a pesar del reconocimiento discursivo generalizado de que "no se acabará en ninguna parte hasta que se acabe en todas partes", la disponibilidad y accesibilidad de las vacunas COVID-19 ha sido tremendamente desigual, lo que supone un reto para lo que el mundo necesita desde el punto de vista económico, ético y epidemiológico (McCann et al., 2022, p. 56). El exceso de pedidos por parte de países del norte global fue generalizado y se justificó por la incertidumbre sobre qué vacunas se desarrollarían con éxito y la necesidad de repartir el riesgo. Una vez que estas vacunas recibieron las aprobaciones reglamentarias iniciales, se implementaron los programas nacionales de los países que las habían pedido con antelación. Los programas de vacunación en Europa y Estados Unidos comenzaron a finales de 2020 o principios de 2021 con las vacunas de Pfizer/BioNTech y Moderna, ambas de ARNm (McCann et al., 2022, p. 58).

McCann et al., (2022) argumentan que las posibilidades de acceso para los países del sur global han sido irregulares. La principal iniciativa multilateral para promover la equidad en las vacunas, COVAX, ha recibido algunos fondos, pero ha tenido dificultades para acceder a las dosis, viéndose directamente perjudicada por los acuerdos bilaterales y la reserva anticipada de dosis. Como resultado, los países de renta baja y algunos de renta media-baja siguen quedando rezagados en cuanto al acceso a la vacuna COVID-19 (McCann et al., 2022, pp. 66-67).

En esta misma línea, King (2022) indica que una de las repercusiones para regiones como el Sur Global, y en América Latina en particular, es que varios países han quedado

al margen de los procesos más amplios de vacunación. Por ejemplo, mientras que en Chile el porcentaje de vacunación (al 31 de octubre de 2021) era del 78,7%, en Brasil era del 56,4%, en México 46,5% y en Bolivia 32,6% (King Mantilla & Carranza Barona, 2022, p. 11).

Aceptación de las vacunas

Otra línea de investigación alrededor del proceso de vacunación frente al COVID-19, es la aceptación de la población para recibirla. Una parte de la literatura le ha puesto atención a aquellos elementos que dan cuenta de la anuencia o resistencia para recibir esta vacuna, que tal y como se indicó anteriormente, tuvo la particularidad de ser producida en un período sumamente corto, en comparación con otras vacunas en la historia de la medicina. Un trabajo interesante de destacar en esta dimensión es el de Kothari et al (2021), especialmente porque consiste en un estudio multidisciplinario que abarca alrededor de 23 países, divididos en 5 subregiones: Asia, África, Europa, Estados Unidos y Latinoamérica. Los resultados de dicho estudio apuntan a un aumento paulatino en la aceptación a vacunarse a medida que los países implementaron cada vez más las vacunas a mayor escala, pero no inmediatamente después de las primeras aprobaciones de las vacunas. Además, los datos encontrados sugieren tentativamente que, desde el inicio de la vacunación, la proporción de indecisión ha disminuido, aunque no se descartan sesgos de muestro (Kothari et al., 2021).

El estudio desarrollado por Kothari et al (2021) no indaga en torno a los determinantes de aceptación o rechazo, pero sí plantea que la anuencia a la vacuna, puede ser un factor explicativo del éxito del proceso y que variaría dependiendo del momento en el que se encuentre el desarrollo de la enfermedad, ya que por ejemplo, la memoria del público sobre la morbilidad y la mortalidad asociadas con el COVID-19 podrían influir en la resistencia a la inmunización (Kothari et al., 2021). Sin embargo, también argumentan que uno de los principales desafíos para el éxito del proceso de vacunación, radica en su distribución, tal y como se indicó en el apartado anterior.

En esta misma línea se encuentra el trabajo de Salam et al (2022), en el cual se sugiere que para entender los resultados en el proceso de vacunación frente al COVID-19 es necesario contemplar dos elementos explicativos: el retraso en acceder a la vacuna o el rechazo para recibirla. Los autores se enfocan en el segundo y argumentan que, para dar cuenta de este, los factores potenciales que pueden incidir en la reticencia a la vacunación se relacionan principalmente con falta de confianza en la seguridad y eficacia

de la vacunación; inconvenientes (dificultad de asequibilidad y accesibilidad a la vacunación); y complacencia (lo que implica una baja percepción de los riesgos de enfermedad) (Sallam et al., 2022, p. 22). Los resultados de su trabajo concluyen que aquellas regiones donde los niveles de aceptación de la vacuna contra el COVID-19 están por debajo del 60 % predominan sobre aquellos con una aceptación superior al 60 %, estos fueron: Europa del Este y Asia Central, África Occidental y Central, Medio Oriente y Norte de África, y Europa Occidental y Central (Sallam et al., 2022, p. 36).

A pesar de que el énfasis del estudio Sallam et al (2022) está en la reticencia a la vacunación, también destacan que los posibles desafíos para el éxito de las campañas de vacunación contra la COVID-19 incluyen la distribución desigual a nivel mundial, así como la aparición continua variantes del SARS-CoV-2 con capacidad de escape inmunitario (Sallam et al., 2022).

La resistencia a la vacunación cuenta también con una importante producción literaria, dentro de los autores que han puesto el foco en esta dimensión se pueden encontrar: (Borga et al., 2022), (Chapman, G. B., & Coups, E. J, 1999), (Courbage & Peter, 2021), (Dror, et al., 2020), (Edwards, et al., 2021).

Vacunación en el Sur global

El acceso desigual a las vacunas ha tenido como resultado un desarrollo heterogéneo en el proceso de vacunación. Para algunos países de África, Asia y América Latina, la vacunación frente al COVID-19 ha estado determinada por factores como: el acceso, la distribución global de la vacuna, presupuesto, distribución interna y administración de las dosis requeridas. Estos factores han sido insistentemente señalados por la literatura enfocada en el Sur Global y la pandemia por COVID-19.

En este sentido, autores como Sekala et al (2021), afirman que si bien muchas vacunas contra el COVID-19 se han desarrollado rápidamente, muchos países enfrentan una tarea difícil para acceder a estas. Este proceso desigual, se ha descrito como “apartheid de las vacunas” porque crea marcadas disparidades en el acceso a las vacunas entre los países del Norte Global y los del Sur Global, así como entre las élites y otros dentro de los países (Sekalala et al., 2021, p. 1) (Véase también (Alhassan et al., 2021).

La literatura sobre el Sur Global pone énfasis al proceso de vacunación en África, destacando la dificultad en el acceso, la baja capacidad de vacunación y la baja aceptación. Cabe destacar el trabajo de Lawal et al (2022), en el cual señalan que la baja cobertura de vacunación en el continente africano responde a: falta de infraestructura y

de patentes de vacunas, presión global por las vacunas, menor provisión de vacunas de lo esperado, baja capacidad de vacunación y baja aceptación de las vacunas (Lawal et al., 2022). Los autores indican que el mecanismo COVAX no ha cumplido con los objetivos estipulados, a lo cual se le suma el hecho de que las dosis de vacunas donadas al continente están próximas a la fecha de caducidad debido a la corta vida útil de las vacunas. Según Lawal et al (2022), esto ha tenido como resultado el vencimiento de algunas dosis, siendo que al menos siete países africanos han destruido alrededor de 450,000 dosis de vacunas caducadas contra el COVID-19 (Lawal et al., 2022, p. 2).

Sumado a lo anterior, los autores llaman la atención sobre el precio de las vacunas, afirmando que existen variaciones importantes dentro y entre las vacunas, por ejemplo, la vacuna AstraZeneca tiene un precio más alto en Uganda (7 dólares estadounidenses) y Sudáfrica (5,25 dólares estadounidenses), en comparación con la UE (3,50 dólares estadounidenses) (Lawal et al., 2022, p. 2)

Además del acceso a la vacuna, Lawal et al (2022), destacan la falta de recursos adecuados para una vacunación eficaz en África. Exponen el caso de Sudán del Sur, país en el cual los fondos limitados, la falta de instalaciones de almacenamiento de vacunas y vacunatorios, capacitación deficiente, campañas de concientización deficientes y la incapacidad de registrar datos cruciales y distribuir tarjetas de vacunación, han ralentizado el ritmo de la vacunación. Por otro lado, los autores indican que la tasa de aceptación de la vacuna contra la COVID-19 en África varía, oscilando entre el 15 % en Camerún y el 86 % en Ruanda. Y afirman que la indecisión ante las vacunas es la causa principal de la baja cobertura de vacunación contra la COVID-19 en Zimbabue y Sudáfrica. Este factor se fundamenta en la desconfianza en los programas gubernamentales debido a un legado de mala prestación de servicios, falta de confianza en la eficacia de la vacuna y en la integridad de los proveedores, así como campañas antivacunas en las redes sociales (Lawal et al., 2022, p. 2)

Sobre la dificultad en el acceso a las vacunas Nachega et al (2021) indican que las preocupaciones en África son similares a las planteadas sobre la respuesta a la pandemia del VIH a mediados de la década de 1990 y principios de la de 2000, ya que el tratamiento antirretroviral (TAR) era accesible en los países de altos ingresos. pero tenía una disponibilidad limitada en los países africanos, generando una marcada disparidad que resultó en muertes prevenibles en un contexto de alta carga (Nachega et al., 2021, p. 196)

En su trabajo, Nachega et al (2021) recuerdan que el financiamiento para ampliar el TAR en África, se gestionó hasta el 2002, por medio del Fondo Mundial de las

Naciones Unidas contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria y el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PERFAR). Así mismo, durante la pandemia de Covid-19, estos mismos programas proporcionaron un modelo para que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los socios globales establecieran rápidamente la iniciativa de Acceso Global a las Vacunas COVID-19 (COVAX) (Nachega et al., 2021, p. 196)

Este estudio resulta de especial interés porque pone sobre la mesa elementos necesarios en términos de acceso a medicamentos, ya que en el caso concreto del TAR, la provisión no fue suficiente para lograr el control global de la enfermedad. Dicha experiencia, destacó la necesidad de ampliar la infraestructura de salud para múltiples propósitos, tales como: adquirir medicamentos, promover la adherencia al TAR y la permanencia en la atención, identificar poblaciones de riesgo, superar el estigma que inhibe el acceso a la atención y desarrollar el apoyo comunitario para la prevención y el tratamiento del VIH. En relación con el Covid-19, los autores afirman que, además del acceso a vacunas y terapias contra el Covid-19, los países requieren infraestructura suficiente para recibir y administrar estas vacunas, proceso que puede llegar a ser logísticamente desafiantes en áreas rurales y remotas. Enfatizan que los recursos locales para un proceso de vacunación como este, que puede implicar sostener cadenas de frío, varían entre los entornos urbanos y rurales de las diversas subregiones africanas y son un verdadero reto para la región (Nachega et al., 2021, p. 196). Sobre acceso a vacunas para mitigar la pandemia por COVID-19, véase también (The Lancet, 2021), (Aborode et al., 2021) (Venter et al., 2021) (Bright et al., 2021) (Sharma et al., 2021).

Otros autores han puesto énfasis en la capacidad de vacunación que tienen los países de la región. Este es el caso de Borisch y Lomazzi (2022), quienes indican que el continente africano continúa lidiando con enfermedades endémicas y pandémicas y sus determinantes epidemiológicos, ambientales, sociales y de comportamiento. Las autoras ponen énfasis en la necesidad de involucrar a líderes y formuladores de políticas en todos los niveles, ya que los objetivos del gobierno se logran mejor cuando todos los sectores incluyen la salud y el bienestar como componentes clave del desarrollo de políticas (Borisch & Lomazzi, 2022, pp. 325-326).

Lo anterior debido a que los países africanos que continúan sufriendo la doble carga de enfermedades transmisibles y no transmisibles se ven gravemente afectados por la pandemia del coronavirus debido a sus débiles sistemas de salud. Para el caso del COVID-19, Borisch y Lomazzi (2022) indican que Camerún implementó una estrategia

de respuesta, incluso cuando la malaria, el sarampión y el cólera continuaban causando estragos. Sin embargo, esta presentó debilidades debido al enfoque predominante de los programas de salud en este país, caracterizados por la verticalidad (de arriba hacia abajo), la falta de participación y apropiación de la comunidad, y la ausencia de una estrategia de comunicación de salud efectiva (Borisch & Lomazzi, 2022, p. 326)

Las autoras subrayan la importancia de la comunicación para la efectividad de procesos como la vacunación, ya que en Camerún los rumores y las noticias falsas sobre la vacuna COVID-19 proliferaron y se difundió información errónea, la gente no entendía por qué esta vacuna y cuál es la diferencia en comparación con otras vacunas conocidas. Para prevenir la resistencia de la población, Borisch y Lomazzi (2022) afirman que es necesario implementar una estrategia de comunicación para la salud, con planes operativos regionales y distritales que contemplen las características socioculturales y antropológicas locales, garantizando a Camerún el acceso a una democracia de la salud (Borisch & Lomazzi, 2022, p. 327)

Sobre la capacidad de vacunación en África, también se encuentra el trabajo de Williams et al (2021), quienes plantean que a existen desafíos para implementar las vacunas, especialmente en el África subsahariana. Para los autores, resulta crucial retomar los aprendizajes de procesos previos de vacunación en esta región, ya que ofrecen modelos de los cuales los países pueden extraer las mejores prácticas para la toma de decisiones y la planificación basadas en evidencia (Williams et al., 2021, p. 2010). Un ejemplo de esto se encuentra en las campañas MenAfriVac implementadas en el 2010 para proporcionar vacunas meningocócicas en el cinturón de meningitis de África, estas condujeron a una reducción sustancial de las epidemias de meningitis. Para Williams et al (2021), el éxito responde a los compromisos de las partes interesadas multilaterales, para desarrollar y distribuir la vacuna y los países afectados, para implementar campañas de vacunación con sistemas de vigilancia eficientes simultáneamente (Williams et al., 2021, p. 2010).

A partir del análisis de experiencias previas de vacunación en el África subsahariana, los autores proponen consideraciones necesarias para el proceso de vacunación contra el COVID-19, tales como: características de la vacuna, financiamiento, priorización de las personas beneficiadas, políticas de vacunación y logística, comunicación y levantamiento de datos (Williams et al., 2021, pp. 2010-2011). Subrayan que cada país debe identificar mecanismos de financiación adecuados para adquirir la cantidad correcta de dosis de vacunas y planificar cómo entregarlas a sus poblaciones

objetivo, que deben definir claramente las políticas sobre quién tendrá prioridad para la vacunación y desarrollar estrategias de administración claras para apoyar la campaña de vacunación. Además, destacan que se requieren sistemas de información de salud adecuados para la documentación y la gestión de datos a fin de realizar un seguimiento del progreso, identificar desafíos y proporcionar evidencia para administradores y formuladores de políticas. Por último, indican que la comunicación con los beneficiarios previstos de la vacunación es de suma importancia y debe hacerse a través de varios medios para abordar las inquietudes y minimizar la falta de comunicación, poniendo énfasis en la educación masiva sobre COVID-19 y así como sus respectivas campañas de vacunación (Williams et al., 2021, p. 2014)

La literatura sobre vacunación en el continente africano también le ha puesto atención al escepticismo de la población hacia las vacunas. Dzinamarira et al (2021), analizan el caso de Sudáfrica y Zimbabue, partiendo de la premisa de que los países deben idear estrategias para mejorar la comprensión pública y frenar la información errónea sobre las vacunas. Los autores indican que el escepticismo a las vacunas es un comportamiento recurrente en algunas regiones de África, independientemente del tipo y forma, lo cual puede responder a la religión, el miedo a las agujas y acciones del gobierno sin consentimiento (Dzinamarira et al., 2021, p. 3). Ante esta situación, los autores consideran pertinente la información específica, los materiales de educación y comunicación, así como eventos promocionales para abordar la desinformación, los mitos y la falta de comprensión sobre vacunación en general y más específicamente para el COVID-19 (Dzinamarira et al., 2021, p. 3). De acuerdo con este trabajo, el escepticismo ante la vacunación es una prioridad en la región, ya que se registran casos como el de Nigeria, país en el que la indecisión de la población ante las vacunas debido a una percepción de bajo riesgo y mitos de motivación religiosa ha sido una amenaza constante para la erradicación de la poliomielitis (Dzinamarira et al., 2021, p. 3).

Para Dzinamarira et al (2021), se debe de considerar que el COVID-19 es la primera pandemia en la historia en la que la tecnología y las redes sociales se utilizan a gran escala, lo cual puede mantener a las personas seguras, informadas, productivas y conectadas. Por otro lado, esto está permitiendo y amplificando una pandemia informativa que socava la respuesta global y pone en peligro las medidas para controlar la pandemia por COVID-19 (Dzinamarira et al., 2021, pp. 3-4) Ante esta situación, los autores sugieren que para garantizar la eficiencia de la vacunación contra el COVID-19 en países como Sudáfrica y Zimbabue, no se puede ignorar la amenaza del escepticismo

de la población ante la vacunación, por lo que se deben de emplear estrategias guiadas por el ofrecimiento de suficiente información, utilizando los enfoques correctos de entrega de mensajes a la comunidad para disipar cualquier inquietud que puedan tener con respecto a las vacunas (Dzinamarira et al., 2021, p. 7)

En esta misma línea se encuentra el trabajo de Carcelen et al (2022), quienes abordan el escepticismo ante la vacuna contra el COVID-19 en Zambia. Los autores plantean que a medida que ha avanzado la producción de vacunas, se presentan viejos desafíos, tales como el almacenamiento en cadena de frío, la logística de la vacunación masiva y el escepticismo de la población ante las vacunas (Carcelen et al., 2022, p. 1). Por lo que sugieren que comprender el comportamiento del escepticismo, así como los factores que lo subyacen, puede mejorar la capacidad de los trabajadores de salud pública y los comunicadores para maximizar la aceptación de la vacuna (Carcelen et al., 2022, p. 1)

En el marco de una vacunación masiva contra el sarampión y la rubéola en noviembre 2020, los autores llevaron a cabo una encuesta sobre los sentimientos y creencias hacia el COVID-19 y las vacunas frente a esta pandemia. Los resultados arrojaron que entre los padres que traían a sus hijos para que recibieran la vacuna contra el sarampión y la rubéola, había una alta aceptabilidad de la vacunación contra el COVID-19 para sus hijos, pero una gran incertidumbre y escepticismo acerca de recibir la vacuna ellos mismos. Para Carcelen et al (2022), estas dudas se correlacionan con las creencias sobre la gravedad y el riesgo del COVID-19, así como con la seguridad y eficacia de la vacuna (Carcelen et al., 2022, p. 2). (Sobre escepticismo por las vacunas contra el COVID-19, véase también (Kanyanda et al., 2021), (Cooper et al., 2021) (Afolabi & Ilesanmi, 2021).

América Latina y el Caribe

La literatura enfocada en América Latina y el Caribe (ALC) comparte interrogantes con aquella que aborda el continente africano, tales como: el acceso a las vacunas, la capacidad de vacunación y el escepticismo. La pandemia del COVID-19 generó en ALC, y en el resto del mundo, una triple crisis combinada y asimétrica: sanitaria, económica y social (Filgueira et al., 2020, p. 9). La crisis de salud se ha manifestado heterogéneamente en la región, pero en términos generales significó una tensión en los sistemas sanitarios, producto de la atención de contagios así como del proceso de vacunación (Filgueira et al., 2020).

El proceso de vacunación en cada uno de los países de la región tiene una trayectoria particular, así lo indican Drexler y Hoffmann (2021), en cuyo trabajo señalan que el acceso a las vacunas ha sido desigual, tanto a lo interno de cada país como entre cada uno de estos, mientras que la cobertura es heterogénea (Drexler & Hoffmann, 2021).

En su trabajo, Drexler y Hoffmann (2021), subrayan la importancia de que la región preste atención a aspectos tanto de política pública como epidemiológicos. En relación con la política pública, sugieren que fortalecimiento de las campañas de vacunación es clave para el control de la pandemia, de manera que la vacunación deberá de integrarse en la atención médica preventiva de rutina. Sumado a esto, los autores indican que la cooperación en el diagnóstico epidemiológico, la investigación, la vacunación y la atención médica debe convertirse en una prioridad dentro de la región, así como para los socios internacionales (Drexler & Hoffmann, 2021, p. 1).

Para los autores, lo anterior cobra especial importancia a partir de las consecuencias de la pandemia en la región (Alberga sólo el 8,4% de la población mundial, y ha sido responsable de casi un tercio de las muertes relacionadas con el COVID-19 hasta la fecha) (Drexler & Hoffmann, 2021, p. 2). Destacan que la pandemia puso en evidencia las debilidades estructurales de la región: sistemas de salud tensos y con financiamiento débil, acceso tardío y limitado a las vacunas, desigualdades sociales estructurales, amplias prácticas de trabajo informal, dietas poco saludables que conducen a la obesidad generalizada, capacidad estatal insuficiente y políticas incoherentes (Carcelen et al., 2022, p. 2).

En este contexto, Drexler y Hoffmann (2021) ponen especial atención al papel de la vacunación en el manejo de la crisis en la región. Destacan que la escasez absoluta de vacunas que marcó la fase inicial de la pandemia ha dado paso desde entonces a un proceso de vacunación muy desigual en la región: entre países, dentro de los países y también en cuanto a los tipos de vacunas disponibles. A partir de esto, ubican 3 subregiones: Suramérica (casi dos tercios de la población han recibido al menos su primera vacuna, Centroamérica-México (panorama mixto) y el Caribe (tasas de vacunación por detrás de las del continente latinoamericano) (Drexler & Hoffmann, 2021, p. 3).

Otro obstáculo destacado por los autores es el escepticismo ante las vacunas: mientras que en Brasil ha prevalecido la aceptación a vacunarse, sobre la desinformación de las redes sociales y la actitud negacionista del gobierno federal, en otros países,

incluidos muchos del Caribe, las autoridades sanitarias luchan contra el escepticismo de las vacunas (Drexler & Hoffmann, 2021, p. 4)

Además del acceso y la disposición, los autores indican que es necesario contemplar el tipo de vacunas utilizadas en la región, las cuales clasifican en cuatro tipos: vectorizadas (AstraZeneca, Johnson & Johnson, Sputnik), de ARNm (Pfizer/BioNTech y Moderna), las inactivadas (SinoVac y Sinopharm) y las vacunas basadas en subunidades proteicas como las dos de Cuba (Abdala y Soberana). Esto debido a que cada una de las formulaciones tiene sus ventajas y desventajas en el contexto latinoamericano, todas estas vacunas ofrecen cierta protección contra el COVID-19, pero con distintos niveles de eficacia (Drexler & Hoffmann, 2021, p. 7).

Finalmente, en este estudio se destaca el peso que tiene la producción local de vacunas, ya que durante 2020 y principios de 2021, Europa y Estados Unidos se aseguraron la mayor parte de las vacunas producidas por las empresas occidentales para sus propias poblaciones, mientras que la mayoría de los países de América Latina recurrieron a China, India y Rusia (posteriormente a EE. UU.). Sumado a esto, las dosis distribuidas por COVAX han estado muy por debajo de lo previsto y prometido originalmente, teniendo como consecuencia que la OPS gestionara acuerdos separados para comprar millones de dosis de vacunas chinas de Sinopharm y Sinovac, así como de AstraZeneca (Drexler & Hoffmann, 2021, pp. 7-8). Esto pone de manifiesto la importancia de que ALC amplíe su propia capacidad de desarrollo y producción de vacunas (Drexler & Hoffmann, 2021, p. 11).

El proceso de vacunación en la región también ha sido abordado en el trabajo de Schwalb et al (2022), en el cual se reconoce el fuerte impacto de la pandemia en ALC. Se destaca que, para marzo de 2022, la región había notificado aproximadamente el 15 % de los casos y el 28 % de las muertes en todo el mundo. Según los autores, tomando en cuenta la llegada relativamente tardía del SARS-CoV-2, diversos factores fueron determinantes de la crisis humanitaria en la región: falta de preparación ante la pandemia, sistemas de salud frágiles, desigualdades estructurales, así como un apoyo gubernamental deficiente (Schwalb et al., 2022, p. 1).

Schwalb et al (2022) subrayan la importancia de considerar el Índice de Seguridad Sanitaria Global (GHSI, por sus siglas en inglés), como elemento para analizar el desempeño de los países de la región frente al COVID-19, ya que previo a la pandemia, los países de ALC, no habían alcanzado el rango de puntuación alta ($\geq 66,7/100$) para la preparación ante una pandemia. Solamente Brasil, Argentina, Chile y México se

clasificaron como los países más preparados, con puntuaciones que oscilaban entre 57,6 y 59.7 Sin embargo, los autores también reconocen que hay otros indicadores pertinentes, como por ejemplo el efecto del liderazgo excepcional en tiempos de crisis (Schwalb et al., 2022, p. 2).

En cuanto a la vacunación, los autores insisten en la lentitud que caracterizó el acceso a las vacunas en la región, especialmente por las expectativas no alcanzadas del mecanismo COVAX, pero también por las negociaciones con las compañías farmacéuticas. Esto tuvo como consecuencia que, para el primer semestre del 2021, la cobertura de vacunas contra el COVID-19 en ALC se quedaba corta en comparación con la cobertura en Europa y América del Norte (Schwalb et al., 2022, p. 11).

Sumado a lo anterior, Schwalb et al (2022) también reconocen que la región enfrentó obstáculos en cuanto a la distribución de la vacuna y la aceptación de esta por parte de la población. Destacan que los requisitos de temperatura y almacenamiento de vacunas como la Pfizer/BioNTech o Moderna, limitan su uso fuera de las grandes ciudades, como por ejemplo en las profundidades del Amazonas o en las alturas de los Andes. Por otro lado, se debe de considerar el escepticismo de la población ante las vacunas, ya sea por la falta de confianza en el proceso de fabricación de estas (corto tiempo de fabricación) o por el tipo de vacunas que se ofrecen (Sinovac o Sputnik de Rusia). A pesar de esto, las dudas son escasas en comparación con otras regiones, especialmente Europa (Schwalb et al., 2022, p. 11).

Si bien ALC enfrentó obstáculos, como los ya señalados, este estudio destaca que la región logró vacunar completamente (dos dosis) al 63 % de su población, el porcentaje más alto para cualquier región del mundo hasta la fecha (Schwalb et al., 2022, p. 11).

El trabajo de Chan et al (2022), también pretende dar una perspectiva regional sobre vacunación contra el COVID-19, poniendo especial énfasis en la equidad y la cobertura de los procesos de inmunización. En este sentido destacan que durante los últimos 40 años del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en ALC los países y territorios han logrado avances extraordinarios en brindar a sus poblaciones un paraguas de protección contra las enfermedades prevenibles por vacunación (EPV) y promover una cultura de inmunización en la que las vacunas se consideran un servicio esencial, un bien público y un derecho de todos los ciudadanos. Sin embargo, las tasas de cobertura a nivel nacional, regularmente ocultan la situación de las desigualdades a lo interno de cada país (Chan et al., 2022, p. 1978).

Estas desigualdades de cobertura subnacional en ALC se han profundizado por la pandemia de COVID-19, particularmente a la luz del impacto desproporcionado de COVID-19 en las poblaciones vulnerables de la región, así como las desigualdades de larga data en el acceso a los servicios de salud y utilización (Chan et al., 2022, p. 1978). La Agenda de Inmunización 2030 (AI2030), publicada en abril del 2020, establece una visión y una estrategia mundiales, para las vacunas y la inmunización durante el decenio 2021-2030. Desde ese momento, se identificaron desafíos para lograr una cobertura de vacunación alta y homogénea, incluidos problemas de calidad y accesibilidad del servicio de inmunización, particularmente en zonas de conflicto, áreas desatendidas y con urbanización continua y migración transfronteriza, así como la difusión de información errónea que erosiona la confianza y confianza en las vacunas (Chan et al., 2022, p. 1978).

Partiendo de lo anterior, los autores presentan las experiencias de Colombia, Guyana y Sucre, Bolivia en el marco del AI2030, destacando el aprovechamiento de alianzas estratégicas multinivel, intersectoriales y de la sociedad civil para promover la equidad en inmunización con respecto al acceso y la demanda (Chan et al., 2022, p. 1978). A partir del análisis de estos casos se sugiere que, para la actual pandemia, las áreas autoidentificadas para un fortalecimiento adicional incluyen los recursos humanos, la generación de demanda de vacunas y la participación y comunicación de la comunidad. Además, como subraya el estudio de caso de Colombia, el monitoreo de la cobertura es crucial para identificar y reducir las desigualdades en materia de inmunización (Chan et al., 2022, p. 1985).

El estudio sugiere que las lecciones aprendidas pueden ser relevantes para promover la equidad en la vacuna contra el COVID-19. Por un lado, abordar la equidad requiere datos relevantes para identificar, medir y monitorear las desigualdades en la cobertura a fin de dirigirse a las poblaciones desatendidas, canalizar los recursos para abordar estas brechas (fortalecimiento de los establecimientos de salud, aumento de las actividades de vacunación extramuros, etc.) y evaluar el progreso. Sumado a esto, el intercambio de datos intersectorial fortalece dicha toma de decisiones basada en datos al expandir la disponibilidad de datos y facilitar la triangulación de datos. Además, las alianzas multinivel pueden fortalecer la capacidad técnica para medir y monitorear las desigualdades en materia de inmunización (Chan et al., 2022, p. 1985).

Tal y como lo han evidenciado los trabajos anteriores, el desempeño de los países de ALC en términos de vacunación contra el COVID-19 es heterogéneo. González (2022) indica que para fines de mayo del 2022, seis países de América Latina (Chile, Cuba,

Uruguay, Argentina, Perú y Costa Rica) habían alcanzado más del 80 % de cobertura completa de vacunación contra el COVID-19, alrededor de un año y medio después de la implementación de sus programas de vacunación, mientras que, siete países de la región no habían alcanzado el 60 % de cobertura (González, 2022, p. 352). Para la misma fecha, en la UE, cinco países habían alcanzado el 80 % de cobertura completa de vacunación: Malta, Portugal, España, Dinamarca e Irlanda, seis países de la UE no habían alcanzado el 60 % de cobertura de vacunación (González, 2022, p. 353). El autor sugiere que el examen de estas coberturas en contextos tan diferentes como ALC y la UE Europea indican que en ambas áreas del mundo ha habido éxitos y fracasos en la gestión de estas políticas, de manera que resulta pertinente señalar que existen condiciones específicas a nivel de país que determinan que algunos países sean exitosos y otros no (González, 2022, p. 353).

Con respecto al fracaso y al éxito en las políticas de vacunación, González (2022) sugiere que el éxito de la política se da cuando los objetivos propuestos se logran en un contexto sin críticas significativas y/o soporte virtualmente universal, mientras que el fracaso de la política se presenta cuando los objetivos propuestos no se logran y coinciden con gran oposición y/o apoyo inexistente (González, 2022, p. 353).

Partiendo de esto, el autor realiza un análisis comparativo en la región, en el cual asume que una mayor cobertura de vacunación contra el COVID-19 es el criterio de éxito de la política y, por el contrario, una menor cobertura corresponde a un peor desempeño o fracaso de la política. Esta comparación del desempeño de los países considera: (1) la fecha de inicio del programa de vacunación, que expresa la capacidad institucional de implementación, (2) el número de días necesarios para alcanzar el 50 % de cobertura total, (3) número de días transcurridos entre el 50 % de cobertura total y el 80 % de cobertura total, y (4) porcentaje de cobertura de la dosis de refuerzo. Dichos criterios parten del hecho de que la cobertura total del 80 % es estricta, al punto que al menos en América Latina y la Unión Europea solo el 25 % de los países la habían alcanzado para mayo del 2022 (González, 2022, p. 354).

Los resultados de dicho trabajo muestran las diferencias en los resultados de las políticas de vacunación contra el COVID-19 son expresiones de distintas composiciones de factores en cada uno de los países, por lo que un análisis detallado de estas composiciones factoriales nos permitirá identificar con mayor detalle las lecciones que se deben tomar en cuenta para mejorar el desempeño de los sistemas de salud en la región (González, 2022, p. 360) (Otros estudios que abordan la vacunación en la región son:

(Gozzer et al., 2020), (Urrunaga-Pastor et al., 2021), (Sojo, 2022), (Alvarado-socarras et al., 2021), (Rodríguez-Morales & Franco, 2021), (Bernardeau-Serra et al., 2021), (Saraiva & Granja, 2022), (Malacalza et al., 2022), (Saiz, 2021) (Dreser, 2021), (Boschiero et al., 2021)

Centroamérica

El proceso de vacunación ha sido modestamente estudiado con perspectiva regional comparada en Centroamérica (CA), sin embargo, hay algunos avances en cuanto al desempeño y los resultados de vacunación en cada uno de los países.

Con respecto al acceso a las vacunas en CA, Castillo y Guerra de Castillo (2022) indican que el acceso a las vacunas ha sido uno de los mayores retos que ha enfrentado la región, especialmente ante el desarrollo de COVAX, programa que no ha presentado un impacto determinante en la región en cuanto al abastecimiento de vacunas (Castillo & Guerra de Castillo, 2022, p. 5).

Ante este panorama, los autores analizan la cadena de suministros de vacunas contra el COVID-19 en CA, tomando en cuenta la situación de la pandemia en cada país, los retos en términos de cadena de suministros y proceso de vacunación así como el impacto de la cadena de suministros de vacunas sobre la tasa de vacunación en CA (Castillo & Guerra de Castillo, 2022, p. 5). Para estos, es importante aproximarse a la cadena de suministros desde una perspectiva integral, por un lado, incorporando la evaluación de compras, suministros, transporte aéreo, transporte terrestre, pero también contemplando y factores de planificación de las compras de vacunas, alianzas de colaboración internacional, negociación de donaciones de vacunas y comunicación entre diferentes actores (Castillo & Guerra de Castillo, 2022, p. 7).

De este análisis se desprenden dos elementos importantes para entender el proceso de vacunación, el primero es que para el 2022 la región centroamericana se posiciona como una de las regiones con menor proporción de vacunas recibidas en AL y el segundo es la forma en la que se dio la preparación para el proceso de vacunación, siendo que esta se llevó a cabo entre finales del 2020 y a lo largo del 2021, período en el cual se establecieron disposiciones, métodos, planes y procedimientos necesarios para la distribución de las vacunas contra el COVID-19 (Castillo & Guerra de Castillo, 2022, p. 13).

Con respecto a la adquisición de vacunas, los autores indican que si los países con mayor contratación de vacunas han sido Nicaragua y Honduras, seguidos de Panamá y

Costa Rica, “el proveedor Pfizer ha tenido la cadena de suministros y la capacidad de producción necesaria para una mayor tasa de vacunación en cada respectivo país” (Castillo & Guerra de Castillo, 2022, p. 14). Sumado a esto, se destaca que el mecanismo COVAX ha impactado solamente al 13,4% de la población de CA, considerando dos dosis de vacunas por persona (Castillo & Guerra de Castillo, 2022, p. 14). Lo anterior evidencia el papel que tienen los proveedores en el proceso de vacunación.

En relación con la capacidad de vacunación de los países de la región, se destaca la importancia de las tasas de vacunación como un indicador. En CA “países como Guatemala, Nicaragua y Honduras han sido pobremente vacunados con bajas tasas de vacunación en comparación con países como Costa Rica, El Salvador y Panamá” (Castillo & Guerra de Castillo, 2022, p. 16). Además, Honduras y Nicaragua, partiendo del desempeño de los proveedores de vacunas seleccionados, empiezan tarde el proceso de vacunación, mientras que Costa Rica, si bien fue de los primeros países en empezar el proceso de vacunación, no alcanza su primer pico por encima de los 40 mil vacunados hasta julio del 2021, mientras que el Salvador logra esta meta en abril del 2021. A esto se le debe de sumar los días que requiere cada país para alcanzar el 70% de la población vacunada, elemento que involucra tanto la disponibilidad de vacunas como las tasas de vacunación diarias (Castillo & Guerra de Castillo, 2022, p. 16).

Para los autores, ante estos resultados, es pertinente prestarles atención a los retos de la cadena de suministros de vacunación en Centroamérica, lo cual incluye: la planificación en cuanto a negociaciones y acuerdos de compras, la capacidad de asimilación o distribución interna de las vacunas, la evaluación de movilidad interna por país, la complejidad de la vacunación y la complejidad de logística de esta (Castillo & Guerra de Castillo, 2022).

La literatura enfocada en el contexto de CA se caracteriza por estudios de caso según cada país. Sobre Panamá, se destaca que uno de los principales retos que el país enfrentó en materia de vacunación fue “la falta de capacidad de producción de las empresas que producen vacunas COVID-19, que se traduce en lotes pequeños recibidos y en tasas de vacunación diarias bajas” (De Castillo & Castillo, 2022, p. 31). Las vacunas administradas en Panamá hasta junio del 2021 han sido principalmente Pfizer y AstraZeneca, esta última a través del mecanismo COVAX. Otro de los desafíos fue que “la población de ciertas regiones no acude a vacunarse, por lo que se han implementado puestos de vacunación lo más cerca de estas poblaciones y con la facilidad de acceder a través de carros, bicicletas y caballo” (De Castillo & Castillo, 2022, p. 31).

Partiendo de lo anterior, De Castillo y Castillo sugieren que el gran reto de ALC es la cooperación y coordinación para facilitar una distribución equitativa de la vacuna. Además, tomar en cuenta lecciones aprendidas de otras crisis por temas virales como el H1N1 y el Ébola, dentro de las cuales se destacan: información actualizada sobre la producción de vacunas, así como de otros insumos, a través de alianzas entre entidades federales y productores de vacunas, planificación basada en escenarios de suministros de vacunación viables, utilizar sistemas de vacunación de niños como forma de responder a la distribución vacunas por emergencia, utilizar criterios de distribución preestablecidos y basados en la evidencia para la priorización, regular globalmente el desarrollo de vacunas e implementar estrategias de comunicación que permitan fortalecer la confianza (De Castillo & Castillo, 2022, pp. 33-34).

Finalmente, los autores evalúan la necesidad de un Hub de distribución de vacunas contra COVID-19 en ALC, lo cual “reduciría los costos logísticos para la distribución de vacunas en pequeñas cantidades recibiendo grupos grandes de envíos para su redistribución en aeronaves más pequeñas y rutas más cortas” (De Castillo & Castillo, 2022, pp. 38-39). En este sentido, sugieren que Panamá cuenta con las condiciones y ventajas para ser un Hub regional de distribución de vacunas y de implementos médicos necesarios, lo cual contribuiría a una aplicación más equitativa que apoye a en toda la región (De Castillo & Castillo, 2022, p. 48).

Sobre el caso costarricense, la literatura se ha enfocado principalmente en los resultados del proceso de vacunación, tomando en cuenta el número de casos, así como los pacientes internados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y fallecimientos. En este sentido, Alvarado y Navarro destacan que a partir de octubre del 2021 los contagios empezaron a declinar, logrando inclusive cero decesos en diciembre del 2022, en lo cual la vacunación ha tenido un papel clave (Alvarado & Navarro, 2022, p. 160).

En esta misma línea, trabajos como el de Rojas (2021), han analizado algunas medidas implementadas en Costa Rica para la reducción de casos por COVID-19, tales como horarios de lugares públicos, cierre de establecimientos, restricción vehicular, así como la vacunación. El autor concluye que estas medidas muestran una contribución importante en la disminución de casos semanales, “por ejemplo, la vacunación aportó con una contribución con tendencia creciente en la reducción de casos por semana” (Rojas Rojas & Romero Redondo, 2021, p. 6). (Sobre esto también véase (Barquero et al., 2022).

Con respecto a El Salvador, este caso ha presentado algunos elementos que lo hacen particular en la región de CA, tales como los resultados en materia de casos

confirmados de COVID-19, tasas de vacunación, así como el ritmo de las inoculaciones. Sin embargo, Ayala (2021) expone que el manejo de la pandemia en este país se ha caracterizado por un enfoque excesivamente policial y militar, además de que las deficiencias en política social son notables (Ayala Durán, 2021, pp. 73-74).

Partiendo de lo anterior, el autor subraya la necesidad de incorporar la confianza en el gobierno, como un elemento en el abordaje de la pandemia en El Salvador, ya que considera que “las personas pueden reaccionar diferentemente a información científica sobre el Covid-19, en función de la confianza depositada en determinados líderes partidarios” (Ayala Durán, 2021, p. 75). Para esto, se aborda la confianza pública en la figura del ministro de salud Francisco Alabí y del presidente salvadoreño Nayib Bukele. Haciendo una revisión de grado de confianza en la región latinoamericana, Ayala (2021) señala que hay altas valoraciones en la figura presidencial de Uruguay, con un 68 % de aprobación y de Chile, con un 50 %, países que han mostrado destacados planes de vacunación contra el COVID-19, sin embargo, “la valoración presentada para el presidente de El Salvador y su ministro de salud son notablemente altas e incluso superiores a las reportadas en otros países de América Latina” (Ayala Durán, 2021, pp. 87-88).

Esto llama especialmente la tensión si se toman en cuenta las violaciones a los derechos humanos, tales como detenciones arbitrarias, cuarentenas excesivas, así como el uso de la violencia. Además, “información válida para el manejo de la crisis ha sido oficialmente declarada como secreta, por ejemplo, el plan nacional de vacunación” (Ayala Durán, 2021, p. 88). Para el autor, la confianza de la sociedad salvadoreña en figuras como el presidente y el ministro de salud posiciona la idea de que la percepción en torno a la competencia de los funcionarios públicos puede influir en el cumplimiento voluntario de una gran cantidad de medidas públicas.

El trabajo de Rodríguez et al (2022), reitera que en el Salvador se registraron irregularidades en la contención de la pandemia, tales como la inconstitucionalidad de las restricciones a la movilidad de la población producto de la cuarentena, la represión, encarcelamiento así como restricciones de ingreso al país para ciudadanos salvadoreños (Rodríguez et al., 2022, p. 65). En relación con la vacunación, el autor también destaca que el gobierno limitó el acceso a presupuestos, licitaciones y gastos de emergencia, determinándola como “información reservada”, por ejemplo, “tres años de reserva pública para el plan nacional de vacunación, cinco años para el proceso de adquisición de

vacunas, y siete años de reserva para contratación y pagos, entre otros” (Rodríguez et al., 2022, p. 66).

Con respecto a Nicaragua, la pandemia por COVID-19 llega en el marco de un régimen político autoritario, en el cual el partido político de Ortega, FSLN, tiene un fuerte control sobre la Asamblea Legislativa y la Corte Suprema. Por lo que “la capacidad de respuesta de la política ante el COVID-19 se subordinó a las decisiones de una poderosa élite política, que anunció decisivamente una retórica desdeñosa hacia el COVID-19” (Rodríguez et al., 2022, p. 67).

En esta misma línea, Huete-Pérez (2022) indica que, a pesar del arranque del proceso de vacunación, a junio del 2021 no se había vacunado ni al 3% de la población, y que difícilmente se alcance el 80% requerido para disminuir la amenaza del virus (Huete-Pérez & Ortega Hegg, 2021, p. 177). De manera que “los rebrotes, las nuevas variantes del virus, la vacunación rezagada, insuficiente y politizada, nuestras vidas seguirán pendiendo de un hilo y el virus continuará transmitiéndose interminablemente mientras no se modifique la estrategia para enfrentar la pandemia” (Huete-Pérez & Ortega Hegg, 2021, p. 177).

Para el autor, el país necesita optar por la inmunidad individual y colectiva, mediante un proceso de vacunación masiva, ágil y eficiente así como desistir de la política negligente del contagio intencionado (Huete-Pérez & Ortega Hegg, 2021, p. 178). Sin embargo, también destaca que en el caso de Nicaragua además de los factores políticos e institucionales señalados, se debe tomar en cuenta el acceso a las vacunas, ya que “no se ha podido acceder a las donaciones de vacunas de Pfizer y BioNTech, principalmente porque estas requieren ser transportadas y almacenadas a temperaturas bajas extremas con las que el país no cuenta” (Huete-Pérez & Ortega Hegg, 2021, p. 181).

Por su parte, sobre Honduras se presentan dos líneas de análisis, la primera de estas aborda la gestión de datos para enfrentar la pandemia. En ese sentido, Pineda et al (2021), destacan que, en las valoraciones que realizan los equipos locales de contención, se debe contemplar si las variaciones estadísticas responden a: la disponibilidad de pruebas diagnósticas, las variantes del virus que circularían en cada región así como otros factores que pueden aumentar el contagio, tales como el exceso de confianza y la disminución en las medidas de bioseguridad, presentadas posteriormente a la aplicación de la primera o segunda dosis de la vacuna contra el COVID-19. Esto puede contribuir a explicar variaciones como por ejemplo que en Francisco Morazán se ha vacunado al menos el 50% de la población elegible (población mayor a 12 años), pero La Paz, Valle

e Islas de la Bahía solamente se ha vacunado alrededor de un 30% y en Cortés al menos al 22%, por lo que resultó importante acceder a datos de vacunación desagregados que permitan correlacionar casos, vacunas y mortalidad (Pineda et al., 2021, p. 122).

La segunda línea de análisis tiene que ver con los desafíos que ha enfrentado el país en cuanto al proceso de vacunación. Se destaca que Honduras presenta la tasa más baja de prueba para detectar COVID-19 por millón de habitantes, así como uno de los porcentajes más bajos de cobertura de vacunación en la región centroamericana (González & Fernandez-Silano, 2022, p. 371). Uno de los desafíos detectados tiene que ver con el acceso a las vacunas, ya que en Honduras “no se programó compra de vacunas por la Secretaría de Salud con anticipación, situación que ha retrasado el proceso, ya que se contaba con la opción de alianza COVAX para adquirir algunas dosis de vacunas” (González & Fernandez-Silano, 2022, p. 376). Sin embargo, el Instituto Hondureño de Seguridad Social gestionó la compra de vacunas para pacientes asegurados (González & Fernandez-Silano, 2022, p. 376).

Los lotes de vacunas donados y comprados fueron llegando paulatinamente, según las disposiciones de países donantes y casas farmacéuticas, lo cual también impactó en el tiempo para acceder a la vacuna. Y debido a que el país no sostiene relaciones comerciales con China, también se limitó el acceso a otras opciones de vacunas. Estos obstáculos relacionados con retrasos en la adquisición y los períodos de entrega, dificultaron el intervalo de aplicación de las vacunas, por lo que se requirió de un proceso de vigilancia en cuanto a la eficacia de la vacuna (González & Fernandez-Silano, 2022, p. 378).

Además, en términos de capacidades de vacunación, también se destaca el bajo presupuesto asignado al proceso, que se vio reflejado en la carencia de personal de salud, así como de la infraestructura necesaria (González & Fernandez-Silano, 2022, p. 378). Por lo tanto, se hace necesario que el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del Ministerio de Salud Pública, intente llegar a los niveles óptimos de vacunación en el menor tiempo posible, tal y como lo ha hecho en el pasado con los otros esquemas de vacunación, incluyendo jornadas de vacunación masivas. Sin embargo, no se cuenta con una planificación clara en la adquisición de la vacuna, lo cual podría complicar el proceso (González & Fernandez-Silano, 2022, p. 379).

Objeto de Estudio

Procesos políticos e institucionales que dan cuenta de las políticas de vacunación contra el COVID-19 en 6 países de Centroamérica.

Preguntas de Investigación

¿Cómo la institucionalidad y la gestión política frente a la vacunación contra el COVID-19 explican la variabilidad de desempeños en la región centroamericana a lo largo de 2021?

Capítulo de marco teórico y metodología

Marco Teórico

La pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2 ha sometido al mundo entero a una “coyuntura crítica”, dadas las implicaciones sanitarias, económicas, políticas y sociales del COVID-19. Tal y como lo indican Blofield et al (2020), esta “coyuntura crítica” forzó a los gobiernos a adoptar medidas para prevenir la propagación del virus, así como otras para mitigar los impactos socio económicos, siendo los estados los encargados de direccionar recursos para dichos fines (Blofield et al., 2020b).

La “coyuntura crítica” en el marco de la pandemia por COVID-19, impulsó un proceso expansivo de política social en la región latinoamericana, tanto en materia de atención sanitaria como de protección social. Sin embargo, esta expansión ocurrió en condiciones muy diferentes del proceso de las últimas dos décadas, donde la expansión fue gradual y, en su mayoría, resultante de un amplio debate sobre políticas (Blofield et al., 2020b, p. 21).

Como parte de la política social en el marco de esta “coyuntura crítica”, se encuentran las políticas de vacunación. El desempeño de vacunación en los países de la región latinoamericana (LA) tiene una trayectoria particular, el acceso a las vacunas ha sido desigual, tanto a lo interno de cada país como entre cada uno de estos, mientras que la cobertura es heterogénea (Drexler & Hoffmann, 2021). Para la región centroamericana (CA) los datos de “Our world in data” a principios de septiembre de 2021 mostraban que el rango de población que había recibido al menos una dosis contra la COVID-19 oscilaba entre el 7% de Nicaragua y el 64% de Panamá. Para la misma fecha, El Salvador, un país con un grado de desarrollo de política social históricamente débil, había vacunado al 58% de su población, solo dos puntos porcentuales por debajo de Costa Rica, y 18 puntos porcentuales por encima del país con la política social más robusta de Centroamérica. Por último, Guatemala, otro país con un Estado históricamente débil, ha vacunado al 19% de su población, casi 3 veces más que Nicaragua.

Estos datos sugieren que los legados históricos, tanto institucionales como fiscales, no explicarían mecánicamente el desempeño en vacunación de los países centroamericanos. Por el contrario, es necesario dar cuenta de los procesos políticos actuales que, aunque influenciados por dinámicas transnacionales, muestran profundas variaciones nacionales. En el centro de estas variaciones está el Estado: son los Estados

los que actualmente tienen en sus manos desde la negociación con los proveedores hasta la administración de las vacunas. ¿Cómo explicar las profundas variaciones nacionales?

La dinámica política e institucional podría explicar esta diversidad de desempeño, en términos de acceso - pero también en términos de suficiencia (expresada en la relación entre primeras dosis y calendarios completos de vacunación) y equidad (expresada, por ejemplo, en la distribución territorial de las vacunas). En algunos casos, hay coherencia con la trayectoria institucional en materia de política social; en otros, no.

A continuación, se presentan cinco factores explicativos que, de acuerdo con la literatura, pueden contribuir a entender las variaciones de los resultados de las políticas de vacunación de los países centroamericanos. Estas dimensiones son: los regímenes políticos, los liderazgos políticos, los legados de la política, las capacidades estatales y las arquitecturas de la política pública.

Regímenes Políticos

O'Donnel (2007), define régimen político como “el conjunto de pautas formales e informales, explícitas e implícitas, que determinan los canales de acceso a los principales cargos de gobierno, las características de los actores admitidos y excluidos de tal acceso, y los recursos y estrategias que pueden emplear para lograr los mismos” (O'Donnel ,2007, p.36). Esta definición subraya que ese conjunto de pautas que rigen el acceso al poder puede ser explícito o implícito, por lo tanto, el régimen no se limita a lo que se establece formalmente en la legislación.

Según Wood y Gough (2006), por régimen se entiende un conjunto de normas, instituciones e intereses estructurados que imponen a los individuos mediante procedimientos de cumplimiento. Estas reglas y normas pueden imponerse desde arriba utilizando formas de poder político, o pueden surgir informalmente de la interacción constante. Empíricamente existe una interacción entre ambos: los regímenes siempre están determinados con cuestiones de poder, conflicto, dominación y acomodación. Los regímenes tienden a reproducirse a lo largo del tiempo como resultado de la forma en que se definen y estructuran los intereses. En situaciones de cambio rápido, perturbación o crisis, los regímenes pueden desintegrarse y ser sustituidos por otro régimen, por la competencia entre regímenes o por la desintegración institucional (Wood & Gough, 2006, p. 9).

Las instituciones son un componente esencial, así como una expresión del tipo de régimen político. Para Scartascini y Tommasi (2012), la institucionalización es algo que

sucede en el tiempo producto de inversiones que realizan los actores políticos, y se asocia a conjuntos particulares de creencias (Scartascini & Tommasi, 2012, p. 3). Según los autores, una mayor institucionalización trae mejores resultados de política pública y mejores resultados sociales y económicos (Scartascini & Tommasi, 2012, p. 5). Dentro de las instituciones destacadas por los autores están: partidos políticos en sistemas institucionalizados, legislaturas con fuertes capacidades para participar activamente en la definición de las políticas públicas, poderes judiciales independientes, y sistemas de servicio civil bien desarrollados (Scartascini & Tommasi, 2012, p. 5).

La democracia ha jugado un papel fundamental en la expansión de las políticas sociales en algunos países de América Latina, especialmente en la década de 1990 y principios de la de 2000. Su influencia se ha manifestado a través de mecanismos de largo y corto plazo que han contribuido a la construcción de un sistema de protección social más robusto en la región (Arza et al., 2022b, p. 27)

En el largo plazo, la democracia ha generado un espacio propicio para la movilización de organizaciones de la sociedad civil y partidos de izquierda. Estos actores, con agendas centradas en la promoción del bienestar social, han presionado históricamente por la ampliación de los programas sociales (Arza et al., 2022b, p. 27).

En el corto plazo, la competencia electoral ha servido como un incentivo para las élites políticas. En un contexto democrático, donde el voto popular es determinante para acceder al poder, los políticos se ven impulsados a ofrecer propuestas que atiendan las necesidades de la población. La expansión de las políticas sociales se convierte en una herramienta para atraer el voto, especialmente de aquellos sectores que tradicionalmente han estado marginados (Arza et al., 2022b, p. 27).

Con respecto a las políticas del sector salud, Wigley y Akkoyunlu (2011), argumentan que las democracias tienden a implementar mejores políticas y resultados de atención médica, debido a factores como la rendición de cuentas, la presión de los grupos de interés y la susceptibilidad a la crítica pública (Wigley & Akkoyunlu-Wigley, 2011, p. 4).

La pandemia de COVID-19 ha irrumpido en un escenario complejo para la democracia representativa y distinto al período expansivo de la década de 1990 y principios de la de 2000. A las secuelas de tres décadas de globalización neoliberal, caracterizadas por la desregulación económica, el debilitamiento del Estado y la exacerbación de las desigualdades, se suman los efectos de la gran recesión y las políticas de austeridad que se implementaron para afrontarla. Estas últimas, incluso en países ricos,

han profundizado la fragilidad social y erosionado la confianza en las instituciones (Barbeito Iglesias & Iglesias Alonso, 2020, p. 704).

Según lo indica Chapman (2024), la imagen típica de un gobierno autoritario es la de un hombre fuerte que preside a una población mediante el miedo y la represión. Invoca imágenes de masas aterrorizadas incapaces de participar en la vida política sin temor a represalias, hasta que, finalmente, los ciudadanos salen a las calles y derrocan al dictador. En este escenario, los autócratas gobiernan mediante la coerción hasta que pierden tanto contacto con la opinión pública que son derrotados (Chapman, 2024, pp. 4-5)

No obstante, Chapman (2024) argumenta que las demandas de legitimidad son fundamentales para la persistencia autoritaria: la legitimación garantiza el consentimiento y el cumplimiento de las normas del régimen y obstaculiza las reclamaciones de la oposición. Sin legitimidad, las autoridades tienen dificultades para mantenerse en el poder a largo plazo. Las estrategias de legitimación no son competencia exclusiva de los regímenes democráticos: Los regímenes con "déficits democráticos" también emplean cuidadosamente una combinación de estrategias para cultivar la legitimidad entre los ciudadanos y las élites que pueden parecer similares a las audiencias democráticas. (Chapman, 2024, pp. 7-8).

Sumado a esto, es importante considerar la relación entre los regímenes políticos y la formulación de políticas. En su trabajo de Boda y Sebők (2021), afirman que la dinámica de las políticas, es decir, los patrones de estabilidad y cambio de estas varían según el tipo de régimen político. Afirman que los cambios políticos a gran escala son mayores y más frecuentes en los regímenes no democráticos (o: "no libres"), lo que interpretan como un signo de un sistema de formulación de políticas deficientemente adaptativo.

Boda y Sebők (2021) enfatizan que los regímenes no democráticos se caracterizan por ciertos mecanismos que afectan la formulación de políticas:

- En los regímenes no democráticos, los actores políticos relevantes son mucho menos numerosos, y la falta de controles o equilibrios políticos e institucionales hace que las reformas políticas radicales sean más fáciles de aplicar.
- Algunos líderes autocráticos no están sujetos al voto popular y, por lo tanto, están menos motivados para reaccionar con diligencia a las necesidades, demandas y expectativas del pueblo.

- Dependiendo de las particularidades de régimen, los no democráticos, a menudo dependen de la toma de decisiones populistas gobernadas por las encuestas, centrándose en unas pocas cuestiones simbólicas y políticamente importantes, mientras descuidan un gran número de otros problemas. Es posible que se emprendan políticas espectaculares y a gran escala en función de las primeras; es posible que no se inicie ninguna acción en función de las segundas, pero si esos problemas se encuentran, en un momento dado también pueden requerir cambios significativos. Ambas lógicas afectan los patrones de estabilidad y cambio.
- La centralización es más fuerte en los regímenes no democráticos y dentro de las características de esta condición cabe destacar: la relativa debilidad de los actores políticos autónomos, las limitaciones de los espacios políticos y la naturaleza jerárquicamente organizada. Sin embargo, la centralización proporciona un terreno fértil para tomar decisiones importantes y los detentadores del poder a menudo aprovechan esta oportunidad.

Lo anterior evidencia que el régimen político es un factor explicativo fundamental en el desarrollo de la política social, tanto si se habla de regímenes democráticos como de los no democráticos (Mulligan et al., 2021), estos últimos requieren de mayor exploración y coyunturas de shock como la reciente pandemia, refuerzan esta necesidad.

Si bien el tipo de régimen político contribuye a comprender el desempeño de vacunación de un país, resulta insuficiente para explicar la totalidad de los casos en Centroamérica. La diversidad de experiencias dentro de la región exige considerar otros factores que complementen el análisis y permitan una interpretación más profunda de lo ocurrido. En este sentido, los tipos de liderazgos políticos que han destacado en cada país juegan un papel fundamental. El estilo de liderazgo, la trayectoria personal del líder, su relación con las élites y su capacidad para movilizar a la población son elementos que pueden influir significativamente en el rumbo de un país, incluso dentro de un mismo tipo de régimen.

Liderazgos políticos

Schwalb et al (2022) argumentan que, los liderazgos excepcionales en tiempos de crisis pueden ser un factor explicativo en los resultados de política social y específicamente en la vacunación contra el COVID-19. (Schwalb et al., 2022, p. 2). Delgado (2004) destaca la importancia de considerar el liderazgo individual como un fenómeno complejo y multidimensional, que involucra tanto aspectos personales como

contextuales. Una delimitación de esta categoría de análisis incluye reconstruir: trayectoria vital, pensamiento y agenda política del líder, junto a la presencia y el papel de los seguidores y la acción política como espacio para la legitimación del liderazgo (Delgado, 2004, 8).

Dichos elementos, impactan las agendas de política pública y su implementación, en el tanto cada líder tiene incentivos particulares, que pueden cambiar el rumbo de la política social implementada. Por ejemplo, un líder político puede tener incentivos para la vacunación, como fue el caso de Nayib Bukele en el Salvador, mientras que otro, puede tener incentivos para no asumir la pandemia como una bandera de su gestión, como fue el caso de Daniel Ortega en Nicaragua. Ello a su vez, impactará el resultado de la política en cuestión. Delgado (Delgado, 2004), argumenta que un primer paso a la hora de contemplar esta categoría consiste en incorporar: 1) Una tipología de liderazgos. 2) Imágenes del liderazgo: características, identificación del líder y de los seguidores, la influencia seguidor-líder y la contingencia.

Las explicaciones de los acontecimientos públicos centradas en los líderes tienen más probabilidades de ser robustas cuando los líderes poseen la reputación de asumir y ejercer mucho poder e influencia. Ejercerán esa influencia en cuestiones que sean de gran interés personal o de importancia estratégica para ellos; y eso no puede manejarse fácilmente mediante procedimientos rutinarios e institucionalizados. Estas ventanas de oportunidad surgen ante cuestiones sin precedentes, agudas, riesgosas y polémicas, en particular cuestiones vistas como “crisis” (R.A.W & 'T Hart, 2014, pp. 21-23).

El liderazgo político puede jugar un rol tanto en contextos democráticos, así como en autoritarios. Los líderes democráticos en ocasiones hacen concesiones difíciles, como utilizar medios discutibles para lograr fines inherentemente respetables, aunque políticamente controvertidos. De manera similar, los jefes de gobierno que han obtenido el poder por medios no democráticos y ocasionalmente gobiernan mediante el miedo, la intimidación y el chantaje, también pueden aspirar a objetivos ampliamente compartidos y moralmente aceptables. Incluso pueden perseguir esos objetivos con medios respetables y con el consentimiento de la mayoría de la población (R.A.W & 'T Hart, 2014, pp. 21-23)

Comprender el liderazgo requiere que se abarquen todos sus matices de gris: liderar y seguir, héroes y villanos, los capaces y los ineptos, ganadores y perdedores (R.A.W & 'T Hart, 2014, pp. 21-23).

El liderazgo político no se limita a la mera capacidad individual. Es una compleja danza entre las habilidades del líder y el contexto histórico en el que se desenvuelve. El momento histórico y el contexto político moldean las decisiones que toma el líder, determinando cuándo impulsar qué ideas, librar qué batallas y afrontar o ignorar qué problemas sociales. Las consideraciones de oportunidad política, momento e impulso son cruciales para el liderazgo (R.A.W & 'T Hart, 2014, p. 172).

En la vida política, las dinámicas temporales como el ciclo diario de noticias, el ciclo electoral de tres o cuatro años, las oleadas de opinión pública y el "realineamiento de los partidos" son fundamentales para configurar las consideraciones y los comportamientos de la mayoría de los actores. Dada su importancia en la estructuración de la vida pública, anticipar, utilizar e incluso modificar los parámetros de estos ciclos y las "ventanas de oportunidad" que presentan, constituyen importantes vías para ejercer el liderazgo (R.A.W & 'T Hart, 2014, p. 172).

Cualquier enfoque sobre el liderazgo en contexto de crisis debe tener en cuenta el hecho de que los líderes políticos (en particular, pero no exclusivamente, los líderes gubernamentales) a menudo son llamados a jugar tres roles distintivos: soberano, facilitador y símbolo. Como soberano, un líder de crisis está llamado a tomar decisiones autorizadas sobre el despliegue de recursos estatales para intervenir en la crisis; como facilitadores, los líderes son meta-gobernadores que movilizan y alinean las acciones de diferentes partes interesadas; y como símbolo, el papel de liderazgo es icónico tanto para el esfuerzo de respuesta como para la comunidad política en general (R.A.W & 'T Hart, 2014, p. 303)

Sin embargo, se debe tener en cuenta que estos roles pueden ser complementarios y que pueden producir consecuencias no deseadas.

Tal y como se indicó anteriormente, el liderazgo político, lejos de ser una mera cualidad individual, se configura como un complejo entramado donde la capacidad del líder se entreteje con el contexto histórico y las características institucionales de cada país. La fortaleza o debilidad de las instituciones, como el sistema de salud pública, los mecanismos de coordinación intergubernamental y la transparencia en la gestión de recursos, juegan un papel fundamental en la capacidad de cada nación para responder a la crisis sanitaria.

Legados y retroalimentación de política

La relación de los legados de política con la naturaleza y alcance de la política social ha sido discutida por distintos autores (Huber and Stephens 2001; Filgueira 2005; Brooks 2009; Dion 2010; Castiglioni 2005, Haggard and Kaufman 2008; Pierson 1994). Dicha relación encuentra sustento en los aportes del Institucionalismo Histórico (IH), corriente que le otorga un lugar destacado a la dependencia de la trayectoria (Path-Dependence). Pierson y Skocpol (2008) definen la dependencia de la trayectoria como “la dinámica de los procesos de retroalimentación positiva en un sistema político” (Pierson & Skocpol, 2008, p. 12). Esto quiere decir que una vez que se establece una determinada institucionalidad y relaciones de poder, estas tenderán a reproducirse. A la vez, los momentos de shocks pueden dar lugar a “coyuntura críticas” interrumpen temporariamente los mecanismos de retroalimentación y que pueden potencialmente crear nuevos arreglos que a su vez serán reforzados en el futuro (Pierson & Skocpol, 2008, p. 13).

Según Pierson y Skocpol (2008) la prevalencia del trayectoria dependiente, conlleva a prestarle atención a las dimensiones temporales de los procesos políticos, ya que se reconoce el rol de la causalidad histórica, en la que las dinámicas desatadas por un evento o proceso en un punto en el tiempo se reproducen, incluso en ausencia de la recurrencia del evento o proceso original (Pierson & Skocpol, 2008, p. 13). Por ejemplo, en el caso de luchas políticas contemporáneas, desde el IH, es fundamental considerar que las preferencias y grupos de interés en la política, se ven afectados por los resultados distributivos heterogéneos, surgidos a partir de diferentes patrones de desarrollo.

Para el IH, la política de un determinado momento, depende de “la historia que dio forma al terreno de las preferencias y los actores”, donde se puede encontrar “gran parte de la relevancia causal para explicar la política y la hechura de las políticas contemporáneas” (Pierson & Skocpol, 2008, p. 13).

Según Pribble (2013), la importancia de los legados de política en los resultados de la política social se basa, en primer lugar, en que estos estructuran los tipos de problemas que existen. Por ejemplo, en el caso de la educación, una política que amplía la matrícula escolar sin construir nuevas escuelas probablemente generará una herencia de hacinamiento, que luego deberá ser abordada por reformas posteriores. Además, los legados de la política determinan la presión fiscal para la reforma. Esto ha sido especialmente cierto desde la década de 1980, cuando la agenda neoliberal obligó a los

estados latinoamericanos a equilibrar los presupuestos y garantizar la "eficiencia" en su gasto social. En este contexto, las políticas que representan una carga significativa para los recursos estatales pueden proporcionar a los reformadores potenciales un mayor apoyo para sus iniciativas (Pribble, 2013a, p. 26).

En segundo lugar, los legados de políticas influyen en el proceso de reforma al estructurar la distribución de poder dentro del sector de políticas. Esto puede fortalecer a algunos grupos y debilitar a otros. Los sectores de políticas están compuestos por grupos de interés diferentes, y los legados pueden haber fortalecido a algunos de estos grupos y debilitado a otros. Por lo tanto, los reformadores pueden enfrentar resistencia de los grupos que se benefician de las políticas heredadas y que no quieren ver cambios en el statu quo (Pribble, 2013a, pp. 26-27).

Teniendo como base esta literatura, se considera que, en aquellos contextos donde existían programas de inmunización robustos, los tomadores de decisiones contemplaron la vacunación como una de las principales estrategias para enfrentar la crisis de la Covid-19, lo cual generó mejores condiciones para el desempeño de la política. Los legados permiten considerar el punto de partida en el que se ubicaba cada uno de los países de la región en el momento en el que es detectado el riesgo por COVID-19 y se procede a adoptar medidas para prevenir la propagación del virus.

Por ejemplo, las desigualdades en el sector salud fueron un aspecto crítico que afectó la respuesta y los resultados de los sistemas de salud de América Latina a lo largo de la pandemia. En el “Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020” elaborado por el Banco Mundial (BM), se indica que en la región LA, “los niños de 15 a 23 meses en hogares de bajos ingresos tienen un 11% menos de cobertura de inmunización completa que aquellos en hogares de altos ingresos”(OECD & The World Bank, 2020), lo cual es una muestra de los retos enfrentados por los países de la región para poner a disposición la vacuna contra el Covid-19 de manera equitativa.

Los legados de política establecen el conjunto de opciones disponibles para los líderes políticos. Definen las limitaciones y posibilidades percibidas por los responsables políticos en cuanto a la capacidad de acción del Estado. Estos legados proporcionan planes y herramientas que las élites pueden utilizar para ofrecer y expandir la asistencia. (Blofield et al., 2023, pp. 25-26).

Tal y como lo indican Blofield et al, el contexto del COVID-19 requería una respuesta rápida, lo que implicaba que los políticos no tenían tiempo para estudiar modelos alternativos o debatir diferentes enfoques, como ha sucedido en otros momentos

de cambio de políticas. Por el contrario, el horizonte temporal comprimido hizo que las herramientas existentes, creadas por los legados de política, adquirieran una importancia crucial. En lugares donde existía un programa de inmunización relativamente sólido, los responsables políticos podían recurrir no solo a las bases de datos de usuarios y redes de distribución de beneficios preexistentes, sino también utilizar la red como modelo para una mayor expansión de la protección social (Blofield et al., 2023, p. 26).

Además de la expansión de la política, el diseño de programas previos configura no solo las actitudes de las élites, sino también las de los ciudadanos, en relación con el rol del Estado en la provisión de determinados beneficios. Cuando los programas tienen una cobertura amplia, los ciudadanos a menudo llegan a esperar y apoyar dicha intervención estatal (Blofield et al., 2023, p. 26). En general, los programas de inmunización en Centroamérica han tenido un progreso significativo en las últimas décadas. La mayoría de los países han logrado alcanzar altas tasas de cobertura para las vacunas básicas del calendario infantil, lo que ha contribuido a la reducción de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación.

Por lo tanto, se parte de la premisa de que en vísperas de la pandemia, la vacunación formaba parte de la agenda de políticas públicas de la región y por lo tanto, la ciudadanía ve al Estado como un actor crucial en la provisión de este beneficio. Un ejemplo de esto se encuentra en la baja incidencia del escepticismo de las vacunas en Centroamérica, en comparación con otras regiones del sur global como África.

En el análisis exhaustivo del desempeño de las campañas de vacunación contra la COVID-19, emerge como imperativo metodológico la necesidad de examinar en profundidad el papel fundamental de los legados de política. Este enfoque, sin embargo, requiere una ampliación conceptual que incorpore la capacidad estatal como variable explicativa crítica, permitiendo así una comprensión más matizada y holística del fenómeno en cuestión.

La integración de la capacidad estatal en este marco analítico ofrece una lente interpretativa crucial. Definida como la habilidad del aparato gubernamental para diseñar e implementar políticas públicas efectivas y alcanzar objetivos predeterminados, la capacidad estatal se erige como un puente conceptual entre los legados de la política y las respuestas gubernamentales ante la crisis sanitaria actual.

Este enfoque integrado permite dilucidar los mecanismos a través de los cuales las decisiones políticas acumuladas a lo largo del tiempo han moldeado las estructuras institucionales y las capacidades operativas de los estados. Así, se establece una conexión

causal entre los legados de política, la capacidad estatal desarrollada, y la subsecuente implementación de las campañas de vacunación.

Capacidad Estatal

Se reconoce ampliamente que las instituciones estatales ejercen una influencia considerable en resultados como el crecimiento económico, el desarrollo humano, los conflictos civiles, la seguridad internacional y la consolidación de la democracia. Sin embargo, junto con la proliferación de teorías que incluyen la capacidad estatal como variable explicativa, ha surgido una divergencia en su conceptualización, lo que impide la comparación de hallazgos y la ampliación en la comprensión de sus funciones (Hanson & Sigman, 2013, p. 1).

La capacidad estatal ha cobrado relevancia como factor explicativo de los resultados de las políticas sociales durante la reciente pandemia. Sin embargo, investigaciones recientes también reiteran los desafíos que implica definir este concepto, identificar sus dimensiones y determinar cómo medir y operacionalizarlo (Aminah & Susilo, 2021), (Yen et al., 2022).

En la presente investigación, la capacidad estatal será entendida como una subcategoría de los legados de la política, partiendo de que el conjunto de efectos duraderos de las decisiones tomadas por gobiernos anteriores puede ejercer una influencia significativa en la capacidad del Estado para actuar en el presente y en el futuro.

La relación entre los legados de la política y la capacidad estatal es compleja y multifacética. En algunos casos, los legados pueden actuar como un obstáculo para el desarrollo de la capacidad estatal. En otros casos, pueden servir como una plataforma para fortalecer la capacidad del Estado. Comprender esta relación es crucial para abordar el desarrollo de la política social.

Diversos estudios han demostrado que los legados de la política pueden afectar la capacidad estatal de diversas maneras. Políticas públicas mal diseñadas en el pasado, pueden generar problemas estructurales que dificulten la acción efectiva del Estado en el presente, por ejemplo en el caso de la educación, una política que amplíe la matrícula escolar sin construir nuevas escuelas probablemente generará un legado de hacinamiento, que luego tendría que abordarse mediante reformas posteriores. En cambio, políticas públicas exitosas pueden crear activos y capacidades que fortalezcan la capacidad del Estado para enfrentar nuevos desafíos (Pribble, 2013a, p. 26)

Según Skocpol (1985), la capacidad estatal se define como la habilidad del Estado para movilizar recursos, controlar el territorio y cumplir con sus objetivos políticos. Su alcance no es uniforme en la región centroamericana, presentando variaciones tanto dentro como entre los países. Estas variaciones se pueden explicar por diversos factores como el legado histórico, el desarrollo socioeconómico y el contexto político.

Para Chudnovsky (2015), la capacidad estatal está compuesta por múltiples dimensiones, tales como: “la capacidad extractiva, la de implementar políticas u objetivos, la coercitiva, la político-institucional, la burocrática y la administrativa” (O’Donnell et al., 2015a, p. 15). La literatura en materia de capacidades estatales plantea que la definición y medición de estas presenta dos problemas: el primero relacionado su multidimensionalidad, por lo que no existe consenso sobre las dimensiones que la componen (hay posturas maximalistas y otras minimalistas), y el segundo, tiene que ver con la pregunta sobre capacidades para qué, ya que estas varían según el tipo de problemas públicos en cuestión (se debe de ajustar la definición de capacidad estatal al contexto sectorial en el que se pretende intervenir) (O’Donnell et al., 2015a, p. 17).

Sobre las dimensiones de la capacidad estatal, el trabajo de O’Donnell et al (2015), señala tres grandes líneas argumentales:

Capacidad Fiscal:

Charles Tilly (1992) identifica la dimensión fiscal y la coercitiva como centrales para explicar la capacidad estatal, indicando que las mismas surgen como un resultado de los esfuerzos que realizan los gobiernos nacionales para acceder a los mecanismos de financiamiento. El autor argumenta que es la guerra la que promueve la expansión del Estado-nación, ya que, para sostenerla, se requiere acumular capital, lo cual promueve el desarrollo de la capacidad del Estado para obtener recursos.

La propuesta de Tilly (1992) es una referencia para aquellos que retoman esa noción de capacidad estatal vinculada a la dimensión fiscal, tal es el caso de Cárdenas (2010), en cuyo trabajo destaca la importancia de que el Estado tenga la capacidad de recaudar, tomando en cuenta el modo en que lo hace, así como sus implicaciones. Este entiende la capacidad estatal como “la habilidad de un Estado para brindar bienes públicos y para respaldar a la economía con un marco legal fiable” (O’Donnell et al., 2015a, p. 59).

Capacidad administrativa: Poder Infraestructural

Mann (2015) distingue dos clases de poder, bastante distintos entre sí: por un lado, el poder despótico, que consiste en aquellas acciones que la élite estatal tiene la potestad de llevar a cabo sin consultar a los grupos de la sociedad civil y por el otro, el poder infraestructural (PI), la capacidad del Estado de intervenir la sociedad civil e implementar sus acciones en todos sus territorios (O'Donnell et al., 2015a, p. 107). De esta forma, los estados pueden ser fuertes de manera diferentes.

Para Mann (2015) el PI se compone de dos partes, incluye las relaciones entre el Estado y la sociedad así como aquellas entre los líderes del Estado y sus funcionarios (O'Donnell et al., 2015a, p. 108). Dichas relaciones funcionan en las dos vías, es decir, no son solamente aquellas que irradian del Estado, sino también aquellas que surgen en la sociedad civil e irradian hacia el Estado (O'Donnell et al., 2015a, p. 109).

A partir de la conceptualización del PI, Mann (1993) creó un modelo de cuatro tipos de Estados ideales: 1) cuando el poder despótico y el poder infraestructural eran bajos, el Estado era feudal (Europa medieval), 2) cuando el poder infraestructural era débil, pero el poder despótico era alto, el Estado era imperial (Imperio Chino); 3) cuando el poder despótico era débil, pero el poder infraestructural era fuerte, el Estado era burocrático (Gran Bretaña o los Estados Unidos en la actualidad); cuando tanto un poder como el otro eran altos, el Estado era autoritario (Unión Soviética) (O'Donnell et al., 2015a, p. 108).

Dicha propuesta fue replanteada por el autor modificando el tipo burocrático y autoritario. Con respecto al tipo burocrático, Mann (2015) afirma que “la esencia de la combinación de poder despótico bajo y de poder infraestructural alto no es la burocracia, dado que también está presente, de manera casi idéntica, en el tipo autoritario” (O'Donnell et al., 2015a, p. 109). La burocracia está presente en todos los estados modernos. Segundo, los estados modernos tienen otra característica que se comporta muy diferente en estos tipos de regímenes: el partido de movilización de masas. Cuando el poder despótico es bajo y el PI alto, partidos y grupos de presión compiten por el poder, “si la competencia partidaria se institucionaliza de modo estable, habilita a los Estados a movilizar a los ciudadanos apelando a su compromiso y logran legitimar su poder infraestructural” (O'Donnell et al., 2015a, p. 109).

En relación con el tipo autoritario, Mann (2015) argumenta que la característica definitoria no es la burocracia, ya que considera que el principal agente de los logros de la Unión Soviética es el Partido Comunista, un partido único estructurado

jerárquicamente, en el que sus miembros, supervisaban la autoridad pública y movilizaban al pueblo (O'Donnell et al., 2015a, p. 109)

A partir de esto, Mann (2015), sugiere dos dimensiones del poder del Estado: poder despótico y poder infraestructural, cuyas combinaciones se representan así: poder despótico e infraestructural bajo, Feudal, poder despótico bajo e infraestructural alto, Democracia, poder despótico alto e infraestructural bajo, Imperial y poder despótico e infraestructural alto, Partido Único. (O'Donnell et al., 2015a, p. 110)

Capacidad organizacional: dinámica intraburocrática

Oszlack (2015), plantea que la capacidad organizacional del Estado es fundamental para entender los procesos de implementación de políticas públicas. Oszlack (2015), propone una estrategia para el análisis de los procesos de implementación de políticas públicas, en la que prioriza la dinámica intraburocrática, tomando en cuenta las concepciones y modelos sobre formulación e implementación de políticas más difundidos en la experiencia latinoamericana (O'Donnell et al., 2015a, p. 155).

El autor entiende la burocracia como arena política, lo cual conlleva a concebir al Estado como “una instancia de articulación y dominación de la sociedad, que condensa y refleja sus conflictos y contradicciones tanto a través de las variables tomas de posición de sus instituciones, como de la relación de fuerzas existente en estas” (O'Donnell et al., 2015a, p. 167). En este sentido, si se visualiza el “ámbito institucional del Estado como una privilegiada arena de conflicto político, donde pugnan por prevalecer intereses contrapuestos y se dirimen cuestiones socialmente problematizadas”(O'Donnell et al., 2015a, p. 167), se puede concluir que su fisonomía y composición son un producto histórico, una síntesis de la sociedad civil (O'Donnell et al., 2015a, p. 167).

Para el autor, la burocracia es entendida como un sistema, en el que sus componentes mantienen relaciones de dependencia mutua o interdependencia, los cuales a su vez, se pueden diferenciar analíticamente (O'Donnell et al., 2015a, p. 175).

Desde esta perspectiva, Oszlack (2015) cruza tres formas de interdependencia, resultantes de la dinámica política en la dimensión burocrática: jerárquica, funcional y material o presupuestaria, con tres tipos de regímenes: burocrático-autoritario, democrático-liberal y Patrimonialista. La Tabla 1 presenta una síntesis al respecto:

Tabla 1

Interdependencias burocráticas

	Tipo de Régimen

Tipo de Interdependencia burocrática	<i>Burocrático-Autoritario</i>	<i>Democrático-Liberal</i>	<i>Patrimonialista</i>
<i>Jerárquica</i>	Estructura piramidal Control vía jerarquía paralelas	Estructura poliárquica Control vía partidos, opinión pública y corporaciones	Estructuras radial Control personalista
<i>Funcional</i>	Racionalización, desconcentración y subsidiariedad Orientación eficientista	Autonomización y descentralización Superposición funcional Orientación clientelista	Burocracia formal y unidades operativas ad hoc (<<Corte>>) Orientación prebendalista
<i>Material o Presupuestaria</i>	Universalidad presupuestaria Asignación autoritaria	Autarquía Asignación competitiva	Monopolización de recursos Asignación discrecional

Nota. De Capacidades Estatales. Diez textos fundamentales. O'Donnell et al., 2015, Dirección de Desarrollo Institucional de CAF, Argentina.

Tanto las interdependencias como las características del régimen político, modifican tanto el estilo de gestión estatal como el contenido de las políticas públicas implementadas, lo cual a su vez, influye en su viabilidad, pertinencia y resultados (O'Donnell et al., 2015a, p. 203).

La pandemia por Covid-19 puso sobre la mesa el papel crucial de las capacidades estatales en el diseño y la aplicación de políticas eficaces y, en consecuencia, en la determinación de los resultados de la actuación gubernamental en la respuesta coyunturas críticas (Serikbayeva et al., 2021, p. 920).² Surge entonces la pregunta, ¿Qué capacidades estatales fueron necesarias para implementar políticas de vacunación contra el COVID-19 en los países de la región centroamericana? Una primera respuesta a esta pregunta incluye la plantean Aminah & Susilo (2021), Tevdovski et al. (2022) y Weiss & Thurbon (2022):

- Capacidad externa: capacidad para negociar la adquisición de vacunas.
- Capacidad interna: infraestructura humana y física, así como la capacidad de coordinación y sincronización eficaz entre todos los componentes en la ejecución de las actividades destinadas a reducir el impacto de la pandemia COVID-19.
- Capacidad operativa: la capacidad del gobierno para gestionar el personal y la infraestructura para la vacunación.

² Otros autores han abordado el papel de las capacidades estatales en períodos críticos: Kahn (2005), Raschky (2008), and Lin (2015)

- Capacidad presupuestaria-extractiva/distributiva: presupuesto sanitario y presupuesto para emergencias. Esta capacidad se vuelve crítica en tiempos de crisis.
- Capacidad transformadora: habilidad de las autoridades gobernantes para movilizar al sector empresarial con el fin de fomentar la industria y la innovación.
- Capacidad institucional: distribución de la vacuna a lo interno del país.
- Capacidad analítica: uso de aplicaciones tecnológicas en el proceso de aplicación y distribución.
- Capacidad sanitaria: capacidad del Estado para corregir y contrarrestar el curso de una emergencia sanitaria nacional.

Además de la especificidad sectorial, es necesario ajustar la definición de capacidad estatal al contexto en el que se pretende intervenir (O'Donnell 2015). Este concepto, subraya el hecho de que los países o/y estados, son heterogéneos, tanto internamente como si se comparan entre sí, sus capacidades varían según los distintos ámbitos y a lo largo del tiempo (Weiss & Thurbon, 2021, p. 709).

Tal y como lo indica Hanson y Sigman (2013), para medir y operacionalizar eficazmente la capacidad estatal, es necesario discernir sus múltiples dimensiones. Skocpol (1985) emplea el término plural "capacidades estatales" por esta misma razón, señalando la desigualdad en la habilidad del Estado para lograr sus objetivos en diferentes funciones o áreas de política. Sin embargo, existe una divergencia considerable sobre cómo disgregar conceptualmente la capacidad estatal. (Hanson & Sigman, 2013, p. 3).

Siguiendo la propuesta de Hanson y Sigman (2013), se determinan las dimensiones de la capacidad estatal partiendo de a) Las funciones esenciales del Estado: estas funciones son aquellas que son fundamentales para la existencia y operación de cualquier Estado contemporáneo y b) Evitar la confusión con otros conceptos de interés, es decir, la capacidad estatal debe ser un concepto distinto a otros conceptos relevantes en la ciencia política (Hanson & Sigman, 2013, p. 3)

A partir de lo anterior, se consideran tres dimensiones para analizar la capacidad estatal desde una perspectiva comparada:

- Capacidad extractiva: La habilidad del Estado para recaudar recursos financieros a través de impuestos, tarifas u otros mecanismos.
- Capacidad coercitiva: La habilidad del Estado para mantener el orden público, hacer cumplir las leyes y ejercer control sobre el territorio.

- Capacidad administrativa: La habilidad del Estado para gestionar sus recursos humanos y materiales de manera efectiva para implementar políticas públicas.

Para el caso del desempeño de la vacunación en Centroamérica, solamente se comparará la capacidad administrativa de cada país de la región, la cual posee diversas estrategias de medición.

En el análisis comparativo del desempeño de vacunación contra la COVID-19 en la región centroamericana, este estudio se enfocará específicamente en la evaluación de la capacidad administrativa de cada país. La capacidad administrativa, como componente fundamental de la capacidad estatal, presenta un desafío metodológico significativo debido a su naturaleza multidimensional y a la diversidad de enfoques para su medición. Un enfoque común consiste en analizar los resultados de la prestación de servicios y bienes públicos, como el porcentaje de niños matriculados en primaria, la tasa de mortalidad infantil o la tasa de alfabetización (Hanson & Sigman, 2013, p. 8). Para operacionalizar este concepto en el contexto centroamericano, se adoptará una estrategia de medición que combina elementos de salud pública con otros de gobernanza.

La capacidad estatal para gestionar eficazmente recursos humanos y materiales es fundamental en el ciclo de las políticas públicas, desde su diseño hasta su adaptación. En este contexto, el concepto de "arquitecturas de la política pública" se erige como un marco analítico complementario de notable relevancia. Este enfoque permite examinar no solo cómo los gobiernos utilizaron sus capacidades preexistentes, sino también cómo las reconfiguraron y ampliaron en respuesta a las exigencias sin precedentes impuestas por la pandemia de COVID-19.

Arquitecturas de política pública

Además de contemplar los legados históricos de cada país, es necesario definir las características de políticas específicas, en un momento determinado de tiempo, en este caso las políticas de vacunación contra el COVID-19. La categoría de arquitecturas de política pública elaborada por Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea (2019), permite vincular la "literatura sobre las características de la política social con la discusión histórico-institucionalista de la influencia de la historia en las trayectorias" (Martínez & Sánchez, 2019, p. 24). Se define arquitecturas de política como la combinación de instrumentos que abordan la elegibilidad (los criterios para obtener un beneficio), financiación (quién paga y cómo), proveedores (quién proporciona y administra), beneficios (quién los define y cómo) y la "opción externa" (disponibilidad y regulación

de alternativas basadas en el mercado). (Martínez & Sánchez, 2019, p. 58). Además, la arquitectura de política es el plano de una política pública, definido por sus componentes individuales y también por la interacción entre ellos.

Las arquitecturas influyen los resultados universales tanto en el corto como en el largo plazo. En el corto plazo, definen quién recibe qué y cómo. A largo plazo, “al empoderar a un conjunto de actores y crear incentivos para la posterior expansión de las políticas, las arquitecturas median la interacción entre democracia y universalismo”(Martínez & Sánchez, 2019, p. 58). Esto último implica la creación de oportunidades y restricciones para la posterior universalización.

Para poder comprender el desempeño de vacunación de los países centroamericanos, es necesario considerar las características de las políticas de vacunación implementadas por cada uno de los países, en un período específico de tiempo. La presente investigación aborda desde el momento en que es aprobada la primera vacuna contra el COVID-19 por una entidad competente a nivel mundial (Pfizer-BioNTech aprobada el 2 de diciembre, por Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos Sanitarios (MHRA) de Reino Unido) hasta que la OMS declara el fin de esta pandemia (5 de mayo del 2023). Es importante destacar que, a lo largo de estos 29 meses, las características de estas políticas no han sido homogéneas y que, a diferencia de otros períodos de políticas expansivas en la región, este fue un breve período de tiempo, caracterizado por un contexto adverso y urgente.

Tomando en cuenta el período de estudio que comprende esta investigación, a partir de la categoría de arquitecturas de política pública, se podrá definir quién recibe qué y cómo en el proceso de vacunación contra el COVID-19, lo cual permite aproximarse a la comprensión de los resultados del proceso de vacunación en cada país, así como también establecer líneas comparativas entre cada caso. Ya que, por ejemplo, “dependiendo de cómo un país garantiza el acceso y financiamiento, define beneficios, proporciona servicios y regula la opción privada externa, los resultados serán más o menos universales”(Martínez & Sánchez, 2019, p. 299), de manera que entre más unificados estén dichos componentes, los resultados serán mejores. Si bien los resultados a largo plazo no forman parte del período comprendido, se podrán plantear preguntas y elementos de análisis que contribuyan a dibujar posteriores trayectorias.

En la coyuntura de shock ocasionada por el COVID-19, las políticas para afrontar la pandemia y concretamente las políticas de vacunación presentan dos características particulares, en primer lugar, son llevadas a cabo en un período comprimido, con una

situación nueva, en constante cambio e impredecible. Los gobiernos se han enfrentado a la nueva realidad en función de la información disponible en cada momento (Blofield et al., 2020b, p. 21). En segundo lugar, están dirigidas en un primer momento a la población adulta y los países de la región contaban con menos experiencia en la vacunación masiva de adultos (Slowing & Chávez, 2022). De esta forma, “la lógica de priorización, por individuos, por edad y según nivel de riesgo, no es cómo funciona regularmente la red de servicios públicos de salud, donde es el binomio madre-recién nacido; y madre-menor de 5 años”(Slowing & Chávez, 2022, p. 35). Por lo tanto, la población regularmente priorizada cambia totalmente.

Estas condiciones, generadas por el shock de la pandemia, se verán expresadas en la arquitectura de la política de vacunación elaborada por cada uno de los países de la región centroamericana.

Objetivos

Objetivo general

Analizar el papel de la institucionalidad y la gestión política en la explicación de los desempeños en políticas de vacunación contra la COVID-19, en la región centroamericana, en 2020 – 2023

Objetivos específicos

1. Establecer un modelo de análisis teórico y metodológico para el estudio de las políticas de vacunación contra la COVID-19, en la región centroamericana.
2. Comparar el desempeño de la vacunación en los países de la región centroamericana, para la comprensión de factores asociados con la variación.
3. Identificar el desempeño de la vacunación en cada uno de los países de la región centroamericana, así como sus elementos explicativos.

Marco Metodológico

Premisas epistemológicas

Constructivismo Posestructuralista

Para Retamozo (2012), el constructivismo posestructuralista, se compone de una serie de teorías inscritas en el campo posfundacional, influidas por el pensamiento filosófico crítico, el giro lingüístico, el posestructuralismo y el psicoanálisis, sin dejar de lado los esfuerzos por una construcción del conocimiento sobre procesos sociales y crítica emancipatoria (Retamozo, 2012, p. 385). Además, sostiene que esta corriente “puede aportar una teoría del construccionismo social que se interroga por los modos de producción de la realidad social y supone la articulación de relaciones sociales que puede ser construida como una totalidad (Retamozo, 2012, p.388).

Para Retomozo (2012), los aportes de Castoriadis en esta corriente epistémica refieren a la institución de la sociedad, incorporando dimensiones como la construcción social, los imaginarios radicales, lo político y la temporalidad. Se cuestionan las tesis estructuralistas en las que la institución de la sociedad se entiende bajo una premisa determinista. Sin embargo, no se trata de una invención de los mundos, sino de entender los imaginarios, como una categoría que ordena y dota de sentido la realidad material (Retamozo, 2012, p. 386). Se entiende la construcción social, “a partir de producir un ordenamiento, significación y articulación que instituye precariamente eso que llamamos sociedad o, como prefiere Castoriadis (1986), lo histórico social (para recuperar la dimensión histórica de toda sociedad)” (Retamozo, 2012, p. 386).

Esta postura epistémica, además de poner sobre la mesa una preocupación sobre la construcción social de la realidad, también se cuestiona los modos de producir conocimiento sobre la realidad social (Retamozo, 2012, pp. 389-390) En este sentido, Fair (2015) destaca que el posestructuralismo ha contribuido a los estudios políticos, la teoría política contemporánea y el análisis sociopolítico y crítico. Para el autor, esta corriente epistemológica, puede ser considerada una teoría de la política, que a su vez incluye fuertes vinculaciones con: la filosofía política y la historia de las ideas, los estudios culturales, la comunicación y la cultura, los estudios del lenguaje político y la sociología política (Fair, 2015, p. 163).

Dentro de las contribuciones teóricas y epistemológicas de la teoría política posestructuralista, a las ciencias políticas, Fair (2015) reconoce que esta: a) Enfatiza el

componente simbólico, subjetivo, contingente y político, como un aspecto central del conocimiento y del ordenamiento social, asociado a las relaciones de poder, los antagonismos, la alteridad y el ejercicio de la dominación. b) Insiste en el elemento afectivo, pasional e inconsciente, que determina toda identidad y formación social. c) Desde el plano epistemológico, radicaliza la crítica constructivista al objetivismo científico, enfatizando su sobredeterminación simbólica, su dimensión polisémica, performativa y en disputa hegemónica, y su vínculo con un espacio social desarticulado, caracterizado por la arbitrariedad, historicidad, parcialidad, contingencia, aleatoriedad, precariedad y relatividad. d) Si bien enfatiza el aspecto imaginario de toda forma de conocimiento y ordenamiento social, reconoce también sus límites históricos (Fair, 2015, pp. 167-168).

Así mismo, como parte de las implicaciones de la teoría política posestructuralista al análisis sociopolítico, Fair (2015) distingue: a) la posibilidad de pensar formas de construcción y universalización "parcial" del orden social, trascendiendo los reduccionismos de las concepciones universalistas y/o particularistas, b) el énfasis dado a la dimensión afectiva e inconsciente, ofreciendo una explicación plausible y alternativa del proceso de identificación y constitución de las identidades políticas, así como los límites históricos de formaciones hegemónicas y c) contribuye a pensar la interacción de las formas particulares y universales, racionales y no racionales, que determinan la construcción de conocimiento, las identidades políticas y la estructura del orden social (Fair, 2015, p. 168).

Estas premisas epistemológicas, contribuyen a la comprensión de un proceso complejo como puede ser la vacunación contra el COVID-19 en la región centroamericana. Por un lado, a pesar de ser un pequeño territorio, CA reúne al menos 6 casos de análisis (Panamá, Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Honduras y Guatemala, que tienen características particulares tanto entre cada caso, como a lo interno de cada uno. La diferenciación regional requiere de implementar marcos conceptuales y teóricos que adopten una definición compleja de las regiones, a partir de una selección de casos relevante (Del-Moral, 2020, p. 151)

Para el entendimiento del proceso de vacunación, se requiere de un modelo teórico, que reúne diversas categorías de análisis, que ponen énfasis en planos distintos de la realidad: discursos, ideas, instituciones, economía política, relaciones de poder, actores internacionales. Algunos de estos planos tienen que ver con el aspecto imaginario

y otros con las formaciones hegemónicas, por lo que la posibilidad de contemplar ambos, es indispensable.

También, el cuestionamiento que la teoría posestructuralista plantea con respecto al objetivismo científico ofrece la posibilidad de incluir el componente simbólico, subjetivo, contingente y político como un aspecto central del conocimiento y del ordenamiento social. La crisis atravesada en el marco de COVID-19, requirió la búsqueda de una vacuna que pudiera amortiguar el contagio, pero fue claro que no bastaba con producir la vacuna, había que garantizar su acceso, distribución y aplicación. La forma en la que cada uno de los casos de estudio gestionó dichos pasos, requiere de aproximarse a la realidad como un espacio social desarticulado, que se caracteriza por la arbitrariedad, historicidad, parcialidad, contingencia, aleatoriedad, precariedad y relatividad.

La literatura en política pública plantea diversos factores explicativos de la política social, tales como: el papel de los regímenes políticos, la competencia electoral, los niveles de democracia, las capacidades estatales, el papel de las ideas, los liderazgos, las instituciones, los movimientos sociales, entre otros (véase Arza et al, 2021 para una mirada comprensiva de estos factores en la literatura). En este sentido, las premisas que ofrece el constructivismo posestructuralista contribuyen a diversificar los factores explicativos de la política social.

Estrategia

Enfoque metodológico mixto

El presente estudio utiliza un enfoque metodológico mixto/integral, incorporando métodos de investigación cualitativa y cuantitativa en el análisis del desempeño de vacunación contra la COVID-19 en Centroamérica. Del-Moral (2015) señala que las investigaciones comparadas basadas en enfoques mixtos, ofrecen tanto ventajas conceptuales como metodológicas: la región adquiere relevancia como criterio ordenador, no solo como explicativo y ayudan a evaluar teorías previamente aplicadas a determinados contextos regionales o locales (Del-Moral, 2020, p. 145).

Los estudios comparados generan una serie de retos, tales como: a) el control de las condiciones (dilema de muchas variables, pocos casos), lo cual genera problemas de inaplicabilidad y replicación, b) el fenómeno de la interdependencia (demasiados países, un sistema), dificulta la posibilidad de probar si similitudes entre países son causadas por la difusión a través de países o por un desarrollo paralelo pero independiente, c) la importancia del contexto (el mismo fenómeno, diferentes significado), d) sesgos de

investigación y de selección de casos, e) control de las relaciones de causalidad y f) la superposición de conceptos o la aplicación de conceptos similares, pero no iguales, que describen fenómenos parecidos en contextos diferenciados (Del-Moral, 2020, pp. 151-152).

Según Del-Moral (2015), la introducción de métodos mixtos, combinando técnicas cualitativas y cuantitativas, posibilita superar las dificultades previamente descritas. Por lo tanto, para la presente investigación, se combinará el análisis cualitativo, tanto a nivel comparado como de casos, con el análisis cuantitativo de datos secundarios.

Análisis comparativo y estudio de casos

De acuerdo con Medina et al. (2017), el análisis comparativo, sitúa la comparación en el centro de sus operaciones. Para el diseño de una investigación comparativa, se sugieren los siguientes pasos (Medina et al., 2017, p. 54):

1. Paso 1: Definición de los casos.
2. Paso 2: Decidir cuántos casos serán incluidos en el análisis empírico.
3. Paso 3: Decidir qué casos serán seleccionados.
4. Paso 4: Lograr el diálogo con los casos durante el análisis.

El carácter secuencial de estos pasos se puede alterar durante el proceso de investigación, por lo que pueden producirse repeticiones y saltos entre pasos, no es lineal ni mecánico, por ejemplo, problemas que se presentan en el paso 4, puede causar una revaloración en la definición de los casos, por lo que habría que volver al paso 1 (Medina et al., 2017, p. 54).

Con respecto a la definición de los casos (Paso 1), “cada caso debería ser considerado como un sistema en sí mismo” (Medina et al., 2017, p. 55). Para esto, se deben de contemplar los siguientes aspectos (Medina et al., 2017, p. 55):

- a) Cómo se definen los casos conceptual y empíricamente.
- b)Cuál es la pregunta base de investigación y el resultado a explicar
- c) Cómo se circunscribe la potencial población de los casos.

Tomando en cuenta la pregunta de investigación de este proyecto, la definición de los casos sería la siguiente:

- a) Naturaleza y nivel de los casos: Panamá, Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Honduras y Guatemala.
- b) El resultado a explicar: desempeño en la vacunación contra el COVID-19.

- c) Población: región centroamericana (la investigación cubre la totalidad de la población de los casos).

Considerando que los casos remiten a países, es preciso aclarar que estos son construcciones de la persona investigadora, de manera que no existen como tales: “un país como España obviamente existe, pero ¿Es el país lo que consideramos caso (España), o una institución pública (el Gobierno Central), o un líder (el presidente del Gobierno), o un proceso político, o una política pública, o una región dentro de ese país? (Medina et al., 2017, p. 58). Por esto, se requiere de precisar la definición empírica y conceptual del caso, para así fortalecer la comparación entre estos. En la presente investigación, los casos serán las decisiones y acciones de política social tomadas en materia de vacunación por parte los poderes ejecutivos y legislativos de cada estado seleccionado entre 2020 y 2023.

Sobre la cantidad de casos (Paso 2), es necesario tomar en cuenta: a) Tamaño de la población, b) aspectos pragmáticos y c) objetivos de la investigación. Con respecto al tamaño de la población, esta investigación forma parte de aquellas que estudian organizaciones o grandes entidades, como Estados o regiones, por lo que se propone analizar empíricamente la población entera: Centroamérica. Esto supone el reto de obtener la suficiente información sobre los casos, especialmente si se toma en cuenta las condiciones de acceso a la información en esta región (Medina et al., 2017, p. 59).

En relación con los aspectos pragmáticos, los estudios comparados, deben de equilibrar la cantidad de casos (anchura), con el suficiente conocimiento sobre ellos (profundidad), ya que este método se fundamenta en el conocimiento sobre los casos. Por lo tanto, la cantidad de casos depende del acceso a la información y de la calidad de la información así como de los recursos de la persona investigadora para acceder a fuentes. Sobre esto se detallará más adelante en el apartado de técnicas de recolección de datos (2017, p. 59).

El equilibrio entre anchura y profundidad, debe de coincidir con los objetivos de la investigación. El presente estudio, tiene un alcance exploratorio, que da prioridad al conocimiento dentro de los casos (preguntas orientadas al *cómo*), así como la elaboración de teoría. Esto debido a que la pregunta de investigación remite a un tema poco estudiado. Primero porque la región centroamericana, tiende a estar al margen en la literatura sobre el sur global, tal y como se pudo observar en el apartado de Estado de la Cuestión. Segundo, porque el fenómeno a analizar es desconocido y novedoso, tal es el caso de las políticas de vacunación contra el COVID-19.

Sobre los casos seleccionados (Paso 3), se optará por una estrategia en la que la personas investigadora seleccione los casos, por lo tanto: las fronteras y definición de los casos y la población están sujetas a debate, no hay un criterio a priori en términos de máximo o mínimo de casos (se seleccionan los que se consideran más apropiados), la calidad se encuentra relacionada con el balance de la anchura frente a la profundidad y finalmente, puede tener sentido seleccionar todos los casos de una población para maximizar la diversidad, como es el caso de este estudio que incluye los 6 países de CA (Medina et al., 2017, p. 61).

Lo anterior es reforzado por Seawright y Gerring (2008), quienes afirman que la selección de los casos en este tipo de investigaciones tiene un doble objetivo: una muestra representativa y una variación útil de las dimensiones de interés (Seawright & Gerring, 2008a, p. 296). Además, los autores sugieren siete tipos de estudios de caso: típico, diverso, extremo, desviado, influyente, con mayores similitudes o con mayores diferencias.

Esta tipología resulta de utilidad para poder robustecer la estrategia de comparación entre cada caso, ya que tal y como lo sugieren los autores, algunos estudios de casos siguen una sola estrategia de selección de casos; sin embargo, es importante reconocer que muchos estudios de casos también mezclan y combinan estrategias de selección de casos. Para Seawright y Gerring (2008) cuando los casos permiten una variedad de estrategias empíricas, no hay razón para no seguirlas. Así mismo, advierten que hay que tener presente la situación cambiante de un caso en el transcurso de una investigación, ya que un investigador comienza en un modo exploratorio y pasa a un modo confirmatorio, es decir, desarrolla una hipótesis X/Y específica (Seawright & Gerring, 2008b, p. 306).

Además, se llevará a cabo una comparación emparejada, estrategia de análisis comparativo que implica el estudio de dos casos (o más) que son seleccionados específicamente para ser comparables, pero que presentan diferencias significativas en ciertos procesos o resultados. Este enfoque permite a los investigadores explorar cómo y por qué ocurren ciertas dinámicas políticas o sociales al observar las similitudes y diferencias entre los casos seleccionados. Los casos se eligen de manera que sean comparables en algunos aspectos, pero diferentes en otros que son relevantes para la hipótesis o pregunta de investigación. Esto puede incluir la comparación de países con sistemas políticos similares pero con diferentes resultados en términos de democratización, por ejemplo (Tarrow, 2010).

Una primera pareja de casos será, Nicaragua-El Salvador, la comparación de estos dos casos se basa en factores macro políticos, concretamente en el tipo de régimen político y el liderazgo ejercido por sus figuras presidenciales. Sin embargo, también sobresalen por haber tenido un desempeño de vacunación, en algunas etapas e indicadores, comparable con casos como el de Costa Rica y Panamá, a pesar de contar con legados de política social menos robustos.

No obstante, las trayectorias de vacunación en Nicaragua y El Salvador divergieron notablemente. Nicaragua adoptó una estrategia tardía: durante el primer año de la pandemia, desatendió las recomendaciones de la OMS y fue uno de los últimos países de la región en iniciar la vacunación. Sin embargo, en el corto plazo, logró resultados importantes en cobertura, suficiencia y sostenibilidad. Por otro lado, El Salvador respondió rápidamente a la crisis sanitaria: para agosto de 2021, había vacunado al 50% de su población con una dosis, mientras que Nicaragua apenas alcanzaba el 10%. A pesar de esto, el ritmo sostenido de El Salvador se estancó con rapidez, especialmente en la aplicación de la segunda dosis y las dosis de refuerzo.

La siguiente pareja de casos son Costa Rica y Panamá, que constituyen casos idóneos para un análisis comparativo de la política de vacunación en Centroamérica, particularmente durante la pandemia del COVID-19. Esta comparabilidad se fundamenta en tres características que comparten ambos países, al tiempo que presentan variaciones significativas en sus resultados, lo cual enriquece el potencial analítico.

En primer lugar, ambos países mantienen sistemas democráticos. Costa Rica ha sido clasificada como una democracia liberal y Panamá se categoriza como una democracia electoral según los informes del V-Dem. Esta diferencia, aunque sustancial en términos de calidad democrática, no impide la comparación, sino que la enriquece al permitir analizar cómo distintos grados de desarrollo democrático pueden influir en la implementación de la política de vacunación contra la Covid-19.

En segundo lugar, ambas naciones comparten un legado robusto en políticas de vacunación, lo que implica la existencia de una infraestructura institucional y experiencia previa en la implementación de programas de inmunización. Este elemento es crucial ya que permite analizar cómo los países aprovecharon sus recursos preexistentes para enfrentar el desafío de la vacunación contra el COVID-19.

En tercer lugar, tanto Costa Rica como Panamá demuestran una alta capacidad administrativa, destacando incluso Panamá con una calificación superior en esta

dimensión. Ambos Estados demuestran capacidad para movilizar recursos estratégicos, ejercer control efectivo sobre su territorio y materializar sus objetivos de política pública

Lo que hace particularmente valioso este ejercicio comparativo es que, a pesar de compartir estas características sistémicas, ambos países experimentaron trayectorias y resultados diferentes en determinadas etapas del proceso de vacunación. Esta variación en los resultados, en el contexto de sistemas similares y bajo condiciones de shock, ofrece una oportunidad única para identificar y analizar los factores específicos que influyeron en la implementación de la política de vacunación contra la Covid-19.

La última pareja de casos son Guatemala y Honduras, los países más al norte de Centroamérica y comparten muchas similitudes en sus aspectos sociales, políticos y económicos. En 2023, el 46,2% de la población guatemalteca vivía en zonas rurales, mientras que en Honduras esta proporción era del 44,4%. Ambas naciones han sido marcadas por conflictos internos recientes; en Guatemala, de manera directa, y en Honduras, de forma indirecta, debido a su proximidad con tres países que experimentaron guerras civiles entre las décadas de 1960 y 1990. Esto ha contribuido a que ambos países se encuentren entre los más rezagados de Latinoamérica en términos de desarrollo humano (Maldonado et al., 2023, p. 7).

Los desafíos en desarrollo humano de Guatemala y Honduras preceden a la pandemia de COVID-19 y se manifiestan en múltiples formas: altos niveles de pobreza, desigualdad y vulnerabilidad social y económica; elevados índices de emigración indocumentada; históricos déficits en el acceso, calidad y pertinencia de los servicios públicos esenciales, especialmente en salud; y discriminación, violencia e inequidades que afectan desproporcionadamente a mujeres e indígenas. La pandemia solo exacerbó estos problemas históricos (Maldonado et al., 2023, p. 7).

Estos elementos evidencian las condiciones en que se enfrentó la pandemia en estos países. Sin embargo, si bien ambos comparten varios de los elementos mencionados, muestran importantes diferencias en el proceso de vacunación contra la Covid-19, en términos de cobertura, suficiencia y equidad.

Análisis cuantitativo de datos secundarios

De acuerdo con Cerón (2006), la característica principal que define lo cuantitativo como metodología de investigación, es la utilización de números para el estudio de la realidad social (Canales Cerón, 2006, p. 35). Algunos criterios para la incorporación de esta metodología son: a) asignar números a una realidad que no los posee de manera

evidente, por lo que debemos de incluir una teoría de la medición, b) disponer de procedimientos de producción de información que generen datos que sean fácilmente transformables en números, c) elaborar un procedimiento de análisis de la información que permita manipular, sintetizar y describir grandes volúmenes con facilidad, d) adaptar los conceptos a una forma que les permita ser medidos y e) establecer los criterios de selección del objeto (Canales Cerón, 2006, pp. 36-37).

En la presente investigación se propone un índice cuantitativo de medición del desempeño de vacunación- como una forma de medir la variable dependiente -basado en la información de “Our World In Data”, una publicación en línea, que presenta datos y resultados empíricos sobre COVID-19. Dicha información será reforzada con los datos extraídos de instituciones públicas u otras instancias que sistematicen este tipo de información.

El estudio de la vacunación en Centroamérica

Para analizar el desempeño de las políticas de vacunación contra la COVID-19 se toman en cuenta las siguientes dimensiones: cobertura, suficiencia y sostenibilidad. Además, se consideran cada una de las dosis de vacunas como proxys para operacionalizar dichas dimensiones, sin embargo, se parte de la premisa de que cada dosis puede explicar cosas diferentes, por lo que la primera dosis será utilizada como proxy de cobertura, la segunda dosis como proxy de suficiencia y la tercera como proxy de sostenibilidad.

Sumado a lo anterior, debido a que la aplicación de cada una de las dosis se realizó en intervalos temporales distintos, se establecen tres tiempos específicos para cada una de las dimensiones analizadas.

La Tabla 2, presenta una síntesis de la manera en la que será analizado el desempeño de las políticas de vacunación contra la COVID-19 en la región centroamericana:

Tabla 2

Desempeño de vacunación Centroamérica

Dimensiones	Cobertura	Suficiencia	Sostenibilidad
Proxy	Primera dosis	Segunda dosis	Tercera dosis

Indicadores	<u>Velocidad de inicio de implementación de política:</u> Días transcurridos desde la disposición de la vacuna hasta la fecha de inicio de vacunación (I1)	<u>Cumplimiento de esquema completo de vacunación:</u> Porcentaje de población vacunada en segunda dosis a la fecha determinada (D2)	<u>Sostenibilidad de la política:</u> Porcentaje de población vacunada a la fecha determinada (D3)
	<u>Cobertura de la política:</u> Porcentaje de población vacunada en primera dosis a la fecha determinada (D1)	<u>Velocidad promedio de vacunación:</u> Rapidez con la que se vacuna a la población: expresada en unidades de personas vacunadas por unidad de tiempo, en este caso, promedio de personas vacunadas por día a lo largo de T1 (V2)	
	<u>Velocidad promedio de vacunación:</u> Rapidez con la que se vacuna a la población: expresada en unidades de personas vacunadas por unidad de tiempo, en este caso, promedio de personas vacunadas por día a lo largo de T1 (V1)		
Tiempo	T1: 2 diciembre 2020-31 de diciembre de 2021	T2: 2 diciembre 2020-30 de junio de 2022 T2.1: 2 diciembre 2020-31 de diciembre de 2021 T2.2: 1 de enero de 2022-30 de junio de 2022.	T3: inicio de vacunación en tercera dosis de cada país- 5 de mayo de 2023

Nota. Elaboración propia, 2024

A continuación, se desarrollan las dimensiones expuestas en la Tabla 2, para establecer la forma en que este estudio pretende abordar el proceso de vacunación en Centroamérica desde una perspectiva de política social:

Cobertura

La cobertura es la primera dimensión que este estudio contempla para analizar el desempeño de vacunación de los países de la región. De acuerdo con Martínez Franzoni y Sánchez Ancochea (2019), “la cobertura masiva se lleva a cabo cuando los beneficios abarcan a la mayoría de personas involucradas en una determinada categoría” (Martínez & Sánchez, 2019, p. 8). El beneficio en este caso sería la primera dosis de la vacuna y las personas involucradas, el total de la población.

El proxy para evaluar amplitud será la primera dosis de la vacuna contra el COVID-19, ya que, esta es la base de la política de vacunación en general, debido a que las siguientes dosis se asientan sobre esta. Por lo tanto, la población vacunada con una primera dosis se considera como la beneficiada de la política de vacunación de cada país.

Como indicadores de esta primera dimensión se incluyen los siguientes:

- Período del inicio de implementación de la política: Días transcurridos desde la disposición de la vacuna a nivel mundial hasta la fecha de aplicación de la primera dosis (I1). A menor cantidad de días transcurridos, se considera un mejor desempeño en un contexto en el que cada día sucedido sin contar con el beneficio, ponía en riesgo la vida de las personas.
- Cobertura de la política (D1): Porcentaje de cobertura de vacunación en primera dosis, es decir, la proporción de personas vacunadas con primera dosis, entendido de ahora en adelante como D1. Entre mayor sea el porcentaje de cobertura, más cerca estará el país de alcanzar una cobertura masiva en su política de vacunación.
- Velocidad promedio de vacunación (V1): La velocidad promedio de vacunación se calcula dividiendo el porcentaje de personas vacunadas en un período de tiempo determinado por la duración de ese período. El ritmo de vacunación jugó un papel fundamental en la disminución de muertes y descongestionamiento de sistemas de salud, reduciendo también la necesidad de implementar medidas de contención, costosas en términos económicos y humanos. Por esto, a mayor velocidad de la cobertura de vacunación, se considera un mejor desempeño de la política.

Con respecto al período de tiempo para evaluar la cobertura, será denominado como T1 e inicia el 2 de diciembre del 2020, fecha en la que la Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos Sanitarios de Reino Unido (MHRA, por sus siglas en inglés), da el visto bueno para la aplicación de la vacuna Pfizer/BioNTech (primera vacuna en ser aprobada por un ente competente a nivel mundial), y finaliza el 31 de diciembre del 2021.

Esto permite medir un año completo posterior a la aprobación de la vacuna citada, en el cual 4 de los 6 países de la región vacunaron a la mayor parte de su población en primera dosis. Además, T1 remite a un contexto en el cual la percepción del riesgo con respecto al COVID-19 era todavía alta, situación que se transforma conforme avanza el tiempo. También, durante T1 existía una elevada expectativa por la vacuna en tanto salida al control de la pandemia, frente a mecanismos menos aceptados como el confinamiento, por lo que este contexto fue propicio para una mayor receptividad de la vacuna.

Sin embargo, como se verá en el apartado de análisis, la particularidad de cada caso de la región implica evaluar intervalos de tiempo específicos a lo largo de T1, que permiten ver distintas etapas del proceso.

Suficiencia

La suficiencia es la segunda dimensión que este estudio contempla para analizar el desempeño de vacunación de los países de la región. Tal y como lo indican “Martínez Franzoni y Sánchez Ancochea (2019), “la suficiencia se refiere al tipo y a la calidad de los beneficios”, por lo tanto, “cuanto más completos sean y mejor calidad tengan estos beneficios, más universal será el resultado de la política pública”(Martínez & Sánchez, 2019, p. 8).

Los proxys para evaluar suficiencia serán el tipo de vacuna utilizada en cada país, así como la segunda dosis, ya que, de acuerdo con el tipo de vacunas utilizadas en la región centroamericana, la mayoría de estas requieren de una segunda dosis para completar el esquema de vacunación básico, la primera dosis contribuye a preparar el sistema inmunológico para reconocer el virus mientras que la segunda dosis refuerza la respuesta inmunológica, proporcionando una protección más duradera.

Como indicadores se utilizarán:

- Cumplimiento de esquema completo de vacunación: Las vacunas contra la COVID-19 que requieren de dos dosis, funcionan entrenando al sistema inmunológico en dos etapas. La primera dosis "prepara" al sistema inmunológico al presentarle el antígeno del virus (una proteína o parte del virus). La segunda dosis "refuerza" la respuesta inmune, aumentando la producción de anticuerpos y células T específicas para el virus. Esta respuesta inmune de dos etapas es más efectiva para brindar una protección duradera contra la COVID-19 (Polack et al., 2020). Por lo tanto, la aplicación de la segunda dosis permite completar el beneficio de la política, que en este caso es la vacunación contra la COVID-19. De esta manera, a mayor porcentaje de población vacunada con la segunda dosis, denominado D2, mejor desempeño en la implementación de la política.
- Velocidad promedio de vacunación (V2): La velocidad promedio de vacunación se calcula dividiendo el porcentaje de personas vacunadas en un período de tiempo determinado por la duración de ese período. Es importante tener en cuenta que la velocidad de vacunación puede variar con el tiempo. Al inicio de una campaña de vacunación, la velocidad de vacunación suele ser alta. A medida que aumenta la

cobertura de vacunación, la velocidad de vacunación puede disminuir. Por esta razón, es preciso diferenciar la velocidad de vacunación durante T1 y T2. El esquema completo de vacunación abría la posibilidad de ponerle fin al período de pandemia declarado por la OMS, con todas las implicaciones sanitarias, sociales, económicas y humanas que esto implicaba. Por esto, a mayor velocidad de vacunación, se considera un mejor desempeño de la política.

Con respecto al período de tiempo para evaluar la suficiencia, será denominado como T2 y comprende desde el 1 de setiembre de 2021 hasta el 30 de junio del 2022. T2 responde a los objetivos de cobertura de segunda dosis expuestos por la OMS en “Global COVID-19 Vaccination Strategy in a Changing World”, dichos objetivos son: alcanzar el 10% en setiembre de 2021, el 40% en diciembre de 2021 y el 70% en junio de 2022 (WHO, 2021, p. 4)

Sostenibilidad

La sostenibilidad es la tercera dimensión que este estudio contempla para analizar el desempeño de vacunación de los países de la región. De acuerdo con Galindo Santa y Molina Águila (2021), la sostenibilidad remite a la capacidad de mantener altas coberturas de vacunación a lo largo del tiempo. El proxy para evaluar sostenibilidad será la tercera dosis de la vacuna contra el COVID-19, tomando en cuenta el contexto centroamericano, donde la tercera dosis comenzó a aplicarse 19 meses después de la declaración de la pandemia por parte de la OMS y 9 meses después de la aprobación de la primera vacuna a nivel mundial. En ese momento, los países de la región ya habían estado vacunando a sus poblaciones durante varios meses y las curvas de vacunación empezaban a mostrar una tendencia descendente.

En otras palabras, la tercera dosis representa un punto de inflexión en la respuesta regional a la pandemia. Su aplicación refleja la capacidad de los países centroamericanos para mantener la cobertura de vacunación y continuar protegiendo a sus poblaciones frente al virus, incluso en un contexto de disminución del entusiasmo público y de la disponibilidad de recursos. Sumado a esto, la tercera dosis no forma parte del esquema de vacunación básico, es considerada un refuerzo, que mejora la inmunización, pero no es considerada como esenciales del protocolo.

Como indicador se utilizará:

- Sostenibilidad de la política (D3): Este indicador refiere a la proporción de la población que ha recibido la tercera dosis de la vacuna contra la COVID-19,

denominado de a partir de ahora como D3 para referirse a dicho indicador. En este sentido, un mayor porcentaje de personas vacunadas con la tercera dosis (D3) se considera un indicador de una mayor sostenibilidad de la política de vacunación y, por ende, de un mejor desempeño. D3 permite evaluar la capacidad de los países para mantener la política de vacunación a lo largo del tiempo. Esto es especialmente importante en el contexto de la pandemia de COVID-19, en el que las nuevas variantes y la disminución de la inmunidad planteaban un reto importante para mantener el control del virus.

El período de tiempo para evaluar sostenibilidad, denominado T3, comprende desde que cada país inicia la vacunación en tercera dosis, lo cual acontece a lo largo del segundo semestre del 2021, hasta el 5 de mayo del 2023, fecha en la que la OMS decreta el fin de la pandemia por COVID-19.

Técnicas de recolección de datos

Por las características de varios de los países centroamericanos, la labor de investigación requiere de una considerable arqueología de datos, lo cual a su vez demanda creatividad y tiempo para sortear obstáculos de distinto tipo. Ejemplo de ello es el caso de Honduras, país cuyos sitios institucionales, por ejemplo, Casa Presidencial y Ministerio de Salud, solamente cuentan con información disponible a partir de febrero 2022.

El levantamiento de fuentes de información se llevará a cabo en tres etapas. En la primera se considera documentación oficial que permite reconstruir procesos políticos e institucionales en materia de vacunación, generada principalmente por los Poderes Ejecutivos y Ministerios de Salud. En una segunda etapa, se consideran fuentes de otros actores político-institucionales, empresariales y de la sociedad civil, así como revisión de prensa. Finalmente, en la etapa 3, se incorporan los resultados de la observación participante llevada a cabo en 5 de los 6 países de la región: Costa Rica, Panamá, Guatemala, Honduras y El Salvador.

Con respecto a la primera etapa, para mayo del 2023, se cuenta con una primera revisión de fuentes de las siguientes instituciones:

- Ministerio de Salud Costa Rica
- Casa Presidencial Costa Rica
- Ministerio de Salud Panamá
- Ministerio de Presidencia Panamá

- Gobierno de El Salvador
- Ministerio de Salud de El Salvador
- Congreso de Guatemala
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guatemala
- Gobierno de Guatemala
- Ministerio de Salud Nicaragua
- Poder Ejecutivo Nicaragua

Sobre la etapa 2, se cuenta con una primera revisión de fuentes periódicas, sistematizada en la Tabla 3 :

Tabla 3

Revisión de prensa, según casos, 2020-2021

Periódico	Año de las noticias	Cantidad de noticias
COSTA RICA		
La Nación	2020	24
	2021	59
	Total	83
Diario La Extra	2020	19
	2021	36
	Total	55
EL SALVADOR		
La Prensa Gráfica	2020	6
	2021	104
	Total	110
El Salvador.com	2020	5
	2021	89
	Total	94
HONDURAS		
Diario La Prensa	2020	9
	2021	32
	Total	41
El Heraldo	2020	5
	2021	37
	Total	42
GUATEMALA		
La.Hora.gt	2020	11
	2021	55
	Total	66
NICARAGUA		
La Prensa Ni	2020	3
	2021	36
	Total	39

Nota. Elaboración propia, 2023

Con respecto a la etapa 3, se ha llevado a cabo trabajo de campo en Costa Rica, Panamá, Guatemala, Honduras y El Salvador, el cual ha incluido visitas a instituciones públicas vinculadas con el proceso de vacunación en cada país, así como reuniones con actores claves, con los cuales se ha triangulado la información disponible en las fuentes escritas.

Con respecto a las técnicas de recolección de los datos, se emplearán principalmente 2: trabajo de campo y revisión documental. Con respecto a la primera, se llevaron a cabo visitas a 5 países de la región centroamericana:

- Costa Rica (Abril-mayo 2022): visitas y coordinación con Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica (UCR), Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE), Asamblea Legislativa de Costa Rica, Comisión Nacional de Emergencias (CNE) y Ministerio de Salud.
- Panamá (Mayo-2022): visitas y coordinación con la Biblioteca Parlamentaria “Dr. Justo Arosemena”, el Centro Internacional de Estudios Políticos y Sociales (CIEPS), la Caja del Seguro Social de Panamá, la Secretaría Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación y el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud.
- Guatemala (Abril-2022): visitas y coordinación con el Laboratorio de Datos GT, la decanatura de la Facultad de Ciencias Médicas, la Unidad de Acceso a la Información del Ministerio de Guatemala, la Comisión Presidencial de Gobierno Abierto, la Unidad de Acceso Libre de la Asamblea Legislativa y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos.
- Honduras (Abril-2022): visitas y coordinación con la Secretaría de Salud de Honduras, el Banco Centroamericano de Integración Económica, el Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Unidad de Vigilancia y Unidad de Estadística de la Secretaría de Salud, el Instituto de Seguridad Social, la facultad de Farmacia de la UNAH, el Archivo del Congreso Nacional de Honduras, el Instituto de Investigación en Ciencias Médicas de la UNAH y el Comité de Covid-19 de la UNAH.
- El Salvador (Febrero 2024): visitas y coordinación con el departamento de Sociología y Ciencias Políticas Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA), Organización Panamericana de la Salud-oficina El Salvador (OPS), Unidad de Acceso a la Información del Ministerio de Salud, Departamento de Inmunizaciones del Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud de El Salvador, Instituto de

Acceso a la Información Pública, Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI) y con el periódico digital el Faro.

El trabajo de campo ha permitido el contacto y acercamiento a personas e instituciones que cuentan con información clave para comprender el proceso de vacunación en la región, la cual se ha sistematizado en un diario de campo.

Finalmente, la técnica de revisión documental consiste en una exploración minuciosa de textos y documentos, sobre un tema en particular, en este caso, las políticas de vacunación contra el COVID-19 en la región CA. Esta técnica permite seleccionar y extraer información sobre la variable, desde diferentes ópticas, facilitando profundizar los conocimientos sobre el tema y la variable en términos de integración, corroboración y crítica (Useche et al., 2019, p. 48).

Datos sobre la vacunación en Centroamérica

Los datos para la reconstrucción de estas dimensiones provienen principalmente de Our World in Data. Esta es una plataforma que se especializa en la presentación de datos para la investigación, por esto, a lo largo de la pandemia crearon un conjunto de datos internacionales sobre vacunación, el cual se actualizó cada mañana, con las cifras oficiales más recientes hasta el día anterior. De esta forma, la unidad de medición temporal utilizada por Our World in Data fue la de días.

Las fuentes consultadas por Our World in Data para las cifras de COVID-19 en la región centroamericana se resumen en la Tabla 4:

Tabla 4

Fuentes de Our World in Data para Centroamérica

Ubicación	Fuente	Fecha de la última observación
Costa Rica	Caja Costarricense del Seguro Social	2 de junio de 2023
El Salvador	Ministerio de Salud	2 de octubre de 2022
Guatemala	Ministerio de Salud	12 de mayo de 2023
Honduras	Organización Mundial de la Salud	2 de junio de 2023
Nicaragua	Organización Mundial de la Salud	2 de junio de 2023
Panamá	Organización Panamericana de la Salud	12 de mayo 2023

Nota. Elaboración a partir de “COVID-19 Data Explorer”, Our World in Data, 2023.

El trabajo de Our World in Data sobre vacunación permite disponer de un conjunto de datos robusto, pero que también presenta retos para el estudio de la política de vacunación en la región centroamericana. Por un lado, los gobiernos y ministerios de

salud de cada país asumieron distintas estrategias de sistematización y reporte de datos, lo cual se puede observar en la periodicidad de la actualización de las cifras: diaria, semanal o mensual. Esto quiere decir que el conjunto de datos para cada país difiere en cantidad. Además, en el caso concreto de la región, las características de algunos regímenes políticos, pone en tela de duda la veracidad de los datos reportados, sin embargo, para esto se incluyen otras fuentes de triangulación de información tales como la prensa y la observación participante sistematizada a partir del trabajo de campo.

Esta investigación utiliza como fuente principal los datos sobre vacunación recopilados por Our World in Data para cada país, complementados con información de otras fuentes pertinentes, lo cual permite obtener un panorama integral de las políticas de vacunación implementadas en la región centroamericana.

Plan de garantía ética

La Universidad de Costa Rica, cuenta con lineamientos operativos del Comité Ético Científico para investigaciones con seres humanos, biomédicas o socio culturales. Las investigaciones socio culturales se orientan a estudiar variables o dimensiones sociales, económicas, políticas, históricas, culturales o psicológicas, así como sus relaciones, por lo tanto, no forman parte de la definición de estudios biomédicos contemplados por la ley.

La presente investigación se apega a lo estipulado en el Reglamento Ético Científico de la Universidad de Costa Rica (REC-UCR). Las fuentes de información utilizadas son documentales y de acceso público, estas se complementan con los insumos del trabajo de campo, sistematizados en un diario de campo.

El objeto de estudio de este proyecto tiene un valor social y científico elevado, en el tanto pretende generar conocimiento y herramientas para la toma de decisiones en el marco de situaciones de shock como la reciente pandemia ocasionada por el Covid-19. Tanto para futuras pandemias como para un eventual nuevo brote del virus SARS-CoV-2, es necesario comprender cuáles elementos explican el éxito o fracaso de las políticas de vacunación en la región centroamericana.

Capítulo de análisis 1

Desempeño de la política de vacunación contra la COVID-19 en la región centroamericana

Contexto previo: ¿Habrá vacuna?

En diciembre de 2019, en la provincia de Hubei, China, fueron reportados una serie de casos de personas hospitalizadas padeciendo nueva enfermedad caracterizada por síntomas como la neumonía e insuficiencia respiratoria, causada por un nuevo coronavirus, denominado SARS-CoV-2 (Ferrer, 2020, p. 323). El 11 de febrero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominó este padecimiento como COVID-19 (Enfermedad del Coronavirus, 2019). Un mes después, el 11 de marzo de 2020, la COVID-19 fue declarada pandemia por parte de la OMS, a partir de la expansión del virus y la enfermedad a todo el mundo (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Desde los primeros casos en China, dio inicio la carrera para la búsqueda de un fármaco que controlara la propagación del virus. El 12 de enero del 2020, científicos chinos compartieron la secuencia genética del virus SARS-CoV-2, lo cual permitió investigar en profundidad el papel que juegan sus proteínas en la fisiopatología de la COVID-19, siendo un insumo fundamental para comprender los aspectos evolutivos, clínicos y epidemiológicos de esta enfermedad, en aras de la prevención y el tratamiento. (Raskin, 2020, p. 379).

A pesar de la rapidez con la que inicia este proceso de investigación, durante los primeros meses de la pandemia, las directrices internacionales emitidas por la OMS y los centros para el control y la prevención de enfermedades se limitaron al tratamiento de apoyo y la prevención para lograr el control de la infección. No existían vacunas ni tratamientos antivirales para la familia de los coronavirus (Khachfe et al., 2020, p. 2).

Sin un fármaco contra el virus, las medidas sanitarias fueron principalmente: la cuarentena domiciliaria, precauciones de seguridad, por ejemplo, protocolo para toser o estornudar y el seguimiento de medidas de higiene, tales como la desinfección de manos, uso de antisépticos, no tocarse la cara, entre otros. A partir de la experiencia en China, se concluía que el aislamiento, la cuarentena y la desinfección, era las mejores medidas contra la COVID-19 (Khachfe et al., 2020, p. 5).

Para abril del 2020, muchos ensayos clínicos de la vacuna contra la COVID-19 estaban en curso. Los investigadores utilizan lo que aprendieron previamente de los

estudios de la vacuna contra el SARS-CoV, el MERS-CoV y otros virus para desarrollar vacunas que prevengan la COVID-19. Los investigadores también estudian los síntomas de la COVID-19, los efectos a largo plazo, las pruebas diagnósticas, las pruebas de anticuerpos, los tratamientos y los fármacos.

En este contexto, a finales de abril del 2020, la OMS implementó el Acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID-19 (Acelerador ACT), este es un marco de colaboración mundial temporal, diseñado para “movilizar rápidamente la infraestructura y los conocimientos especializados que existen en todo el mundo en materia de salud pública para acelerar la obtención y la producción de pruebas diagnósticas, tratamientos y vacunas contra la COVID-19 y el acceso equitativo a ellos...” (OMS, 2021)

El Acelerador ACT está codirigido por las principales organizaciones mundiales del sector de la salud, que se han articulado en un marco único de colaboración. El marco, está formado por tres pilares que se sustentan en un conector de sistemas de salud y una línea de trabajo de asignación y acceso en los países, que facilita la resolución conjunta de problemas y el intercambio de conocimientos. A continuación, se presenta una síntesis de dicha estructura (OMS, 2021a):

- El pilar de vacunas: también conocido como COVAX, está codirigido por la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias (CEPI), la Alianza Gavi para las Vacunas y la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el UNICEF como asociado clave. Sus ejes de trabajo son la investigación y la cobertura.
- El pilar de medios de diagnóstico: está codirigido por la Fundación para la Obtención de Medios de Diagnóstico Innovadores (FIND) y el Fondo Mundial; la OMS lidera en este pilar las cuestiones de política regulatoria, adquisición y asignación de productos, y acceso y apoyo a los países, al tiempo que apoya la labor de I+D (Investigación y Desarrollo). Su objetivo es detectar rápidamente medios de diagnóstico nuevos e innovadores que puedan utilizarse en todo el mundo, así como distribuir pruebas de diagnóstico asequibles y de calidad a las poblaciones de los países de ingreso bajo y mediano bajo.
- El pilar de tratamientos: está codirigido por Unitaid y el Wellcome Trust, la OMS lidera la labor normativa y regulatoria, y el Fondo Mundial lidera los trabajos en materia de adquisiciones y despliegue. Su propósito es avanzar en la investigación de tratamientos eficaces, apoyar a los países para optimizar la atención clínica, introducir

tratamientos nuevos de eficacia demostrada, así como y adquirir y distribuir dosis de tratamiento para las poblaciones de países de ingreso bajo y mediano.

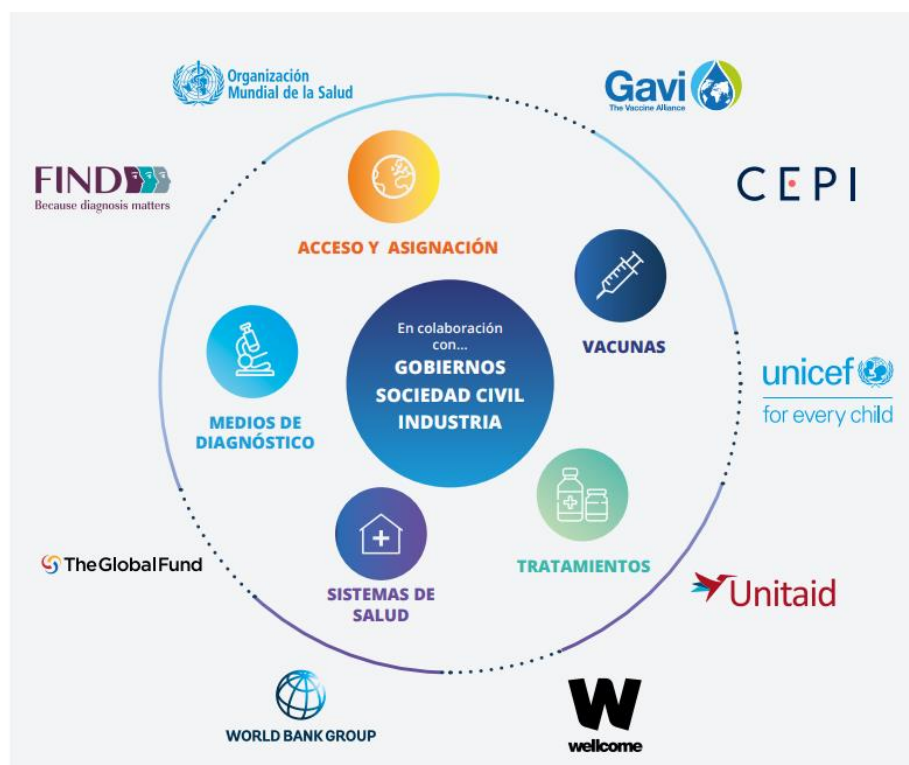
- El conector de sistemas de salud (CSS): es la base que soporta los tres pilares de los productos y está codirigido por el Fondo Mundial, el Banco Mundial y la OMS, con el apoyo del Servicio Mundial de Financiamiento en Apoyo de la Iniciativa Todas las Mujeres, Todos los Niños. Su objetivo es detectar y resolver ágilmente los obstáculos de los sistemas de salud específicos de cada país para asegurar la disposición operativa y permitir la rápida expansión y el suministro de herramientas contra la COVID-19. También tiene como propósito acelerar la disponibilidad y el uso de equipos de protección personal (EPP) como medio para proteger al personal sanitario y asegurar la resiliencia del sistema de salud.
- La línea de trabajo de acceso y asignación: está liderada por la OMS y orienta la labor del Acelerador ACT en materia de acceso y asignación equitativos a escala mundial.

En la Figura 1, se puede apreciar una síntesis del marco de funcionamiento del Acelerador ACT:

Figura 1

Organismos codirectores y principales de los pilares del Acelerador ACT

Figura 1 – Organismos codirectores y principales de los pilares del Acelerador ACT



Nota. Organización Mundial de la Salud, Acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID-19 (Acelerador ACT): ¿qué es, cuál es su estructura y cómo funciona, 2021.

Sin embargo, es fundamental tener en cuenta que, la generación de vacunas contra distintas enfermedades infecciosas “es sometida a varios ciclos de estudio de investigación a fin de determinar las características de su eficacia, seguridad e inmunogenicidad para poder ser aplicadas a la población” (García Osorno et al., 2021, p. 430). Las sustancias se someten a un total de seis etapas de análisis en busca de su aprobación (García Osorno et al., 2021, pp. 430-431), primero dos fases de investigación: fase exploratoria, en la que se identifica los antígenos virales o vacunas candidatas para su elaboración (dos a cuatro años de estudio), fase preclínica, se realizan los análisis de las mezclas candidatas en modelos con animales y cultivos celulares a fin de determinar su seguridad e inmunogenicidad para ser aplicadas en los seres humanos (1 a dos años de trabajo). Y segundo, cuatro ciclos de investigación en el humano:

- Fase I: evaluar inicialmente la seguridad, dosificación, forma de aplicación, inmunogenicidad y posibles efectos adversos de las vacunas, en un número reducido de personas (< 100 participantes), suele durar 1 año de estudio.
- Fase II: su propósito es explorar de manera más detallada la seguridad, inmunogenicidad, dosificación propuesta e iniciar la investigación de la eficacia de tales biológicos en grupos más extensos de personas (200 a 500 participantes), suele durar de dos a tres años para su culminación.
- Fase III: son pocas las sustancias que llegan a esta altura, cuyo objetivo es la confirmación y evaluación de la seguridad y eficacia vacunal comparadas contra un placebo, en miles de personas en uno o varios países, así como la comprobación de efectos adversos poco frecuentes en un grupo grande de la población; esta etapa es previa a la aprobación y suele requerir de dos a cuatro años para llevarla a cabo.
- Fase IV: es la parte final posterior a la aprobación por las agencias regulatorias nacionales, que implica un seguimiento adicional a la población (farmacovigilancia) durante un periodo de tiempo más largo postmarketing.

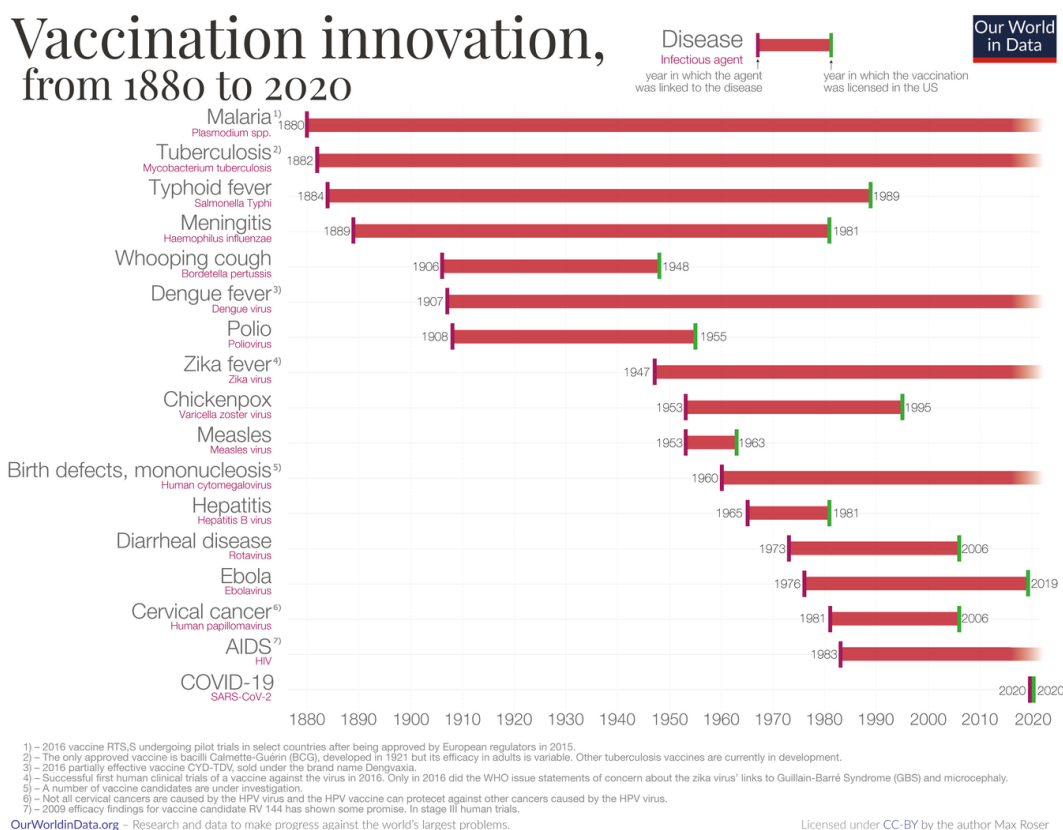
A pesar de lo anterior, la pandemia por COVID-19 conllevó a una aceleración en el proceso del desarrollo de vacunas, por lo que en tales situaciones de emergencia las fases de estudio se acortaron juntando la I y II o la II y III (García Osorno et al., 2021, pp. 431-434). Lo anterior provocó que las sustancias contra esta enfermedad sean las primeras con menor tiempo en su fabricación y aprobación a lo largo de la historia. Antes de 2020, el desarrollo más rápido fue el del sarampión. El virus del sarampión se relacionó con la enfermedad en 1953 y la vacuna se autorizó en Estados Unidos en 1963. En 2020, este

récord se batió cuando se desarrollaron varias vacunas en tan solo un año para combatir la pandemia de coronavirus.

En la Figura 2 se puede encontrar una línea de tiempo de innovación en el desarrollo de vacunas desde 1880 hasta 2020, que permite constatar la velocidad de la fabricación de la vacuna contra la COVID-19.

Figura 2

Línea de tiempo de innovación en el desarrollo de vacunas desde 1880 hasta 2020



Nota. Our World in Data, 2024.

Como parte del resumen de avances en el desarrollo de vacunas contra la COVID-19, publicado el 3 de abril de 2020, la OPS indica que para esa fecha existían 54 vacunas candidatas, de las cuales 51 se encontraban en fase preclínica y 3 habían empezado los ensayos clínicos de la fase I en humanos. Ocho meses después, el 2 de diciembre de 2020, la Agencia Reguladora de Medicamentos y Productos Sanitarios de Reino Unido (MHRA, por sus siglas en inglés), da el visto bueno a la vacuna BNT162b1 (ARNm) producida por Pfizer/BioNTech, siendo la primera vacuna contra la COVID-19 avalada por un organismo competente en la materia, días después, el 31 de diciembre de 2020, también sería autorizada por la OMS. Además, es la primera vacuna que más rápido ha

pasado de ser un concepto para convertirse en realidad, su desarrollo se llevó a cabo en tan solo 10 meses.

La agencia MHRA aprobó la vacuna ChAdOx1 nCoV-19, desarrollada por AstraZeneca/Oxford, el 30 de diciembre de 2020. Posteriormente, el 27 de febrero de 2021, la Administración de Medicamentos y Alimentos de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) autorizó la vacuna Janssen (Ad26.COV2.S) del laboratorio Johnson & Johnson. Si bien el número de vacunas autorizadas continuó incrementándose, no existe un registro unificado y exhaustivo, ya que las aprobaciones se realizan de manera independiente por distintas entidades reguladoras como la OMS, las autoridades sanitarias del Reino Unido y la Unión Europea, entre otras

El desarrollo de las vacunas contra COVID-19 representa un hito histórico en medicina y salud pública. Sin embargo, existen tres panoramas diferenciados a escala mundial: el desarrollo de las vacunas, su distribución por país y la administración de dosis a nivel subnacional. Superada la fase de aprobación de las vacunas, emergió una nueva etapa caracterizada por los desafíos del acceso y la distribución del fármaco.

El estudio de la región centroamericana

La historia y la política de Centroamérica han sido objeto de una constante invisibilización dentro del panorama general de Latinoamérica. Según lo indican Casullo y Brown (2023), es usual que investigaciones que se presentan como estudios comparados sobre “Latinoamérica”, se enfoquen exclusivamente en América del sur. Por lo tanto, “América Central no está adecuadamente representada ni como parte de una discusión más amplia sobre la realidad latinoamericana, ni tampoco como una subregión con problemáticas específicas” (Casullo & Brown, 2023, pp. 18-19).

Tradicionalmente, la categoría "Latinoamérica" ha servido como un paraguas que, en la práctica, solo abarca a "Sudamérica", con un enfoque particular en los países del Cono Sur y Brasil, e incluyendo a México en ocasiones. En este contexto, Centroamérica se ha visto relegada a un segundo plano, como si su historia y sus procesos políticos no fueran relevantes para comprender la región en su conjunto (Casullo & Brown, 2023, p. 19).

Esta invisibilización puede conducir a la falsa premisa de que Centroamérica no es más que un reflejo de las tendencias y procesos que se desarrollan en "Latinoamérica". Se asume que la región no tiene una identidad propia y que su desarrollo está subordinado al de sus vecinos del sur. Sin embargo, una mirada más profunda a la historia

latinoamericana revela una realidad mucho más compleja y dinámica. Lejos de ser un mero seguidor, Centroamérica y el Caribe han sido protagonistas de hitos y procesos históricos que han marcado el devenir de toda la región (Casullo & Brown, 2023, p. 20)

En esta misma línea, el reciente trabajo de Dada (2023), es un extraordinario ejemplo de que Centroamérica es una región a la que se observa poco y en la que acontece mucho. Tal y como lo indica el periodista:

Centroamérica se ha debatido, durante toda su vida independiente, entre el modelo de modernización diseñado por las élites-generar riqueza para unos cuantos a costa de la miseria para las mayorías-y las revueltas y resistencias de poblaciones explotadas y marginadas. Y también las promesas de libertadores y revolucionarios que no han sabido responder a las acusaciones de que sus utopías distribuyen pobreza, o cuyos intentos por ponerlas a prueba han sido interrumpidos por golpes de Estado o asesinatos (Dada, 2023, p. 10).

Dada (2023) destaca que la vida centroamericana transcurre a espaldas de instituciones del estado y que la región está llena de lugares que son como pliegues, “donde no llegan los reflectores y las cuestiones que allí suceden suelen permanecer ausentes de nuestras narrativas nacionales” (Dada, 2023, p. 12).

Esa cintura mencionada por Dada (2023), es América Central y resulta necesario poner los reflectores sobre esta, especialmente en un contexto en el que es “evidente el fracaso de quienes gobernaron Centroamérica en esa breve etapa histórica que llamamos “la era de la democracia” (Dada, 2023, p. 11). La cual, ha terminado en Nicaragua, en El Salvador, agoniza, en Guatemala y Honduras, se encuentra en cuidados intensivos, y hasta en Costa Rica, comienzan a aparecer las primeras grietas (Dada, 2023, p. 11).

Los estudios de caso de los países son fundamentales, pero también los trabajos regionales, ya que permiten ubicar los ejes comunes, facilitan unir los puntos. Hacen posible reconstruir “mapa ininterrumpido de pliegues en esta región del mundo”, que permita “entender mejor el fracaso que nos trajo al lugar donde estamos ahora los centroamericanos: ante el desmantelamiento de nuestras democracias y su sustitución por dictaduras y proyectos políticos autoritarios” (Dada, 2023, pp. 16-17).

Desempeño de las políticas de vacunación contra la COVID-19 en los países de la región centroamericana

Cobertura

El inicio de la vacunación como respuesta rápida en un contexto de shock

Como se indicó anteriormente, el 2 de diciembre es la fecha en la que la primera vacuna contra la COVID-19 es aprobada por un ente competente a nivel mundial. Sin embargo, previamente a esta fecha, distintos gobiernos entraron en negociaciones para garantizarse la vacuna. Estas negociaciones fueron desiguales y dejaron en condición de desventaja a los países del sur global.

Tomando en cuenta el contexto de pandemia y la particularidad en la producción de esta vacuna, los días transcurridos desde la disposición de la vacuna hasta la fecha de inicio de la aplicación de la primera dosis (VI), es un indicador de desempeño de la política. Un inicio temprano de la vacunación ofrece la oportunidad de aumentar la cobertura, tomando en cuenta que, después de varios meses de pandemia, se estaba a la espera de estrategias de contención que no estuvieran vinculadas a acciones como la cuarentena.

La Tabla 5 muestra los días transcurridos, desde el 2 de diciembre hasta que cada uno de los países inicia la aplicación de la primera dosis, evidenciando una heterogeneidad en la respuesta de los países de la región ante la crisis. Para interpretar estos resultados, se le asignó una calificación de 0 a 10 a los países de la región, se le otorga un 10 al país que inició primero a vacunar ($I_{\min}$), un 0 al país que tardó más tiempo en arrancar con el proceso de vacunación ($I_{\max}$) y se califica a los demás países según se acerque o se aleje su inicio de vacunación (I) a esos dos extremos. Esto deriva en la siguiente fórmula:

$$\text{Calificación}(I) = 10 \left(1 - \frac{I - I_{\min}}{I_{\max} - I_{\min}} \right)$$

Tabla 5

Período de inicio de vacunación, según días transcurridos desde la disposición de la vacuna a nivel mundial hasta el inicio de aplicación de la primera dosis

País	Fecha de inicio de aplicación de primera dosis	Días transcurridos	Calificación
Costa Rica	12/12/2020	10	10.00

Panamá	20/1/2021	49	5.71
El Salvador	17/2/2021	77	2.64
Guatemala	25/2/2021	85	1.76
Nicaragua	2/3/2021	90	1.21
Honduras	13/3/2021	101	0.00

Nota. Elaboración propia, 2024

De acuerdo con la Tabla 5, Costa Rica y Panamá son los primeros países en iniciar a vacunar. Sin embargo, es importante señalar que la diferencia entre ambos países es de 39 días, más de un mes. En el medio se encuentran países como El Salvador y Guatemala, que se demoran de dos a tres meses para dar inicio. Y finalmente, Nicaragua y Honduras, que son los últimos en arrancar con este proceso, después de tres meses de aprobada la primera vacuna.

Un inicio temprano de la vacunación influye, aunque como veremos más adelante, no determina el desempeño que una política de vacunación. Sin embargo, tomando en cuenta el contexto de shock provocado por la pandemia, el miedo al contagio de la enfermedad fue un factor determinante. La incertidumbre y la amenaza latente de enfermarse motivaron a las personas a buscar la protección que ofrece la vacuna. Este miedo actúa como un catalizador, impulsando la participación en la campaña. Sin embargo, este miedo puede disiparse conforme pasa el tiempo, por lo que, la vacunación temprana facilitaba aprovechar esa ventana de oportunidad en la que el miedo como catalizador incentivaba el deseo de vacunarse.

Sumado a esto, la cobertura mediática jugó un papel crucial en la difusión de información sobre la enfermedad y la vacuna. Había mucha expectativa sobre la producción de la vacuna. La atención de los medios fue intensa, lo que aumentó la conciencia pública sobre la importancia de la vacunación. Esto puede generar un ambiente propicio para la participación de la población. Por lo que la posibilidad de aprovechar esta coyuntura consiste en un factor determinante para aumentar la cobertura de la política de vacunación.

En este sentido, países como Costa Rica y Panamá, empiezan con una ventaja que mantendrán a lo largo del proceso, sin embargo, el comportamiento de los otros países, evidencia que para analizar el desempeño de una política como la vacunación contra el COVID-19, se hace necesario incorporar otros elementos explicativos.

Cobertura de la política

La llegada de la vacuna contra la COVID-19 marcó un punto de inflexión en la pandemia. A pesar de que el inicio de la vacunación en cada país es un primer paso, existen otros elementos que deben ser contemplados, como la cobertura que tuvo la política (D1) a lo largo de T1.

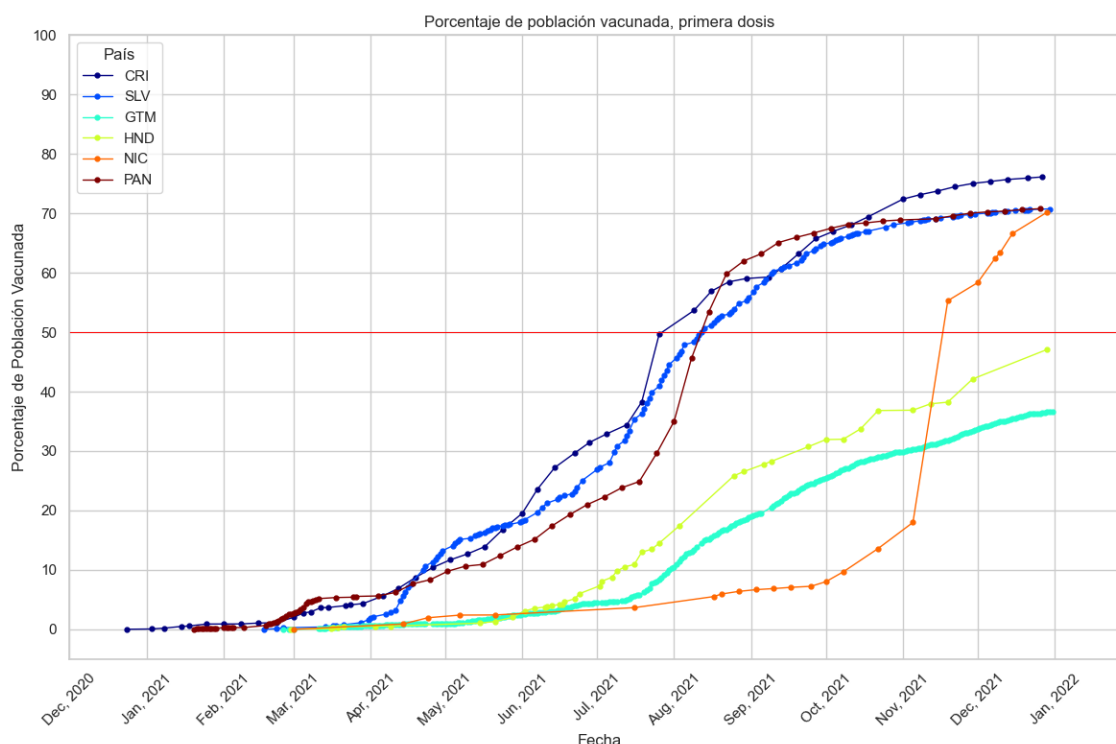
Las primeras dosis de la vacuna fueron aplicadas principalmente a lo largo del 2021, el año de la vacunación contra la COVID-19. Al igual que en el indicador anterior, VI, los países de la región presentan una evolución heterogénea en cuanto al porcentaje de población vacunada con la primera dosis (D1) a lo largo de T1.

La Figura 3 presenta la evolución de D1 a lo largo de T1. Como se indicó anteriormente, la cantidad de reportes por país varía, los cuales se ven representados por los puntos a lo largo de la curva. El primer punto, consiste en el primer reporte que cada país hizo, posterior al inicio de la vacunación.

Además, se destaca el punto en el que cada país logra tener una cobertura del 50% de su población. Este es un parámetro importante en la dinámica de la transmisión viral. Al vacunar a una gran parte de la población, se reduce la probabilidad de que el virus encuentre un huésped susceptible y se propague. Pero también, lograr vacunar al 50% de la población no es una tarea fácil. Requiere un esfuerzo sostenido por parte de las autoridades sanitarias, los profesionales de la salud y la comunidad en general. Es una muestra de la capacidad de los estados en materia de salud pública.

Figura 3

Cobertura de la política de vacunación, según proporción de personas vacunadas a lo largo de T1



Nota. Elaboración propia a partir de “COVID-19 Data Explorer”, Our World in Data, 2023.

La Figura 3 muestra tres comportamientos en cuanto a D1. El primero de estos, es el de aquellos países con una cobertura constante y creciente a lo largo de T1, tal es el caso de Costa Rica, El Salvador y Panamá. Por otro lado, se encuentra Nicaragua, país en el que la cobertura durante la primera mitad del período no superó el 5% de la población, pero cuya curva tiene un crecimiento extraordinario entre octubre y noviembre, por lo que al final de T1, ha alcanzado una cobertura muy similar a la del primer grupo de países. Finalmente, están aquellos países con una cobertura reducida, Guatemala y Honduras, que al igual que Nicaragua, durante la primera mitad del período, habían alcanzado una cobertura limitada, del 10% y 15% respectivamente, pero que al final de T1, no habían alcanzado el 50% de cobertura en primera dosis.

Para interpretar estos resultados, se le asignó una calificación de 0 a 10 a los países de la región, se le otorga un 10 al país con una cobertura más alta al cierre de T1 ($D_{\max}$), un 0 al país con la cobertura más baja ($D_{\min}$) y se califica a los demás países según se acerque o se aleje su cobertura (D1) a esos dos extremos. Esto deriva en la siguiente fórmula:

$$\text{Calificación}(D1) = 10 \left(\frac{D2 - D_{\min}}{D_{\max} - D_{\min}} \right)$$

En la Tabla 6 se puede observar la calificación de cada país de la región, la cual permite dividir a los países en dos grupos, primero, el de aquellos que al cierre de T1 tuvieron una cobertura alta, superando el 70% de personas vacunadas con una dosis, tal es el caso de Costa Rica, Panamá, El Salvador y Nicaragua, y un segundo grupo, el de países con una cobertura media-baja, que al final de T1 no habían alcanzado a vacunar al 50% de su población, en este caso, Honduras y Guatemala.

Tabla 6

Cobertura de la política de vacunación, según proporción de personas vacunadas a lo largo de T1

País	% población vacunada	Calificación
Costa Rica	76.14	10.00
Panamá	70.79	8.65
El Salvador	70.76	8.64
Nicaragua	70.22	8.50
Honduras	47.11	2.65
Guatemala	36.62	0.00

Nota. Elaboración propia a partir de “COVID-19 Data Explorer”, Our World in Data, 2024.

En los datos reunidos en la Figura 3 y en la Tabla 6, se empieza a evidenciar la particularidad de casos como El Salvador y Nicaragua, que a pesar de tener condiciones políticas e institucionales, muy distintas a países como Costa Rica y Panamá, a lo largo de T1 alcanzan tasas de vacunación similares. Sumado al hecho de que iniciaron a vacunar alrededor de un mes después.

Sin embargo, también se evidenció que un país como Nicaragua, presentó un ritmo de vacunación irregular, lo cual refuerza la importancia de considerar otros indicadores en la comprensión de este proceso. Una vacunación temprana permite proteger a las personas más vulnerables, reduce la transmisión, disminuye la carga sobre el sistema sanitario, aumenta la confianza en el proceso de vacunación mismo y reduce la afectación de la economía. Por lo tanto, en el siguiente apartado se abordará la velocidad promedio que cada país tuvo a lo largo de T1.

Velocidad promedio de vacunación

La velocidad de la vacunación, especialmente en un contexto de shock como el que se presentó ante la pandemia por COVID-19, es un indicador fundamental en términos de desempeño. Tal y como lo indican Carreño y Álvarez, “tener una vacuna eficaz que no es administrada de forma eficiente es lo mismo que tener una vacuna poco eficaz”, por lo tanto, “si se dispone de una vacuna lo suficientemente buena, lo mejor que se puede hacer, según nuestro modelo, es que las administraciones se aseguren de que la velocidad de vacunación sea la más alta posible y que los ciudadanos se vacunen lo antes posible (Carreño Navas & Álvarez Nodarse, 2021).

La velocidad de vacunación se puede calcular a partir del número promedio de personas vacunadas por día. Sin embargo, tomando en cuenta las diferencias en la población total de los 6 países de Centroamérica, se considera más representativo considerar el porcentaje de población vacunada por día.

En la Tabla 7 se presentan los resultados de la velocidad promedio de cada país a lo largo de T1. Así mismo, se propone dividir T1 en dos, ya que como se ha mencionado, la velocidad es un factor que cambia a lo largo del período de estudio.

Es importante considerar que, en el marco de un contexto de shock como el que se enfrentó en la reciente pandemia, no existe una velocidad de vacunación de referencia propuesta por algún ente competente. Por lo tanto, para interpretar los resultados de la medición de velocidad, se le asignó una calificación de 0 a 10 a los países de la región, se le otorga un 10 al país con mayor velocidad promedio (V_{max}), un 0 al país con menor velocidad promedio (V_{min}) y se califica a los demás países según se acerque o se aleje su velocidad promedio ($V1$) a esos dos extremos. Esto deriva en la siguiente fórmula:

$$Calificación(V1) = 10 \left(\frac{V1 - V_{min}}{V_{max} - V_{min}} \right)$$

Tabla 7

Velocidad de vacunación en CA a lo largo de T1

País	T1 completo		Primer semestre de T1		Segundo semestre de T1		Promedio de calificaciones
	% población vacunada por día	Calificación	% población vacunada por día	Calificación	% población vacunada por día	Calificación	
Costa Rica	0.19	10.00	0.15	10.00	0.42	10.00	10.00
El Salvador	0.18	8.64	0.12	7.79	0.39	8.64	8.35
Panamá	0.18	8.65	0.10	6.39	0.39	8.65	7.89

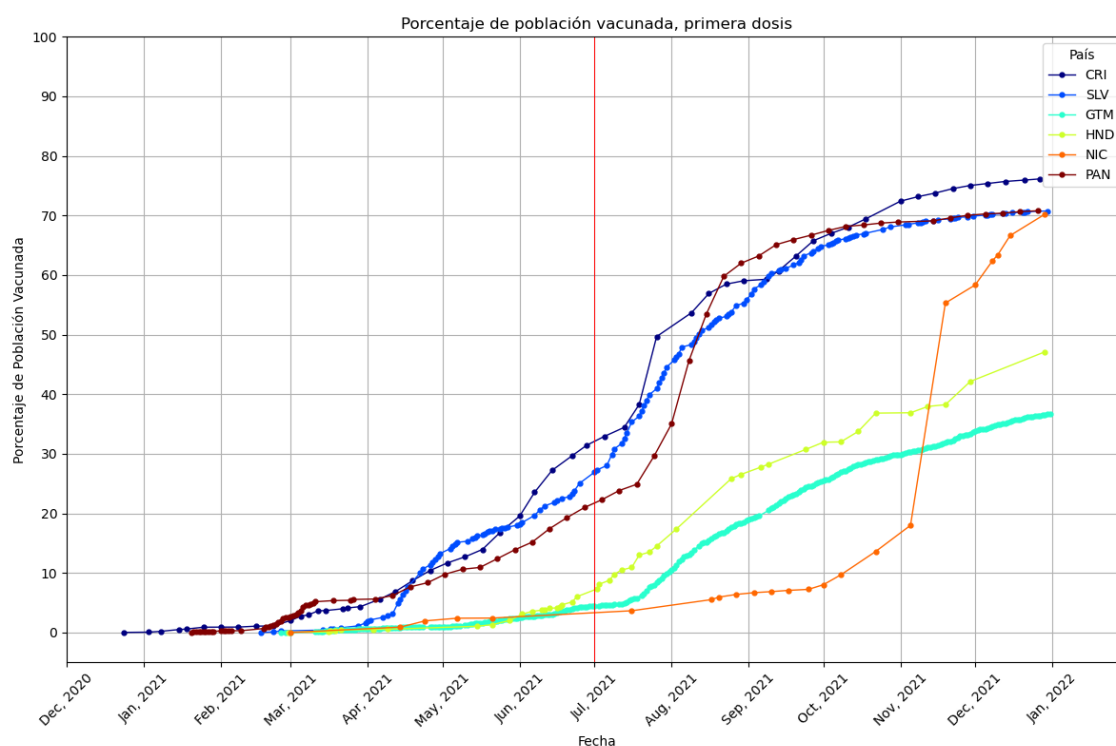
Nicaragua	0.18	8.50	0.01	0.00	0.38	8.50	5.67
Honduras	0.12	2.65	0.03	1.24	0.26	2.65	2.18
Guatemala	0.09	0.00	0.02	0.69	0.20	0.00	0.23

Nota. Elaboración propia a partir de “COVID-19 Data Explorer”, Our World in Data, 2024.

En la Figura 4 se puede observar la diferencia de la curva de vacunación entre el primer y segundo semestre de T1:

Figura 4

Diferencia entre las curvas de vacunación de cada país durante el primer y el segundo semestre de T1



Nota. Elaboración propia a partir de “COVID-19 Data Explorer”, Our World in Data, 2023.

Los datos de la Tabla 7 y de la Figura 4 evidencian que Costa Rica fue el país con mayor velocidad promedio de vacunación a lo largo de todo T1, pero también en cada uno de los semestres. Además, se destaca el caso de El Salvador, que a lo largo de T1 tiene un ritmo de vacunación similar a Panamá, pero que durante el primer semestre de T1, supera la velocidad de vacunación de este país. Por otro lado, Nicaragua, durante el primer semestre de T1, es el país con la velocidad menor de toda la región, pero a partir del segundo semestre, alcanza un ritmo similar al de Panamá y El Salvador. Finalmente, a lo largo de T1 mantienen las menores velocidades de vacunación en la región.

En un contexto de shock, el tiempo que transcurre sin que las personas reciban el beneficio de esta política, es decir, la vacuna, puede tener consecuencias críticas,

incluyendo los síntomas graves de la enfermedad, así como la muerte. Por esto, una mayor velocidad, se asocia a un mejor desempeño de la política.

Suficiencia

Como se indicó anteriormente, la suficiencia de la política de vacunación contra la COVID-19 será analizada a partir de la aplicación de la segunda dosis. Lo anterior considerando que la mayoría de las vacunas empleadas en Centroamérica requieren de dos dosis para completar el esquema básico de vacunación (con excepción de la vacuna Janssen - Ad26.COV 2.5), tal y como se muestra en la Tabla 8:

Tabla 8

Número de países en los que se han administrado las vacunas de cada fabricante

No.	Fabricante	Número de países	Países
1	Pfizer BioNTech - Comirnaty	6	Panamá, Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Honduras y Guatemala
2	AstraZeneca - Vaxzevria	6	Panamá, Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Honduras y Guatemala.
3	Moderna - mRNA-1273	5	Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Honduras y Guatemala.
4	SII - Covishield	4	Nicaragua, El Salvador, Honduras y Guatemala
5	Pfizer BioNTech - Comirnaty Bivalent Original/Omicron BA.4/BA.5	3	Costa Rica, Panamá y El Salvador
6	Gamaleya - Sputnik V	3	Nicaragua, Honduras y Guatemala
7	Janssen - Ad26.COV 2.5	2	Nicaragua y Honduras
8	Beijing CNBG - BBIBP-CorV	2	Nicaragua y El Salvador
9	Sinovac - CoronaVac	2	El Salvador Nicaragua
10	Sinopharm- CoronaVac	1	El Salvador
11	Shifa - COVIran Barakat	1	Nicaragua
12	Gamaleya - Sputnik-Light	1	Nicaragua
13	Finlay - Soberana-02	1	Nicaragua
14	Finlay - Soberana Plus	1	Nicaragua
15	BioCubaFarma - Abdala	1	Nicaragua

Nota. Elaborado a partir de Organización Panamericana de la Salud, 2024

Los indicadores utilizados serán el cumplimiento del esquema completo de vacunación y la velocidad promedio de vacunación de la segunda dosis, los cuales se desarrollan en los siguientes apartados.

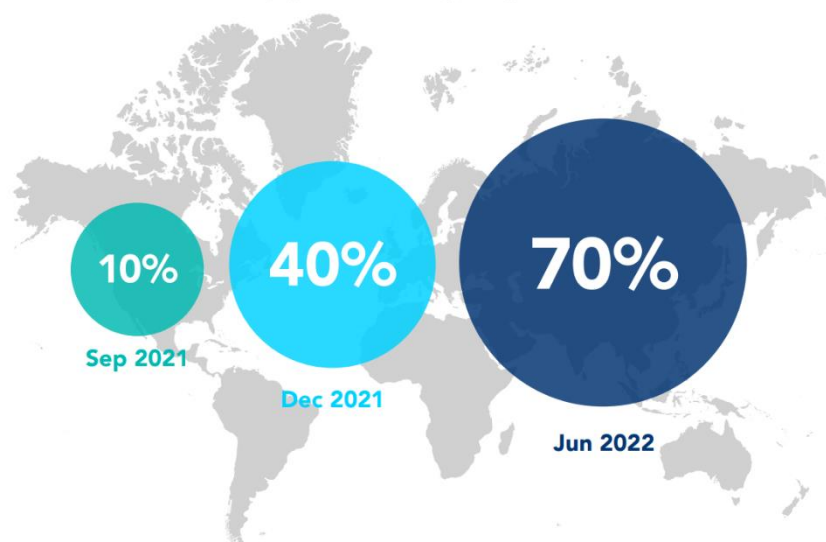
Cumplimiento de esquema completo de vacunación

El 6 de octubre del 2021, la OMS presentó “Global COVID-19 Vaccination Strategy in a Changing World”(WHO, 2021), una estrategia para impulsar la vacunación mundial contra la Covid-19, en cual exponen medidas urgentes que debe adoptar la comunidad internacional para vacunar con el esquema completo al 70% de la población mundial. La OMS sugirió tres metas para alcanzar ese objetivo, las cuales se presentan en la Figura 5:

Figura 5

Objetivos de vacunación contra la COVID-19, 2020-2021

Figure 2.
COVID-19 full vaccination population coverage targets for 2021 - 2022



Nota. Tomada de *Global COVID-19 Vaccination Strategy in a Changing World*, OMS, 2021.

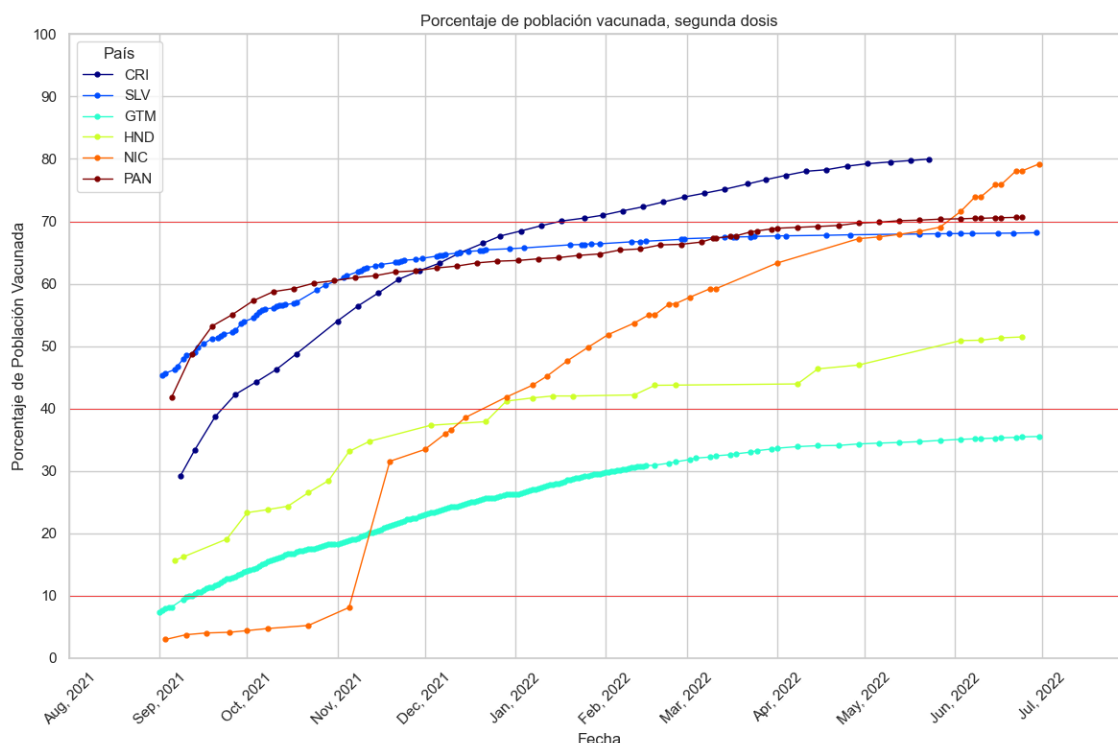
El objetivo de cobertura del 70% para mediados de 2022 está impulsado por los imperativos sanitarios y económicos de detener la pandemia lo antes posible, con el apoyo de análisis técnicos sobre la epidemiología de la enfermedad y los atributos de las vacunas, y una evaluación de viabilidad que incluye los requisitos sobre la producción mundial de vacunas y las capacidades nacionales de absorción. Los objetivos provisionales de cobertura son necesarios para garantizar un ritmo equitativo de distribución de la vacuna en todo el mundo y una priorización adecuada de la vacuna para las personas con mayor riesgo. El objetivo de cobertura del 10% para finales de septiembre de 2021 no fue alcanzado por 56 países, que representan el 20% de la población mundial. A finales de septiembre, 70 países ya habían alcanzado el objetivo de cobertura del 40%. Esto hace cada vez más urgentes las acciones críticas necesarias para asegurar que los países restantes, y especialmente aquellos que todavía están por debajo

del 10% de cobertura, estén en trayectoria de alcanzar el 40% de cobertura para finales de diciembre de 2021 (WHO, 2021, p. 4).

La Figura 6 resume la evolución de los países de la región en el cumplimiento de los objetivos provisionales, así como del objetivo de cobertura del 70%:

Figura 6

Porcentaje de población vacunada con el protocolo completo, Centroamérica, 2020-2022



Nota. Elaboración propia a partir de “COVID-19 Data Explorer”, Our World in Data, 2023.

En cuanto a la meta de la OMS de vacunar al 10% de la población para finales de septiembre de 2021, todos los países de la región, excepto Nicaragua, la habían logrado. Nicaragua, al finalizar septiembre, solo había vacunado alrededor del 5% de su población.

Con respecto a la segunda meta, de vacunar al 40% de la población a finales de diciembre de 2021, solo Guatemala no la alcanzó. Los cinco países restantes vacunaron al menos al 40% de su población con el esquema completo básico. Sin embargo, estos países presentaron diferencias importantes. Nicaragua y Honduras alcanzaron la meta con alrededor del 42% de su población vacunada para diciembre de 2021, mientras que Costa Rica, El Salvador y Panamá superaron el 60%.

Al analizar la vacunación en Centroamérica, encontramos un panorama heterogéneo con tres grupos bien diferenciados.

En el primer grupo se encuentran aquellos países que no alcanzaron la meta de vacunación establecida. Guatemala se ubica en este grupo, con una tasa de vacunación inferior al objetivo. Un segundo grupo lo conforman Nicaragua y Honduras, países que rozan la meta de vacunación, sus tasas apenas alcanzan el mínimo. En el caso de Nicaragua, llama la atención que, a pesar de haber tenido un desempeño crítico en la primera meta, con el menor porcentaje de población vacunada con dos dosis en septiembre de 2021, incluso inferior al de Guatemala, logró alcanzar la segunda. Finalmente, un tercer grupo está compuesto por Costa Rica, El Salvador y Panamá, países que superaron la meta de vacunación con creces.

En relación con la última meta, fue alcanzada por tres países: Costa Rica (79,97%), Nicaragua (78,06%) y Panamá (70,63%). El Salvador rozó el éxito con un 68,17% de su población vacunada, mientras que Honduras (51,46%) y Guatemala (35,36%) se rezagaron en la carrera.

Para interpretar los resultados en torno a cumplimiento del esquema completo de vacunación, se le asignó una calificación de 0 a 10 a los países de la región, tomando en cuenta las coberturas alcanzadas en las fechas establecidas por la OMS para cada meta. Se le otorga un 10 al país con un mayor porcentaje de población vacunada ($D2_{max}$), un 0 al país porcentaje de población vacunada ($D2_{min}$) y se califica a los demás países según se acerque o se aleje su porcentaje de población vacunada ($D2$) a esos dos extremos. Esto deriva en la siguiente fórmula:

$$Calificación(D2) = 10 \left(\frac{D2 - D2_{min}}{D2_{max} - D2_{min}} \right)$$

Tabla 9

Porcentaje de población vacunada con el protocolo completo, Centroamérica, 2020-2022

	Meta número 1 OMS: 10%		Meta número 2 OMS: 40%		Meta número 3 OMS: 70%		Promedio de calificaciones
País	% población vacunada	Calificación	% población vacunada	Calificación	% población vacunada	Calificación	
Costa Rica	42.26	7.49	67.66	10.00	79.97	10.00	9.16
Panamá	55.07	10.00	63.61	9.02	70.64	7.91	8.98
El Salvador	53.91	9.77	65.60	9.50	68.17	7.36	8.88
Nicaragua	4.12	0.00	41.82	3.76	79.20	9.83	4.53
Honduras	19.06	2.93	41.18	3.60	50.88	3.49	3.34

Guatemala	13.76	1.89	26.27	0.00	35.31	0.00	0.63

Nota. Elaboración propia a partir de “COVID-19 Data Explorer”, Our World in Data, 2024.

De acuerdo con la información expuesta Figura 6 y la Tabla 9, se concluye que Costa Rica y Panamá mantienen su ritmo constante, consolidándose como líderes en la región. El Salvador, por su parte, evidencia un progresivo rezago que lo distancia del grupo de países de la región que exhiben las tasas de vacunación más elevadas. Nicaragua, a pesar de un comienzo titubeante, experimentó una notable mejoría, especialmente al final del período, alcanzando las tasas más altas de la región. Honduras, aunque logró la segunda meta, no pudo alcanzar la tercera, pero aun así se diferencia notablemente de Guatemala, cuyo desempeño se ha mantenido invariablemente limitado.

Velocidad de cumplimiento del esquema completo de vacunación

Tal y como se indicó anteriormente, la velocidad es un factor que cambia a lo largo del período de estudio. Por esta razón, es importante considerar la velocidad promedio de vacunación (V2) a lo largo de T2, ya que la aplicación de la segunda dosis se lleva a cabo en un contexto distinto al de la primera.

Para la medición de este indicador, se utilizará el mismo procedimiento que se empleó para la primera dosis en la dimensión de cobertura. Sin embargo, debido a que para la segunda dosis la OMS estableció metas concretas, los cálculos de V2 se harán considerando el calendario propuesto por la OMS. A partir de esto, se le asignó una calificación de 0 a 10 a los países de la región, se le otorga un 10 al país con mayor velocidad promedio (V_{max}), un 0 al país con menor velocidad promedio (V_{min}) y se califica a los demás países según se acerque o se aleje su velocidad promedio (V2) a esos dos extremos. Esto deriva en la siguiente fórmula:

$$Calificación(V1) = 10 \left(\frac{V2 - V_{min}}{V_{max} - V_{min}} \right)$$

Tabla 10

Velocidad de vacunación en CA a lo largo de T2

País	T2 completo		T2.1 Dic 2020-Dic 2021		T2.2 Enero 2022-Junio 2022		Promedio de calificaciones
	% población vacunada por día	Calificación	% población vacunada por día	Calificación	% población vacunada por día	Calificación	
Nicaragua	0.138	9.83	0.106	3.76	0.197	10.00	7.86

Costa Rica	0.139	10.00	0.172	10.00	0.064	2.75	7.58
Panamá	0.123	7.90	0.161	9.02	0.038	1.36	6.09
El Salvador	0.119	7.35	0.166	9.50	0.014	0.00	5.62
Honduras	0.089	3.59	0.105	3.60	0.054	2.22	3.14
Guatemala	0.062	0.00	0.067	0.00	0.051	2.06	0.69

Nota. Elaboración propia a partir de “COVID-19 Data Explorer”, Our World in Data, 2024.

La

Tabla 10 muestra los resultados de la medición de velocidad para cada uno de los países. Como se puede observar, el orden del desempeño de los países en este indicador es distinto, ubicándose Nicaragua como el país con una velocidad más alta a lo largo de T2. Sin embargo, es importante diferenciar el comportamiento de la velocidad en las distintas partes del período.

Los resultados de la

Tabla 10 muestran que, un país como Costa Rica, presenta una velocidad alta y constante, con una leve reducción en T2.2. Por su parte, si bien Panamá tiene una de las tres velocidades más altas de la región durante T2.1, esta decae considerablemente a lo largo de T2.2. En esta misma línea, se encuentra El Salvador, cuya velocidad pasa a ser la menor de la región a lo largo de T2.2.

Por otro lado, Nicaragua tiene el aumento más notorio en términos de velocidad en T2.2, siendo de hecho el único país que aumenta su velocidad de un período al otro. Pero, se debe de tener en cuenta que, para T2.1, este país fue uno de los que registraba mayor proporción de población pendiente de recibir la segunda dosis.

Finalmente, Honduras y Guatemala, presentan las velocidades más bajas de la región tanto durante T2.1 como en T2.2.

Completar el protocolo de vacunación no solo protege al individuo, sino que también genera un impacto positivo en la sociedad en su conjunto. Al minimizar la severidad de la enfermedad, se minimiza la presión sobre los sistemas de salud, liberando recursos para otras necesidades. Se reduce la cantidad de hospitalizaciones, aliviando la carga sobre el personal médico. Además, al disminuir la necesidad de aislamientos y restricciones, se facilita la reactivación económica y social, impulsando el crecimiento y la prosperidad.

Por eso, cuanto más rápido se avance en la inmunización de la población, más pronto se podrán disfrutar de las ventajas que esta trae consigo.

Sostenibilidad

La sostenibilidad de la vacunación contra el COVID-19, será evaluada a partir de la tercera dosis, también conocida como dosis de refuerzo. En la región centroamericana, la aplicación de las dosis de refuerzo inicia 19 meses después de que la OMS declara el COVID-19 como una pandemia y 9 meses después de aprobada la primera vacuna a nivel mundial, de manera que los países llevan un tiempo considerable vacunando.

La tercera dosis de la vacuna contra el COVID-19 se implementa en un contexto donde la percepción del riesgo ha disminuido considerablemente. A pesar de esta reducción, la vacunación continúa siendo crucial para reforzar la protección contra la enfermedad. Sin embargo, las dosis de refuerzo no se consideran parte del esquema básico de vacunación, lo que genera un desafío para la sostenibilidad de la política pública.

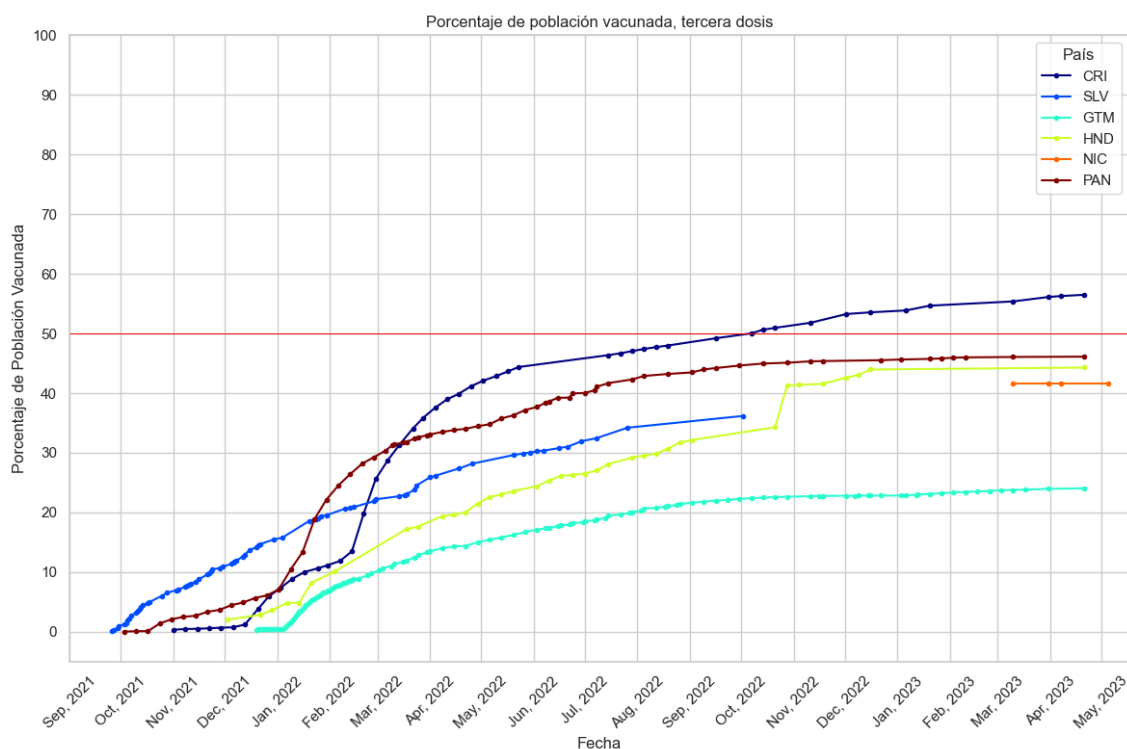
Si bien las dosis de refuerzo no forman parte del esquema de vacunación completo, se ha demostrado que estas posibilitan un aumento sustancial en la protección contra la enfermedad sintomática COVID-19, especialmente contra enfermedades leves y graves (Andrews et al., 2022, p. 831).

La sostenibilidad del proceso de vacunación se convierte en un elemento crucial para evaluar el desempeño de los países en la gestión de la pandemia. Más allá de la cobertura inicial, la capacidad de mantener altos niveles de vacunación a lo largo del tiempo es un indicador del éxito de la política pública en este ámbito

La Figura 7 resume la cobertura de la tercera dosis de la vacuna contra la COVID-19 en 6 países de la región centroamericana a lo largo de T3:

Figura 7

Porcentaje de población vacunada con al menos una dosis de refuerzo



Nota. Elaboración propia a partir de “COVID-19 Data Explorer”, Our World in Data, 2023.

Se puede observar que los países empezaron a reportar la aplicación de dosis de refuerzo en momentos diferentes de T3, pero todos iniciaron alrededor del último trimestre del 2021:

- El Salvador: 28 de setiembre de 2021.
- Panamá: 13 de octubre de 2021.
- Costa Rica: 26 de octubre de 2021.
- Honduras: 26 de octubre de 2021.
- Guatemala: 1 de diciembre de 2021.
- Nicaragua: 2 de diciembre de 2021.

La información disponible para analizar la aplicación de dosis de refuerzo presenta dos limitaciones. Primero, la falta de datos actualizados: Los datos disponibles para El Salvador solo se extienden hasta octubre de 2022. Esto limita la capacidad de evaluar la evolución completa de la campaña de refuerzo en este país. Segundo, inconsistencias en la presentación de datos: Nicaragua comienza a reportar datos de tercera dosis a partir de marzo de 2023, lo que genera un desfase en la información y dificulta la comparación con otros países.

En consecuencia, para El Salvador y Nicaragua, existen vacíos de información en la curva de cobertura de la tercera dosis. Esto limita la comprensión precisa del panorama regional y la elaboración de análisis comparativos completos.

Sin embargo, tal y como se observa en la Tabla 11, al igual que en los otros indicadores, para interpretar los resultados sobre la sostenibilidad del proceso de vacunación, se le asignó una calificación de 0 a 10 a los países de la región, tomando en cuenta las coberturas alcanzadas al momento en el que la OMS declara el fin de la pandemia por COVID-19. Se le otorga un 10 al país con un mayor porcentaje de población vacunada ($D3_{max}$), un 0 al país porcentaje de población vacunada ($D3_{min}$) y se califica a los demás países según se acerque o se aleje su porcentaje de población vacunada ($D3$) a esos dos extremos. Esto deriva en la siguiente fórmula:

$$Calificación(D3) = 10 \left(\frac{D3 - D3_{min}}{D3_{max} - D3_{min}} \right)$$

Tabla 11

Porcentaje de población vacunada con al menos una dosis de refuerzo, Centroamérica, 2020-2023

País	Fin de pandemia: 23 de mayo de 2023	
	% población vacunada	Calificación
Costa Rica	56.49	10.00
Panamá	46.13	6.80
Honduras	44.29	6.23
Nicaragua	41.63	5.41
El Salvador	36.18	3.73
Guatemala	24.11	0.00

Nota. Elaboración propia a partir de “COVID-19 Data Explorer”, Our World in Data, 2024.

La información presentada en la Figura 7 y la Tabla 11 muestra que aquellos países que lograron mantener una sostenibilidad en la política de vacunación son Costa Rica, Panamá y Honduras. Resulta interesante el comportamiento de Honduras, ya que, en los indicadores anteriores, su desempeño fue limitado. Por su parte, Nicaragua, presenta porcentaje que se acerca al de Honduras, a pesar de que, en los indicadores anteriores, Nicaragua venía superando a Honduras. El Salvador, que había tenido mejores resultados en términos de cobertura y suficiencia, no parece lograr una sostenibilidad en

su proceso de vacunación. Finalmente está Guatemala, que mantiene un comportamiento similar en las tres dimensiones estudiadas.

Resultados generales de los indicadores de desempeño de vacunación

La Tabla 12 ofrece una panorámica del desempeño de la vacunación en la región. A través de la evaluación de 3 dimensiones y 6 indicadores, se establece una perspectiva comparativa del proceso en 6 países. Los resultados revelan dos casos con un desempeño alto (Costa Rica y Panamá), dos con un desempeño Moderado (El Salvador y Guatemala) y dos con un desempeño bajo (Honduras y Nicaragua).

Sin embargo, un análisis más profundo, desagregando las dimensiones e indicadores, nos permite descubrir matices que van más allá de la simple clasificación. Encontramos resultados que llaman la atención, invitándonos a explorar con mayor detalle los factores que determinan el éxito o el fracaso en cada etapa del proceso de vacunación.

Esta comparación global se convierte en una herramienta para comprender las complejidades de la vacunación contra la COVID-19. A partir de ella, podemos identificar aquellos elementos que determinan el desempeño de vacunación en situaciones de emergencia y, en última instancia, fortalecer las estrategias para alcanzar una inmunización efectiva y equitativa en toda la región.

Tabla 12

Desempeño general de la política de vacunación contra la COVID-19 en Centroamérica

País	Cobertura			Suficiencia		Sostenibilidad	Promedio de calificaciones
	Velocidad de inicio (I)	Cobertura de la política (D1)	Velocidad (V1)	Cumplimiento de esquema completo de vacunación (D2)	Velocidad (V2)	Sostenibilidad de la política	
Costa Rica	10.00	10.00	10.00	9.16	7.86	10.00	9.50
Panamá	5.71	8.65	7.89	8.98	7.58	6.80	7.60
El Salvador	2.64	8.64	8.35	8.88	6.09	3.73	6.39
Nicaragua	1.21	8.50	5.67	4.53	5.62	5.41	5.16
Honduras	0.00	2.65	2.18	3.34	3.14	6.23	2.92
Guatemala	1.76	0.00	0.23	0.63	0.69	0.00	0.55

Nota. Elaboración propia, 2024.

Finalmente, la Tabla 13 ofrece una clasificación del desempeño de la política de vacunación, a partir de la calificación global anterior. En el siguiente apartado se exploran los factores explicativos que dan cuenta de estos resultados.

Tabla 13

Clasificación de los países de la región centroamericana de acuerdo con la calificación en el desempeño de la política de vacunación contra la COVID-19

País	Promedio de calificaciones	Desempeño
Costa Rica	9.50	Alto
Panamá	7.60	Alto
El Salvador	6.39	Intermedio
Nicaragua	5.16	Intermedio
Honduras	2.92	Bajo
Guatemala	0.55	Bajo

Nota. Elaboración propia, 2024.

¿Cómo entender el desempeño de las políticas de vacunación en Centroamérica?

¿Cómo explicar la variación en el desempeño de las políticas de vacunación de los países de la región centroamericana? Un contexto de shock como el producido por la reciente pandemia, pone a prueba la capacidad de los gobiernos para proteger a los más vulnerables. En este escenario, las políticas sociales, como la vacunación, emergen como un salvavidas crucial para mitigar el impacto social y económico del momento.

Sin embargo, la respuesta de los gobiernos a estas crisis no es uniforme. La variación en el desempeño de vacunación entre los países de la región una pregunta fundamental: ¿Qué factores explican el desempeño de cada país de la región?

Si bien la literatura existente ofrece un marco de análisis, no logra explicar completamente la implementación de la política social en contextos de shock. Las investigaciones sobre los determinantes de las políticas sociales en América Latina han proliferado en los últimos años (Arza et al., 2022), identificando cuatro escuelas de pensamiento principales: la democracia, la distribución ideológica del poder, el diseño político institucional y la fortaleza del Estado así como las condiciones económicas (Blofield et al., 2023, p. 16)

Partiendo de lo anterior, este trabajo propone un marco analítico que comprende dos dimensiones de factores explicativos para explicar el desempeño de los países centroamericanos en la vacunación contra la Covid-19:

Dimensión política: el efecto de los regímenes políticos y de los liderazgos en el desempeño de vacunación en Centroamérica

Regímenes Políticos

La pandemia de COVID-19 ha irrumpido en un escenario complejo para la democracia representativa y distinto al período expansivo de la década de 1990 y principios de la de 2000. A las secuelas de tres décadas de globalización neoliberal, caracterizadas por la desregulación económica, el debilitamiento del Estado y la exacerbación de las desigualdades, se suman los efectos de la gran recesión y las políticas de austeridad que se implementaron para afrontarla. Estas últimas, incluso en países ricos, han profundizado la fragilidad social y erosionado la confianza en las instituciones (Barbeito Iglesias & Iglesias Alonso, 2020, p. 704).

Centroamérica no es la excepción en este contexto y sus condiciones democráticas han enfrentado un retroceso, que se ha acelerado en los últimos años, especialmente en países como Nicaragua y el Salvador. Así lo evidencia el Instituto V-Dem, a lo largo de sus informes anuales, en los cuales realizan una evaluación de cada país y proponen una categorización de los regímenes políticos del mundo.

La Tabla 14 muestra que entre el 2019 y 2022, Costa Rica y Panamá se mantuvieron como una democracia liberal y una democracia electoral respectivamente. El Salvador deja de considerarse como una democracia electoral en el 2021 y a partir de esa fecha, se clasifica como autocracia electoral, con tendencia a continuar agravando sus condiciones. En los últimos cuatro años, Nicaragua ha experimentado un preocupante retroceso democrático, consolidándose como una autocracia electoral. Esta calificación, coloca al país en una situación crítica, con el riesgo de descender aún más en la escala de regímenes políticos. Guatemala es considerada como una democracia electoral hasta el 2021, año en el que empieza a evidenciar un descenso, el cual se confirma en el 2022, donde se clasifica como una autocracia electoral con tendencia a continuar agravando sus condiciones. Honduras experimentó una transición positiva en su sistema político entre 2021 y 2022, pasando de ser catalogada como una autocracia electoral a una democracia electoral.

Tomando en cuenta este escenario, en la Tabla 14 se presenta el tipo de régimen de cada país entre 2019 y 2022, así como su respectivo resultado de desempeño en la política de vacunación:

Tabla 14

Tipo de régimen político y desempeño de la política de vacunación

País	Tipo de régimen político (2019)	Tipo de régimen político (2020)	Tipo de régimen político (2021)	Tipo de régimen político (2022)	Clasificación del desempeño de la política
Costa Rica	Democracia liberal (-)	Democracia liberal	Democracia liberal	Democracia liberal	Alto
Panamá	Democracia electoral	Democracia electoral	Democracia electoral	Democracia electoral	Alto
El Salvador	Democracia electoral	Democracia electoral	Autocracia electoral (+) ↓	Autocracia electoral ↓	Intermedio
Nicaragua	Autocracia electoral	Autocracia electoral	Autocracia electoral (-)	Autocracia electoral (-)	Intermedio
Guatemala	Democracia electoral	Democracia electoral	Democracia electoral (-)	Autocracia electoral ↓	Bajo
Honduras	Autocracia electoral	Autocracia electoral	Autocracia electoral	Democracia electoral ↑	Bajo

Nota. (-) indica que teniendo en cuenta la incertidumbre, el país podría pertenecer a la categoría inferior (+) significa que el país también podría pertenecer a la categoría superior. La flecha hacia abajo indica que el país ve un movimiento hacia abajo de un nivel a otro. La flecha hacia arriba indica que el país ve un movimiento ascendente de un nivel a otro. Elaborado a partir de Democracy Report 2020, 2021 y 2022 del V-Dem Institute. Clasificación realizada por la autora.

La información presentada en la Tabla 14 confirma los hallazgos previos respecto a que las democracias suelen exhibir mejores resultados y acceso a la atención médica debido al énfasis en una distribución más amplia de los recursos y el potencial de políticas de atención médica más inclusivas (Wigley & Akkoyunlu-Wigley, 2011). Esto podría explicar por qué los países que mantuvieron sus condiciones democráticas durante el período fueron aquellos con un mejor desempeño de la política de vacunación contra la COVID-19. Sumado a esto, de acuerdo con la clasificación general del desempeño de vacunación contra la COVID-19, ningún país con un tipo de régimen autocrático electoral tuvo un mejor desempeño que aquellos con un tipo de régimen democrático. Así mismo, los países con el desempeño más bajo de la región son en efecto autocracias electorales.

En Centroamérica, llaman especialmente la atención el caso de Nicaragua, país que muestra disminuciones significativas y sustancialmente relevantes desde el 2007, año en el que se acelera el declive de su democracia liberal, convirtiéndose en una autocracia electoral a partir del 2012 y reduciendo casi todos los aspectos de la democracia para el

año 2018 (Lührmann & Linberg, 2021a). Por su parte, El Salvador, forma parte de la lista de aquellos países con regímenes democráticos, que en el marco de pandemia, empezaron a utilizar el contexto de crisis para erosionar las instituciones democráticas (Lührmann & Linberg, 2021b). Por esta razón, a partir del 2021, El Salvador ingresa a la lista de los principales países autocratizados, su presidente Nayib Bukele y su partido han eliminado las restricciones al poder ejecutivo y poder judicial, por ejemplo, destituyendo a cinco jueces del Tribunal Supremo (Lührmann & Linberg, 2022).

En el contexto guatemalteco, la corrupción emerge como uno de los principales obstáculos para la consolidación democrática. Las instituciones estatales se encuentran frecuentemente permeadas por prácticas clientelares y actos de corrupción, lo cual erosiona significativamente la confianza ciudadana en el sistema político. Esta situación se traduce en una percepción negativa generalizada hacia la política y un desencanto profundo con respecto a las instituciones democráticas (Venegas Tobar, 2022, p. 98).

La falta de transparencia en la gestión pública y la percepción generalizada de que las instituciones no cumplen cabalmente con su deber de salvaguardar los derechos ciudadanos generan un clima de desconfianza hacia el Estado. Este fenómeno se manifiesta de manera tangible en los bajos índices de participación electoral y en el creciente ausentismo en las urnas, factores que, a su vez, socavan la legitimidad del sistema democrático en su conjunto (Venegas Tobar, 2022, p. 103).

La trayectoria política de Honduras desde 2009 ha estado marcada por una crisis institucional y social en constante profundización, cuyo punto de partida puede situarse en el golpe de Estado que derrocó al entonces presidente Manuel Zelaya. Este evento sentó las bases para una serie de desafíos democráticos que se han ido exacerbando con el paso del tiempo.

Un hito crucial en este proceso de erosión democrática se produjo en noviembre de 2016, cuando Juan Orlando Hernández, representante del Partido Nacional de Honduras (PNH), anunció su intención de perpetuarse en el poder. Esta decisión se fundamentó en un controvertido fallo de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia (CSJ), posteriormente ratificado por el pleno del Poder Judicial, que habilitaba la reelección presidencial. Dicha resolución judicial desencadenó una crisis política de proporciones significativas, dado que contravenía directamente la prohibición constitucional vigente hasta ese momento respecto a la reelección presidencial (Iglecias et al., 2022, pp. 29-30).

El proceso electoral subsiguiente, llevado a cabo en 2017, estuvo plagado de irregularidades que suscitaron críticas generalizadas tanto a nivel nacional como internacional. No obstante, Juan Orlando Hernández fue declarado vencedor por un margen exiguo de votos, lo cual exacerbó las tensiones políticas preexistentes. Este desenlace electoral no hizo sino agravar la fragilidad institucional que se venía gestando desde el golpe de Estado de 2009, precipitando una nueva crisis política de envergadura (Iglecias et al., 2022, pp. 29-30).

En la región centroamericana, Costa Rica presenta las mejores condiciones democráticas, según los informes del V-Dem Institute. Esta distinción se correlaciona positivamente con su destacado desempeño en la implementación de políticas de salud pública, específicamente en lo que respecta a la vacunación. Con una calificación promedio de 9.50 en la clasificación regional de desempeño de vacunación, Costa Rica ejemplifica la tesis propuesta por Wigley y Akkoyunlu-Wigley (2011, p. 4), quienes argumentan que los sistemas democráticos tienden a producir políticas de atención médica más eficaces y resultados superiores. Esta relación se atribuye a factores intrínsecos de las democracias funcionales, tales como la rendición de cuentas, la influencia de grupos de interés organizados y la susceptibilidad de los gobiernos a la crítica pública.

En esta misma línea, Panamá mantiene una congruencia notable entre su nivel de desarrollo democrático y su eficacia en la implementación de políticas de salud. Es el segundo país de la región con mejores condiciones democráticas y en términos de la clasificación del desempeño de la política, ya que de acuerdo con la Tabla 13, obtuvo una calificación promedio de 7.60 en el desempeño de la vacunación contra la COVID-19.

Esta convergencia entre el desarrollo democrático y la implementación de políticas de salud pública en términos de cobertura, suficiencia y sostenibilidad sugiere un patrón regional significativo. Sin embargo, en análisis desagregado de la variable dependiente, según dimensiones e indicadores, plantea la necesidad de incluir otros factores explicativos. En el indicador “Velocidad promedio de vacunación” (V1) de la dimensión de cobertura, El Salvador registró un 8.35 de promedio general de calificaciones, frente a Panamá que obtuvo un 7.89. ¿A qué se debe esta diferencia? En función del modelo teórico planteado, seguidamente se analiza el papel que los liderazgos presidenciales podrían haber tenido en explicar estas diferencias en el desempeño respecto a la vacunación contra la COVID-19.

Liderazgos políticos

En Centroamérica, durante el período analizado, se identifican tres tipos de roles desempeñados por los liderazgos presidenciales: (R.A.W & 'T Hart, 2014, pp. 421-422). La Tabla 15 presenta una recopilación de los presidentes de cada país durante el 2020 y 2021, así como la forma de ejercer el poder, el rol y la agenda política que cada uno de estos impulsó:

Tabla 15

Liderazgo político y desempeño de política social

País	Presidente 2020	Presidente 2021	Ejercicio del poder	Rol	Agenda política	Desempeño de vacunación
Costa Rica	Carlos Andrés Alvarado Quesada (2018-2022)	Carlos Andrés Alvarado Quesada (2018-2022)	Democrático	Soberano Facilitador	Compromiso alto para enfrentar la pandemia	Alto
Panamá	Laurentino Cortizo Cohen (2019-2024)	Laurentino Cortizo Cohen (2019-2024)	Democrático	Soberano Facilitador	Compromiso alto para enfrentar la pandemia	Alto
El Salvador	Nayib Bukele (2019-Actualidad)	Nayib Bukele (2019-Actualidad)	Autoritario	Soberano Simbólico (Positivo)	Compromiso alto para enfrentar la pandemia-temprano pero volátil	Intermedio
Nicaragua	José Daniel Ortega Saavedra (2007-Actualidad)	José Daniel Ortega Saavedra (2007-Actualidad)	Autoritario	Soberano Simbólico (negativo)	Compromiso alto para enfrentar la pandemia-Tardío pero constante	Intermedio
Honduras	Juan Orlando Hernández Alvarado (2014-2022)	Juan Orlando Hernández Alvarado (2014-2022)	Autoritario	Simbólico (Negativo)	Compromiso limitado para enfrentar la pandemia-Corrupción	Bajo
Guatemala	Alejandro Eduardo Giammattei Falla (2020-2024)	Alejandro Eduardo Giammattei Falla (2020-2024)	Autoritario	Simbólico (Negativo)	Compromiso limitado para enfrentar la pandemia-Corrupción	Bajo

Nota. Elaboración propia, 2024.

La información presentada en la Tabla 15 permite profundizar en la explicación del desempeño de vacunación en Centroamérica.

Los casos de Costa Rica y Panamá se destacan por la exhibición de un liderazgo fundamentado en principios democráticos, en consonancia con las características de régimen previamente expuestas. Este enfoque de gobernanza se manifestó primordialmente a través de dos roles cruciales asumidos por sus líderes: el de soberanos y el de facilitadores.

En ambos países, los jefes de Estado demostraron una notable capacidad para orquestar respuestas organizadas, apoyándose en estructuras profesionales bien establecidas y protocolos organizacionales sólidamente institucionalizados. Esta aproximación permitió una gestión de crisis que requirió una intervención directiva relativamente limitada por parte de los mandatarios, evidenciando la robustez de las instituciones democráticas y la eficacia de los sistemas administrativos preexistentes (R.A.W & 'T Hart, 2014, pp. 421-422).

El papel primordial de los presidentes en este contexto fue asegurar que estos roles y protocolos se desarrollaran según lo previsto, adaptándose simultáneamente a las circunstancias excepcionales que la crisis presentaba. Su función se centró en garantizar que las necesidades emergentes fueran anticipadas y abordadas de manera oportuna, demostrando una capacidad de liderazgo adaptativo crucial en tiempos de incertidumbre (R.A.W & 'T Hart, 2014, pp. 421-422).

La evidencia presentada refuerza la hipótesis de una correlación positiva entre el nivel de desarrollo democrático y el desempeño en la vacunación contra la Covid-19. No obstante, un análisis más detallado de los resultados obtenidos a través del modelo de evaluación revela matices significativos que merecen una consideración más profunda.

Es pertinente señalar que, al examinar indicadores específicos dentro del modelo de análisis, se observan algunas desviaciones interesantes respecto a la tendencia general. Un caso particularmente llamativo es el indicador "Velocidad promedio de vacunación" (V1), en el cual El Salvador demostró un desempeño superior al de países con índices de desarrollo democrático más elevados, como Panamá.

Para comprender la singularidad del desempeño de El Salvador en el indicador de "Velocidad promedio de vacunación" (V1), es imperativo analizar el papel distintivo desempeñado por el presidente Nayib Bukele en el contexto de la crisis sanitaria. Bukele emergió como una figura sine qua non en la respuesta nacional a la pandemia, encarnando

un liderazgo que trascendió las funciones ejecutivas convencionales para asumir un rol profundamente simbólico y carismático.

En el panorama centroamericano, Bukele se distinguió como el único mandatario que logró consolidar un liderazgo icónico, no solo en lo que respecta a los esfuerzos específicos de respuesta a la crisis, sino también en relación con la comunidad política en su conjunto. Este fenómeno de liderazgo personalista tuvo repercusiones significativas en la implementación y percepción pública de las políticas de salud, particularmente en lo concerniente a la campaña de vacunación.

El contexto de la Covid-19, le permitió a Nayib Bukele la implementación de medidas audaces para controlar la propagación del virus. Además de distribuir ayudas económicas y víveres, se presentó como un líder comprometido con la salud y la vida del pueblo. Su gobierno presumió el desarrollo de enfoque exitoso en la gestión de la pandemia, lo que ha aumentado su popularidad a niveles sin precedentes en la historia democrática de El Salvador. Además, proyectos como el Hospital El Salvador, construido rápidamente en las instalaciones del Centro de Ferias y Convenciones (CIFCO), fortalecieron su reputación en la región centroamericana (Roque Baldovinos, 2021, p. 249).

Durante el bienio 2020-2021, el presidente salvadoreño Nayib Bukele desplegó una estrategia comunicativa caracterizada por un discurso autoritativo y omnipresente en torno a la crisis sanitaria provocada por la COVID-19. Esta narrativa presidencial se articuló en torno a dos ejes fundamentales: la explicación de la situación epidemiológica, y la proposición de medidas de acción.

En este contexto, Bukele posicionó estratégicamente la adquisición de vacunas contra la COVID-19 como un logro emblemático de su administración. Es particularmente notable que, desde noviembre de 2020, el mandatario enfatizara reiteradamente en su discurso público las gestiones anticipadas que su gobierno había emprendido para asegurar el suministro de vacunas. Bukele subrayó con frecuencia las negociaciones tempranas con laboratorios farmacéuticos internacionales, presentando estas acciones como evidencia de una administración proactiva y eficiente en el manejo de la crisis.

El estilo de liderazgo exhibido por Nayib Bukele y la agenda política implementada durante el bienio 2020-2021 proporcionan un marco interpretativo crucial para comprender los resultados divergentes obtenidos por El Salvador en diversos indicadores de desempeño gubernamental. En primera instancia, el destacado

rendimiento de El Salvador en el indicador "Velocidad promedio de vacunación" (V1) puede atribuirse directamente a las características distintivas del liderazgo de Bukele. Su enfoque centralizado y la priorización de acciones de alto perfil mediático permitieron una rápida movilización de recursos y una implementación acelerada de la campaña de vacunación, lo que se tradujo en resultados cuantitativos notables en este ámbito específico.

No obstante, este mismo estilo en la gestión de la vacunación, revela sus limitaciones al examinar otros indicadores críticos. El estancamiento observado en los indicadores de la dimensión de suficiencia y, más preocupantemente, el declive significativo en el indicador de la dimensión de sostenibilidad —donde El Salvador registra una calificación de 3.73, situándose entre las más bajas de la región— ponen de manifiesto las consecuencias a largo plazo de un enfoque de liderazgo que prioriza resultados inmediatos sobre la planificación estratégica integral.

Este patrón de desempeño desigual es característico de regímenes que se alejan de los principios democráticos consolidados. En tales contextos, los líderes tienden a concentrar sus esfuerzos en un número limitado de cuestiones de alto impacto simbólico y político, implementando políticas espectaculares y de gran envergadura en estas áreas seleccionadas. Sin embargo, esta focalización selectiva a menudo resulta en la desatención de una amplia gama de otros problemas igualmente cruciales para el bienestar socioeconómico a largo plazo.

Los casos de Honduras y Guatemala, en términos del desempeño general de la política de vacunación contra la COVID-19, son los que presentan los resultados más bajos. Ambos casos se caracterizaron por liderazgos que ejercieron el poder de manera autoritaria y jugaron un rol simbólico negativo, principalmente porque en medio de la situación de shock ocasionada por la pandemia, estuvieron envueltos en casos de corrupción. No tuvieron la disposición o capacidad para la creación de sentido ante la emergencia, que pasa por reconocer que está surgiendo una amenaza urgente que requiere una acción correctiva. Por lo que sus acciones evidenciaron un compromiso limitado para enfrentar la pandemia e impulsar una política de vacunación acorde con las necesidades.

En el caso particular de Honduras, es importante destacar el resultado obtenido en el indicador de la dimensión de sostenibilidad, en el cual el país obtiene una calificación de 44.29, la tercera mejor de la región. Esto se puede explicar a partir del cambio de gobierno y de liderazgo a partir de enero de 2022, ya que, a diferencia de Juan Orlando Hernández Alvarado, la nueva presidenta de Honduras, Xiomara Castro (2022-

Actualidad), empieza a jugar un rol simbólico-positivo, incluyendo la lucha contra la Covid-19, como uno de sus ejes principales de trabajo.

En el contexto de Nicaragua, el presidente Daniel Ortega asumió predominantemente un rol soberano. No obstante, al inicio de la pandemia, también desempeñó un papel simbólicamente negativo, evidenciando una falta de disposición y capacidad para la creación de sentido frente a la crisis sanitaria. Durante 2020 y los primeros meses de 2021, Ortega minimizó el impacto de la pandemia y no implementó una estrategia efectiva para contener la situación de crisis.

Esto explica por qué los indicadores de cobertura en Nicaragua son bajos. No fue hasta abril de 2021 cuando Daniel Ortega compartió su estrategia para combatir la Covid-19. Además, refuerza el hecho de que, en contextos no democráticos, los líderes tienden a tener una focalización selectiva. Sin embargo, no explica cómo, a pesar de la ausencia de un liderazgo simbólico con una agenda temprana de vacunación, Nicaragua logró un mejor desempeño que El Salvador en indicadores como el porcentaje de población vacunada a una fecha determinada (D3).

Por lo tanto, si bien los liderazgos políticos son un factor de peso en la explicación sobre el desempeño de vacunación en la región, este, lejos de ser una mera cualidad individual, se configura como un complejo entramado donde la capacidad del líder se entreteje con el contexto histórico y las características institucionales de cada país. La fortaleza o debilidad de las instituciones, como el sistema de salud pública, los mecanismos de coordinación intergubernamental y la transparencia en la gestión de recursos, juegan un papel fundamental en la capacidad de cada nación para responder a la crisis sanitaria.

A continuación, se desarrollan aquellos factores explicativos de carácter sectorial, es decir aquellos que aluden a los sistemas salud pública, que también resultan importantes en el análisis del desempeño de vacunación contra la Covid-19.

Dimensión sectorial: el efecto de los legados de la política, las capacidades estatales y las arquitecturas de la política en el desempeño de vacunación en Centroamérica

Legados de política

La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto la importancia de los sistemas de salud pública robustos y las políticas de inmunización bien establecidas. En el contexto centroamericano, este fenómeno se ha manifestado de manera particularmente evidente,

revelando cómo el legado histórico en materia de políticas de salud ha influido significativamente en la respuesta de los países ante esta crisis sanitaria.

La relevancia de los legados de política en las políticas sociales ha sido ampliamente reconocida por diversos autores. Estos señalan que el diseño preexistente de una política condiciona tanto las reformas necesarias, la viabilidad política de las mismas, así como su expansión (Pierson, 1996; Pribble, 2013; Castiglioni, 2018).

Los programas de inmunización en Centroamérica han tenido un progreso significativo en las últimas décadas. La mayoría de los países han logrado alcanzar altas tasas de cobertura para las vacunas básicas del calendario infantil, lo que ha contribuido a la reducción de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación. Por ello, en vísperas de la pandemia, la vacunación formaba parte de la agenda de políticas públicas de la región y, por lo tanto, la ciudadanía veía al Estado como un actor crucial en la provisión de este beneficio.

Para medir el legado de las políticas de vacunación, tomamos en cuenta la cobertura de cuatro vacunas que forman parte del protocolo de inmunización de los seis países de la región. La Tabla 16 muestra el promedio de cobertura de vacunación de cada país, tomando en cuenta los datos de las vacunas MMR1, MMR2, DTP1 y DTP3, expresado en la proporción de personas vacunadas. También se incluye la clasificación del legado de la política como fuerte, moderado o débil, así como la fortaleza del desempeño de la política según D1:

Tabla 16

Cobertura de vacunación previa a la Covid-19 y desempeño de la política

País	Cobertura de vacunación, MMR2, 2019	Cobertura de vacunación, MMR1, 2019	Cobertura de vacunación, DTP1, 2019	Cobertura de vacunación, DTP3, 2019	Promedio de cobertura	Clasificación del legado de política	Clasificación del desempeño de la política
Costa Rica	100	95	95	96	96.5	Fuerte	Alto
El Salvador	87	82	81	80	82.5	Moderado	Intermedio
Guatemala	78	90	85	92	86.25	Moderado	Bajo
Honduras	85	89	88	89	87.75	Moderado	Bajo
Nicaragua	100	100	100	100	100	Fuerte	Intermedio
Panamá	97	97	88	100	95,5	Fuerte	Alto

Nota. Elaborado a partir de OPS, 2023. De acuerdo con la OPS, una cobertura >95%=Amplia.

Los datos presentados en la Tabla 16 sugieren una correlación positiva entre la fortaleza del legado en políticas de inmunización y el desempeño de la vacunación contra la COVID-19. Esta correlación se fundamenta en dos pilares principales: la infraestructura sanitaria preexistente y las expectativas de la ciudadanía en materia de salud pública.

Costa Rica y Panamá, caracterizados por un historial robusto en políticas de inmunización, demostraron una capacidad superior para implementar y sostener campañas de vacunación. Su desempeño se atribuye a la presencia de sistemas de salud bien desarrollados y a una población habituada a participar en programas de inmunización regulares.

En Nicaragua, un legado fuerte permitió que, a pesar de un inicio tardío en su campaña de vacunación, el país tuviera un muy buen desempeño en materia de suficiencia y sostenibilidad. Este progreso se atribuye, en gran medida, a su fuerte legado en materia de inmunización, que facilitó la implementación y expansión rápida de la política de vacunación una vez iniciada.

Honduras y Guatemala presentan un escenario menos favorable. Con legados moderados en políticas de inmunización, estos países enfrentaron desafíos significativos en la implementación de sus campañas de vacunación. La crisis sanitaria expuso las debilidades estructurales de sus sistemas de salud, resultando en un desempeño comparativamente más débil en la vacunación contra la COVID-19.

El caso salvadoreño presenta una perspectiva interesante sobre la interrelación entre el legado y la arquitectura de la política, factor que se examina en secciones posteriores. Si bien El Salvador contaba con un legado moderado en materia de inmunización -comparable al de Guatemala y Honduras-, el país logró alcanzar niveles sobresalientes de cobertura vacunal, impulsado significativamente por el rol de líderes políticos como Nayib Bukele, aspecto previamente analizado. Sin embargo, este liderazgo que inicialmente contrarrestó las limitaciones del legado no mantuvo su continuidad temporal. Sumado a esto, las decisiones implementadas en torno a la arquitectura de la política -tema que se profundiza más adelante- contribuyeron a un deterioro notable en las dimensiones de suficiencia y sostenibilidad del programa.

Los datos cuantitativos refuerzan estas observaciones cualitativas. Para junio de 2022, el porcentaje de población con esquema completo de vacunación (dos dosis) en El Salvador era del 68.17%, mientras que en Nicaragua alcanzaba el 79.20%. Esta diferencia

sustancial ilustra cómo un legado fuerte en políticas de inmunización puede traducirse en resultados tangibles, incluso cuando la implementación inicial es tardía.

Las decisiones gubernamentales, acumuladas a lo largo del tiempo, ejercen una influencia crucial en la capacidad del Estado para enfrentar desafíos contemporáneos y futuros. Este fenómeno se manifiesta de manera particularmente evidente en el contexto de crisis sanitarias, como la pandemia de COVID-19. En este marco, la capacidad estatal emerge como un elemento fundamental, intrínsecamente ligado al concepto más amplio de los legados de política.

En el análisis del desempeño de las campañas de vacunación contra la COVID-19, resulta imperativo profundizar en el papel que juegan estos legados. Para lograr una comprensión más completa y matizada de este fenómeno, es necesario incorporar la capacidad estatal como un factor explicativo crucial. Este enfoque permitirá dilucidar cómo los legados y la habilidad del aparato gubernamental para implementar políticas públicas y lograr objetivos establecidos, han influido en la eficacia de las respuestas gubernamentales ante la crisis sanitaria.

Capacidad estatal

En situaciones de crisis o shock, como la pandemia de COVID-19, la capacidad estatal se vuelve particularmente relevante. Decisiones críticas, como la adquisición y distribución de vacunas, están intrínsecamente ligadas a la capacidad previamente desarrollada por el Estado. Esta capacidad incluye aspectos como la gestión de recursos materiales, la infraestructura sanitaria disponible, los sistemas de logística, los recursos humanos especializados y los mecanismos de coordinación interinstitucional existentes.

En el análisis comparativo del desempeño de vacunación en Centroamérica, este estudio se enfocará específicamente en la capacidad administrativa, entendida como la habilidad del Estado para gestionar sus recursos humanos y materiales de manera efectiva para implementar políticas públicas (Hanson & Sigman, 2013, p. 3). Así entendida, la capacidad administrativa requiere un enfoque multifacético para su medición efectiva.

Para operacionalizar este concepto, se han combinado diversos indicadores, utilizando como punto de referencia los datos del año 2019, período inmediatamente anterior al inicio de la pandemia de COVID-19. Esta elección temporal permite establecer una línea base de la capacidad administrativa preexistente. Los indicadores seleccionados son los siguientes:

- Gasto Público en Salud del Gobierno General Doméstico (GGHE-D siglas en inglés) como Porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB)
- Gasto Corriente en Salud per cápita (CHE siglas en inglés) en Dólares Estadounidenses (USD)
- Índice Cobertura Universal de Salud (UHC siglas en inglés)
- Eficacia Gubernamental según los Indicadores de Gobernanza Mundial (WGI siglas en inglés)

En conjunto, la selección de indicadores ofrece una evaluación equilibrada, aunque imperfecta, de la fortaleza del Estado. En la Tabla 17 se presenta un resumen de esto:

Tabla 17

Indicadores de capacidad administrativa en Centroamérica

País	Gasto Público en Salud del Gobierno General Doméstico como Porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) (2019) (a)	Gasto Corriente en Salud per cápita en Dólares Estadounidenses (USD) (2019) (b)	Índice Cobertura Universal de Salud (2019) (c)	Eficacia Gubernamental (2019) (d)
Costa Rica	5.24	914.88	81.92	0.35
Panamá	4.80	1340.14	78.79	0.10
El Salvador	4.71	377.03	77.81	-0.75
Nicaragua	5.28	161.99	72.83	-0.78
Honduras	2.87	184.04	65.51	-0.62
Guatemala	2.37	278.55	60.62	-0.73

Nota. a), b) y c) The global health observatory, Organización Mundial de la Salud y, d) World Bank World Governance Indicators (2019).

Para llevar a cabo la comparación regional, tomando en cuenta que los resultados para cada país de cada indicador difieren entre sí, a cada indicador se le asignó una calificación del 0 al 10, posteriormente, se realizó una ponderación de las 4 calificaciones (Véase Tabla 18). Esto permitió asignar una calificación general de 0 a 10 a cada uno de los países, donde 0 representa la menor capacidad administrativa y 10 la mayor:

Tabla 18

Capacidad administrativa de 6 países de Centroamérica

País	Calificación de capacidad administrativa	Clasificación según capacidad administrativa	Clasificación del desempeño de la política
Panamá	7.77	Alta	Alto
Costa Rica	7.36	Alta	Alto

El Salvador	5.49	Intermedia	Intermedio
Nicaragua	5.18	Intermedia	Intermedio
Honduras	4.12	Baja	Bajo
Guatemala	3.90	Baja	Bajo

Nota. Calificación y clasificación realizada por la autora, 2024.

Aunque la medición presentó desafíos metodológicos significativos³; la evidencia presentada en la Tabla 18 permite establecer una categorización de los países centroamericanos. Esta clasificación revela tres grupos distintivos en función de su capacidad administrativa: (1) países con alta capacidad administrativa, representados por Costa Rica y Panamá; (2) países con baja capacidad administrativa, ejemplificados por Guatemala y Honduras; y (3) países con capacidad administrativa intermedia, donde se sitúan El Salvador y Nicaragua.

Es notable la correlación observada entre esta categorización de capacidad administrativa y los resultados del desempeño general de la política de vacunación contra la COVID-19, expuestos previamente en la Tabla 12. Los países que exhiben un alto desempeño en la implementación de la política de vacunación coinciden con aquellos que poseen una mayor capacidad administrativa. De manera análoga, los países con desempeño intermedio se caracterizan por una capacidad administrativa media, mientras que aquellos con bajo desempeño en la vacunación presentan una capacidad administrativa limitada. Esta congruencia sugiere una relación significativa entre la capacidad administrativa preexistente y la eficacia en la implementación de políticas de salud pública en situaciones de crisis, como la pandemia de COVID-19.

Los datos de la Tabla 18 refuerzan la premisa de que una alta capacidad estatal se asocia con herramientas de política más diversas en la gestión de crisis. Según lo indica Yen et al. (2022), los Estados más capaces, con una alta capacidad administrativa, pueden formular su respuesta a la crisis y tomar medidas de precaución antes de que esta escale, permitiendo el diseño e implementación de políticas efectivas de gestión de crisis. Por el contrario, los Estados con menor capacidad tienden a ser más reactivos que proactivos. Es más probable que los Estados con una capacidad administrativa limitada no hagan

³ El primero su multidimensionalidad, por lo que no existe consenso sobre las dimensiones que la componen (hay posturas maximalistas y otras minimalistas), y segundo, tiene que ver con la pregunta sobre capacidades para qué, ya que estas varían según el tipo de problemas públicos en cuestión (se debe de ajustar la definición de capacidad estatal al contexto sectorial en el que se pretende intervenir) (O'Donnell et al., 2015a, p. 17).

nada al comienzo de una crisis y permanezcan inactivos hasta que el nivel de riesgo sea alto y la crisis esté fuera de control (Yen et al., 2022, p. 784).

La disparidad en la capacidad administrativa entre los países centroamericanos se manifestó de manera particularmente evidente en sus estrategias de adquisición de vacunas contra la COVID-19 durante el año 2021. Este fenómeno puede ilustrarse mediante un análisis comparativo entre Costa Rica y Guatemala, dos países que representan extremos opuestos en términos de capacidad administrativa en la región.

Costa Rica, caracterizada por una alta capacidad administrativa, demostró una notable autonomía en su estrategia de inmunización. El país logró adquirir el 83% del total de sus vacunas a través de acuerdos bilaterales con fabricantes farmacéuticos. En marcado contraste, Guatemala, que exhibe una capacidad administrativa significativamente menor, solo pudo obtener el 36% de sus vacunas mediante este mecanismo. Como consecuencia, Guatemala se vio obligada a depender en gran medida de donaciones internacionales para implementar su programa de vacunación. Esta divergencia en las estrategias de adquisición subraya cómo la capacidad administrativa preexistente puede influir decisivamente en la habilidad de un país para responder de manera autónoma y eficaz ante crisis sanitarias de magnitud global.

Si bien los indicadores de capacidad administrativa presentados en la Tabla 18 ofrecen una base sólida para el análisis comparativo, es importante reconocer que no logran explicar completamente ciertas variaciones específicas en el desempeño de la vacunación. Un caso ilustrativo es el indicador "Velocidad promedio de vacunación" (V1) dentro de la dimensión de cobertura. Paradójicamente, El Salvador, con una capacidad administrativa catalogada como intermedia, registró una calificación promedio de 8.35, superando a Panamá, un país con alta capacidad administrativa, que obtuvo 7.89. Esta aparente discrepancia subraya la necesidad de un marco analítico más comprehensivo.

Esta observación pone de manifiesto que, si bien la capacidad estatal proporciona un entendimiento valioso sobre los recursos iniciales de los países al comienzo de la pandemia, es imperativo ampliar el alcance del análisis. Es crucial examinar la movilización de recursos que se produjo en respuesta a esta situación de crisis. En este contexto, el concepto de "arquitecturas de la política pública" emerge como una herramienta analítica complementaria y valiosa. Este enfoque ofrece un marco para comprender cómo se diseñaron, implementaron y adaptaron las políticas públicas, específicamente la política de vacunación, en respuesta a los desafíos sin precedentes presentados por la pandemia de COVID-19. La integración de este concepto permite una

evaluación más holística y dinámica de la respuesta gubernamental, capturando elementos que van más allá de las capacidades preexistentes y abarcando la agilidad y efectividad en la movilización y reorganización de recursos en tiempos de crisis.

Arquitecturas de política pública

Las arquitecturas de política pública responden a “la combinación de instrumentos que abordan la elegibilidad, el financiamiento, los beneficios, los proveedores y las opciones de mercado externas de programas sociales específicos” (Martínez & Sánchez, 2019, p. 58). Este concepto permite comprender cómo se diseñaron, implementaron y adaptaron las políticas públicas, específicamente la política de vacunación, en respuesta a los desafíos sin precedentes presentados por la pandemia de COVID-19.

La Tabla 19 caracteriza las arquitecturas de la política de vacunación contra la COVID-19 en los países centroamericanos.

Tabla 19

Arquitecturas de la política de vacunación contra la COVID-19

Componentes	Costa Rica	Panamá	El Salvador	Nicaragua	Honduras	Guatemala
¿Qué criterios hacen a las personas elegibles?	Condición de salud Edad	Condición de salud Edad	Condición de salud Edad	Condición de salud Edad	Condición de salud Edad	Condición de salud Edad
¿Quién paga y cómo?	Compras bilaterales + Donaciones - COVAX -	Compras bilaterales + Donaciones - COVAX -	Compras bilaterales + Donaciones - COVAX -	Compras bilaterales + Donaciones - COVAX -	Compras bilaterales + Donaciones - COVAX -	Compras bilaterales - Donaciones + COVAX -
¿Quién define los beneficios y cómo?	MS CCSS	MINSA PanavaC-19	MINSAL	MINSA	SESAL IHSS	MSPAS CONACOVID
¿Quién provee el cuidado y dónde?	Estado Local + Centralizada +	Estado Local + Centralizada +	Estado Centralizada + Local -	Estado Local + Centralizada-	Estado Centralizada + Local -	Estado Centralizada + Local -

Nota: Elaborado a partir de Martínez & Sánchez, 2019, p. 58

A diferencia de las estrategias de vacunación tradicionales, que se desarrollaban a lo largo de varios años y se implementaban de manera gradual, la vacunación contra la COVID-19 demandó una respuesta inmediata y a escala global. Además, mientras que

las campañas de vacunación anteriores a menudo se enfocaban en los niños, la estrategia contra la COVID-19 priorizó inicialmente a los adultos, especialmente a los más vulnerables.

En este nuevo contexto para la inmunización, el diseño e implementación de las políticas de vacunación contra la COVID-19 presentó retos. Las principales diferencias entre los países radican en los componentes de financiamiento y de provisión: ¿Quién paga y cómo? Y ¿Quién provee el cuidado y dónde? Y estas diferencias, como se explicará seguidamente, a su vez, se vieron reflejadas en el desempeño.

En el análisis del componente relativo al financiamiento se observa una marcada heterogeneidad en los mecanismos de adquisición de vacunas entre los países de la región, con implicaciones significativas en el desempeño general de sus campañas de vacunación.

Guatemala y Honduras emergen como casos con alta dependencia de donaciones o del mecanismo COVAX en su estrategia de adquisición de vacunas. En el caso guatemalteco, esta dependencia alcanzó un nivel significativo, con aproximadamente el 64% de las dosis recibidas provenientes de estas fuentes. Esta considerable subordinación a mecanismos externos impactó negativamente en dos aspectos fundamentales: la disponibilidad de vacunas y la previsibilidad del suministro. Estos factores fueron determinantes en el bajo desempeño de la campaña de vacunación guatemalteca, que registró los índices más bajos en todos los indicadores de evaluación, evidenciando así la correlación entre la modalidad de adquisición y el desempeño de la política de inmunización.

Honduras, por su parte, presenta un panorama similar, aunque menos crítico, con un 47.5% de su suministro de vacunas procedente de donaciones y del mecanismo COVAX. Si bien este porcentaje es inferior al caso guatemalteco, también afectó significativamente la disponibilidad y el flujo continuo de vacunas en el país.

Estas variaciones en el componente relativo al financiamiento constituyen un factor explicativo fundamental en la divergencia de las trayectorias de desempeño entre ambas naciones.

En contraste, se identifica una correlación positiva entre la adquisición de vacunas mediante compras bilaterales y un desempeño relativo mejor en la vacunación. Países como Costa Rica y Panamá, que lideraron la región en términos de desempeño en vacunación, se caracterizaron por una menor dependencia de donaciones en su estrategia de adquisición. Esta aproximación les permitió mayor autonomía en la gestión de su suministro de vacunas, facilitando la planificación anticipada de sus campañas de

vacunación gracias a un conocimiento más preciso de los cronogramas de arribo de las dosis.

El Salvador y Nicaragua, países que mostraron un desempeño intermedio en sus campañas de vacunación, implementaron una estrategia de adquisición diferenciada. Si bien estos países no alcanzaron los elevados porcentajes de compras directas observados en Costa Rica y Panamá, lograron canalizar la mayor parte de sus adquisiciones a través de esta modalidad. Esta característica de la arquitectura de su política, evadir las dificultades y limitaciones que experimentaron Guatemala y Honduras debido a su dependencia de mecanismos externos de cooperación.

El análisis del componente de provisión en las estrategias de vacunación contra la COVID-19 en Centroamérica revela una diversidad significativa en los enfoques adoptados por los diferentes países, con implicaciones notables en el desempeño de sus respectivas campañas de inmunización.

Los países que demostraron el mejor desempeño general, como Costa Rica y Panamá, implementaron un enfoque híbrido, combinando estrategias de vacunación centralizadas y locales. Esta aproximación flexible parece haber contribuido a un mejor desempeño en sus campañas de vacunación.

Nicaragua optó por un modelo descentralizado que priorizó "llevar las vacunas a la gente", aprovechando su experiencia previa en programas de inmunización. Esta aproximación descentralizada presentó ventajas significativas como: facilitar la participación de poblaciones, distribuir más ágilmente las vacunas, reduciendo los cuellos de botella que podrían surgir en un sistema centralizado o adaptar más fácilmente a las características y necesidades específicas de cada comunidad.

Honduras muestra la importancia de la adaptabilidad en las estrategias de vacunación en lo que respecta a la provisión del servicio. El país se posicionó como el tercero mejor de la región en la dimensión de sostenibilidad, una mejora que podría atribuirse al cambio de una estrategia de vacunación centralizada a una local, coincidiendo con el cambio de gobierno en 2022. El país registró un incremento progresivo en la población que recibió al menos una dosis de refuerzo: partiendo de un 4.84% en enero de 2022, alcanzó un 19.32% en abril del mismo año, y culminó con una cobertura del 43% en mayo de 2023. Esta progresión evidencia un aumento sustancial de casi 40 puntos porcentuales en el transcurso de 16 meses, además en un contexto en el que la percepción del riesgo había cambiado en comparación con el 2021. Este caso ilustra

cómo la reorientación estratégica puede impactar positivamente el desempeño de la vacunación, especialmente en términos de sostenibilidad a largo plazo.

El Salvador, por otro lado, optó por una estrategia de vacunación predominantemente centralizada, que permitió una respuesta inicial rápida, mediada por características del régimen, que generaba condiciones más expeditas para movilizar recursos en una situación de shock y con mucha más “discrecionalidad” para su asignación (O’Donnell et al., 2015b, p. 181). Sin embargo, esta estrategia, no consideró la larga historia de vacunación exitosa de El Salvador, la cual se fundamenta en el trabajo de funcionarios públicos como los promotores de salud, que por años han sabido mapear el territorio (El Faro, 2021b) y además “desaprovechó la oportunidad de enfrentar la pandemia con las armas comunitarias que le dejó la reforma de salud de la última década” (Romero, 2020).

Finalmente, Guatemala, también optó por un proceso de vacunación centralizado y mostró el desempeño general más bajo de la región. Este resultado refuerza la hipótesis de que las estrategias exclusivamente centralizadas pueden enfrentar limitaciones significativas en contextos donde la diversidad geográfica y social requiere enfoques más flexibles y adaptados localmente. Sin embargo, también hay que considerar que además de esta característica en la arquitectura de su política, otros factores explicativos complementan lo sucedido en Guatemala, tales como el componente de financiamiento de la propia política, así como el rol ejercido por su liderazgo presidencial.

Capítulo de análisis 2

Nicaragua y el Salvador

El Salvador: Auge precoz y declive acelerado

En concordancia con lo expuesto en el Capítulo 2, El Salvador, junto con Costa Rica, se posicionó entre los pioneros de Centroamérica en alcanzar la cobertura del 50% de su población con una dosis de vacuna contra la COVID-19 en julio de 2021. Adicionalmente, en términos de la "Velocidad promedio de vacunación" (V1), El Salvador exhibió un rendimiento superior al de otros países de la región, como Panamá.

Sin embargo, los indicadores de las dimensiones de suficiencia y sostenibilidad, cuyo período de evaluación se centra en los años 2022 y 2023, revelan un estancamiento en el proceso de inmunización en El Salvador. Es notable que, a partir de octubre de 2022, el país suspendió la publicación de informes sobre el estado de vacunación. En ese momento, se registraba un 68% de la población con el esquema inicial completo y un 36% con dosis de refuerzo.

Este caso presenta una situación interesante para la investigación comparada: un país con un legado de política clasificado como intermedio logra, en ciertas etapas del proceso de vacunación, equiparar el desempeño de naciones con legados más robustos. Surgen, por tanto, dos interrogantes fundamentales:

- ¿Qué factores explican esta capacidad de El Salvador para igualar, en determinados momentos, el rendimiento de países con sistemas de salud más desarrollados?
- ¿Qué elementos contribuyeron a la transición de El Salvador desde una posición de vanguardia en la vacunación regional hacia un evidente estancamiento, incluso en la aplicación de la segunda dosis necesaria para completar el esquema básico?

Cimientos de la inmunización temprana en El Salvador

Medidas extraordinarias

Nayib Bukele asume el poder en El Salvador en junio de 2019, tras ganar las elecciones celebradas en febrero de ese año con el partido Gran Alianza por la Unidad Nacional (GANA).

La consolidación del poder político de Nayib Bukele como presidente de El Salvador coincidió con el contexto de shock generado por la pandemia de COVID-19. El año 2020 presentó un escenario excepcional que facilitó la legitimación de Bukele como líder político. En este contexto, las medidas implementadas durante dicho período,

incluyendo aquellas que establecieron los cimientos del proceso de vacunación, resultan cruciales para comprender el desempeño del país en esta política de salud pública.

La convergencia entre la crisis sanitaria y la trayectoria política de Bukele creó una coyuntura singular. Las estrategias adoptadas en respuesta a la pandemia, particularmente aquellas relacionadas con la preparación para la campaña de vacunación, no solo respondieron a necesidades de salud pública, sino que también se entrelazaron con el proceso de afianzamiento del liderazgo presidencial.

Por consiguiente, un análisis exhaustivo del desempeño de El Salvador en su política de inmunización contra la COVID-19 requiere considerar la estrategia nacional para la atención de la pandemia desde sus etapas iniciales. Esta aproximación permite comprender cómo las decisiones y acciones tempranas sentaron las bases para el posterior desarrollo e implementación de la campaña de vacunación.

La consideración de la respuesta inicial a la crisis sanitaria resulta fundamental, ya que las medidas adoptadas en los primeros momentos de la pandemia no solo definieron la trayectoria inmediata de contención del virus, sino que también configuraron el marco operativo, logístico y político sobre el cual se construiría la estrategia de vacunación. Este enfoque facilita la identificación de factores que influyeron en el desempeño del programa de inmunización, desde su concepción hasta su ejecución.

Un mes antes de la aparición de la Covid-19, el 9 de febrero de 2020, en la Asamblea Legislativa de El Salvador, se vivió un episodio controvertido donde se desencadenó una crisis institucional. El presidente Nayib Bukele convocó a los diputados a una reunión extraordinaria durante la tarde de un sábado para tratar la autorización de un préstamo con el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE). Sin embargo, la mayoría de los diputados y las diputadas declararon improcedente tal convocatoria, alegando que el gobierno solo tiene esa facultad en casos de emergencia nacional, como una *catástrofe* o una guerra (Verdes-Montenegro Escáñez & Rodríguez-Pinzón, 2020, pp. 219-221)

Ante la negativa de los diputados de aceptar la convocatoria, se desplegaron policías que cerraron las calles de acceso al edificio legislativo, y soldados de la Fuerza Armada ingresaron al Salón Azul, donde se reúnen los diputados, siguiendo órdenes del presidente. Además, Bukele invocó el "derecho a la insurrección" y llamó al pueblo salvadoreño a movilizarse frente a la Asamblea, acusando a los diputados de romper el orden constitucional (Verdes-Montenegro Escáñez & Rodríguez-Pinzón, 2020, pp. 219-221)

Estos acontecimientos reflejaron una militarización de la Asamblea Nacional y generaron preocupación sobre la separación de poderes y el respeto a las instituciones democráticas en El Salvador (Verdes-Montenegro Escáñez & Rodríguez-Pinzón, 2020, pp. 219-221).

En este contexto, la Corte Suprema de Justicia (CSJ) insta a Nayib Bukele a desistir de convocar al parlamento con fines partidistas y a abandonar las actitudes intimidatorias. La Sala de lo Constitucional, parte de la CSJ, fue más allá y calificó de "delictiva" la operación orquestada contra la Asamblea Legislativa el 9 de febrero de 2020, donde militares irrumpieron en el recinto (Martí i Puig & Rodríguez Suárez, 2024, p. 144).

Lo anterior evidencia la acelerada transición hacia el autoritarismo en El Salvador en el momento inmediatamente previo a la pandemia. Unas pocas semanas después de este incidente, la administración de Bukele aprovecharía estratégicamente la crisis sanitaria para consolidar un proyecto político caracterizado por la concentración del poder y el debilitamiento de los contrapesos institucionales.

Otro elemento central que prefiguraría la toma legislativa fue una estrecha vinculación entre la estrategia comunicacional y el estilo de liderazgo personalista de Nayib Bukele. La gestión de la crisis sanitaria en El Salvador estaría marcada por una destacada utilización de plataformas digitales y medios tradicionales, articulando una narrativa que reforzaba su imagen como líder decisivo y protector de la población ante la amenaza pandémica.

El 11 de marzo de 2021, el mismo día en que la OMS determina en su evaluación que la Covid-19 puede caracterizarse como una pandemia, el Gobierno de El Salvador, mediante el Decreto No.12, declara “Estado de Emergencia Nacional por la epidemia por Covid-19” (Presidencia de la República de El Salvador, 2020a). Esta declaratoria, parecía justificar lo que hacer menos de un mes reprochaban los diputados de la Asamblea Legislativa ante la convocatoria “extraordinaria” realizada por el presidente Bukele.

Dicho decreto se basa en lo estipulado por la “Ley de Protección Civil, Prevención y Mitigación de Desastres de El Salvador”, la cual indica que se pueden declarar estados de emergencia en parte o en todo el territorio nacional cuando el riesgo o peligro provocado por un desastre para las personas, sus bienes, servicios públicos o ecosistemas lo ameriten. El decreto indica que la decisión se basa en la evidencia del riesgo o peligro y en la ponderación realizada por el Director General de Protección Civil, Prevención y Mitigación de Desastres (Presidencia de la República de El Salvador, 2020a).

El Artículo 5 del Decreto 12, establece las obligaciones de la población en general durante la situación de emergencia por la epidemia de COVID-19. Estas obligaciones incluyen colaborar y acatar las disposiciones tomadas por las autoridades competentes, bajo pena de incurrir en responsabilidades penales, civiles y administrativas pertinentes (Presidencia de la República de El Salvador, 2020a).

Teniendo como base el Decreto 12, el mismo 12 de marzo de 2021, el Presidente Nayib Bukele, mediante conferencia de prensa, anuncia la declaración de cuarentena para todo el territorio nacional. Advierte que esta no es una decisión fácil, pero que se ha tomado a partir de la información brindada por especialistas. Que, si bien puede ser criticada y cuestionada, es necesaria para salvaguardar la vida de las personas, ya que otros países que no tomaron medidas a tiempo, como Italia o Alemania, están sufriendo las consecuencias de esto. También, afirma que El Salvador se encuentra a la vanguardia en la atención de la pandemia, en comparación con otros países de la región, ya que se han tomado medidas desde enero del 2020. Finalmente, reitera que a pesar de que medidas como la cuarentena le resten puntos de popularidad, está dispuesto a hacer el sacrificio por el bienestar de las personas (Presidencia de la República de El Salvador, 2020b)

La noche del 18 de marzo de 2021, El Salvador confirma su primer caso de Covid-19. Al día siguiente, el 19 de marzo, la presidencia de la república, mediante comunicado oficial, difunde la propuesta de un “Plan de Respuesta y Alivio Económico ante la Emergencia del COVID-19” (Presidencia de la República de El Salvador, 2020c), un paquete que incluía una serie de decretos y proyectos que buscaban mitigar el impacto económico de la población salvadoreña durante la crisis de la Covid-19 y garantizar la protección de los ciudadanos en diversos aspectos.

A partir de este momento, el Gobierno de Bukele pondrá en marcha una serie de medidas que evidencian una significativa capacidad de movilización de recursos por parte del Estado salvadoreño. Esta capacidad se manifestó en múltiples dimensiones: la implementación de medidas de contención (cuarentena domiciliar), el fortalecimiento de infraestructura sanitaria (centros médicos), la gestión logística (equipamiento médico), la provisión de ayuda social (recursos alimenticios) y la atención médica directa (atención a contagiados).

Sin embargo, es crucial distinguir entre la capacidad de anunciar e iniciar estas medidas y la capacidad real de sostenerlas e implementarlas efectivamente. La amplitud de las acciones emprendidas sugiere una notable capacidad de respuesta inicial, característica de regímenes con fuerte centralización del poder, donde la toma de

decisiones puede ser más expedita. No obstante, esta rapidez en la movilización inicial no necesariamente se traduce en una capacidad sostenida de implementación.

En esta línea, el 21 de marzo, después de una serie de operativos policiales y militares en diferentes puntos de país, el presidente Nayib Bukele, concretó la medida más drástica de todas las que había tomado para enfrentar la pandemia: una cuarentena general obligatoria de 30 días. La cuarentena general y obligatoria implicaba mantener en encierro a toda la población de país durante un mes, “dando potestad a los cuerpos de seguridad para detener a aquellas personas que, a juicio de las autoridades, violen la restricción de movilidad que contempla un amplio grupo de excepciones que fue enlistada de manera somera”(El Faro, 2020).

Lo anterior queda establecido mediante el Decreto 14, en el cual se determinan “Medidas extraordinarias de prevención y contención para declarar el territorio nacional como zona sujeta a control sanitario, a fin de contener la pandemia Covid-19”, tomando como medidas sanitarias extraordinarias “la restricción a todas las personas de permanecer en sus casas de habitación o de residencia y la restricción de actividades que no sean las estrictamente señaladas en este decreto” (Presidencia de la República de El Salvador, 2020d).

A escasas semanas de la publicación del Decreto 14, el presidente Bukele emitió el Decreto 18, que extendía la cuarentena domiciliar nacional por 15 días adicionales para contener la propagación del COVID-19 en el país. En un llamado contundente, el mandatario instó a la población salvadoreña a permanecer en sus hogares a menos que fuera absolutamente necesario. El jefe de Estado advirtió que las autoridades redoblarían sus esfuerzos para hacer cumplir las restricciones de movilidad, y que aquellos que se desplazaran sin justificación, ya sea a pie, en autobús o en vehículo propio, serían trasladados a centros de contención donde cumplirían una cuarentena obligatoria de 30 días.

Tras la aprobación del decreto, el 4 de mayo de 2020, la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos (PDDH) presentó un informe a la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. El informe detallaba que, entre el 21 de marzo y el 28 de abril de 2020, la PDDH había registrado 928 casos relacionados con la emergencia nacional por COVID-19. De estos casos, un preocupante 66% involucraban presuntas violaciones del derecho a la salud, el acceso a la información y la libertad personal. Dentro de este grupo, las detenciones ilegales o arbitrarias por incumplimiento de la cuarentena domiciliar sumaban 193 casos a nivel nacional durante el período

señalado. La PDDH enfatizó la gravedad de esta situación, destacando los impactos inmediatos en las personas afectadas y sus familias, así como las consecuencias a mediano y largo plazo para la conducta policial en un sistema democrático (Tobar Serrano, 2020).

Las medidas llevadas a cabo por Bukele durante los primeros meses de la pandemia, también estuvieron acompañadas de un exacerbamiento del temor. El día 25 de marzo de 2020, el presidente Bukele publica en sus redes sociales lo siguiente: “Algunos no se han dado cuenta, pero ya inició la Tercera Guerra Mundial”. Recordemos que en ese contexto, había miedo e incertidumbre, por lo que este tipo de mensajes, se difundían rápidamente y motivaban el pánico en la sociedad (Paredes Paredes, 2023).

Sumado a la cuarentena domiciliar, a partir de abril de 2020, el gobierno de El Salvador puso un fuerte énfasis en comunicar la expansión y fortalecimiento de su capacidad hospitalaria para atender pacientes de COVID-19. Por ejemplo, el 11 de abril de ese año, el presidente Nayib Bukele inauguró el hospital temporal de Jiquilisco, en Usulután, como parte de una estrategia nacional para enfrentar la pandemia. Este nuevo centro médico formaba parte de una red de infraestructuras temporales donde se brindaría atención sanitaria de calidad a los pacientes, contando con todos los insumos y recursos necesarios para combatir la enfermedad (Presidencia de la República de El Salvador, 2020g) (Presidencia de la República de El Salvador, 2020f).

La estrategia de "búsqueda activa de casos" constituyó otro elemento característico de la etapa de contención de la pandemia en El Salvador. El 8 de abril de 2020, el presidente Bukele celebró los frutos de esta iniciativa, anunciando la detección de 15 nuevos casos positivos de COVID-19. Este logro fue posible gracias al amplio plan gubernamental de búsqueda de casos en todo el territorio nacional (Presidencia de la República de El Salvador, 2020e). En el cual se destacan estrategias como la utilización de cabinas móviles de diagnóstico (Presidencia de la República de El Salvador, 2020i).

A diferencia de otros países, donde, según el mandatario, las personas fallecían por "neumonías extrañas" -posiblemente en referencia a Nicaragua-, en El Salvador se adoptó un enfoque proactivo, ordenando la realización de pruebas de COVID-19 a todos los pacientes con sospecha de la enfermedad, incluso en ausencia de síntomas reportados por los médicos (Presidencia de la República de El Salvador, 2020h).

En mayo de 2020, el presidente Bukele reitera la necesidad de mantener el Estado de Emergencia, sin embargo, esto vuelve a generar una tensión entre el poder ejecutivo y el legislativo. Por un lado, el gobierno sostiene que el Estado de Emergencia es absolutamente necesaria y justificable, por el otro, la Asamblea se niega a una nueva

prórroga, con argumentos de que el Ejecutivo no está rindiendo cuentas de gastos de emergencia ni hecho pública su hoja de ruta ante la pandemia. En este escenario, el presidente Bukele anunció un decreto ejecutivo (No.18) para prolongar 30 días más el Estado de Emergencia por la Covid-19 (Nóchez, 2020)⁴.

El Decreto Ejecutivo número 18 de la Presidencia de la República establece el “Estado de Emergencia Nacional de la Pandemia por COVID-19”, posteriormente, este Decreto Ejecutivo fue derogado por el Decreto Ejecutivo número 19 publicado con fecha 19 de mayo de 2020, el cual entró en vigor por 15 días, hasta el 2 de junio de 2020. Sin embargo, este fue suspendido mediante proceso de inconstitucionalidad número 63-2020, en donde la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, con fecha 22 de mayo de 2020 pronunció la resolución que literalmente dice: “Decrétese medida cautelar en el sentido que se suspende provisionalmente la vigencia del Decreto Ejecutivo número 19, mientras dure la tramitación del presente proceso” (FUNDAUNGO, 2020c)⁵.

Paralelo a la discusión de estos decretos, el 28 de mayo de 2020, el gobierno anuncia que el país ha entrado en la Fase 3 del Covid-19, lo que implica un alto riesgo de contagio masivo. Por ende, se exhortó a la población a acatar estrictamente las recomendaciones preventivas para evitar contagiarse del virus. El Ministro de Salud, Francisco Alabi, explicó que durante esta fase de la pandemia es necesario aplicar más rigurosamente la cuarentena domiciliar, con el objetivo de romper la cadena de transmisión del coronavirus. También indicó que todos los protocolos sanitarios por esta crisis cambian (Presidencia de la República de El Salvador, 2020q).

Durante el mes de junio, el gobierno de El Salvador continuó poniendo énfasis en las medidas tomadas para hacerle frente a la pandemia, tales como: promoción de la cuarentena domiciliar, fortalecer los centros médicos, gestionar equipo médico, ofrecer recursos alimenticios a la población, atención de personas contagiadas, entre otros. El presidente Bukele destaca su compromiso con la atención de la pandemia, pero también

⁴ El pulso recuerda al que se dió a inicios de febrero pasado, cuando la Asamblea sesionó de emergencia un sábado en busca de un acuerdo para autorizar al Ejecutivo a negociar un préstamo que financiara su estrategia de seguridad. Al no lograrlo, programó una nueva sesión plenaria para el lunes 10, pero el presidente Bukele quiso forzarla a reunirse el domingo 9 y llegó a entrar al Congreso con militares y amenazar con disolverlo en una demostración de fuerza y de intimidación al poder Legislativo que recibió unánime condena internacional.

⁵ El 10 de junio de 2020 el Gobierno del Presidente Nayib Bukele presentó a la Asamblea Legislativa una iniciativa de ley para que los diputados aprueben un nuevo Estado de Emergencia Nacional. Esta propuesta del Órgano Ejecutivo al Congreso salvadoreño implica que sesione de forma extraordinaria y a la brevedad

con los problemas históricos del país, tal y como se puede ver en las siguientes declaraciones:

Tengan la seguridad que este Gobierno va trabajar día y noche, el ciento por ciento, para resolver todos los problemas que tenemos. Tengan la certeza que este Gobierno va trabajar para salvaguardar sus vidas, tanto de la pandemia como de la inseguridad y de las lluvias.

Nuestro pueblo no puede seguir viviendo en esta vulnerabilidad. No podemos dejarle al país la misma desigualdad y la misma vulnerabilidad en que estamos ahora (Presidencia de la República de El Salvador, 2020j).

Tras su primer año de gobierno, durante el mes de junio de 2020, continúan las tensiones entre la Asamblea Legislativa y el Poder Ejecutivo. Un ejemplo de esto son las declaraciones realizadas por el presidente Bukele en una conferencia de prensa en los alrededores de la comunidad Nuevo Israel, afectada por el paso de la tormenta tropical Amanda. Refiriéndose a los Diputados de la Asamblea Legislativa indicó: “Que Dios los perdone, porque yo no los voy a perdonar. Son perversos, dan asco y ellos lo saben y no lo digo yo, lo dice el pueblo salvadoreño. Son lo peor que ha tenido este país”. Además los llamó los “compadres” de la Sala de lo Constitucional, reiteró la amenaza de no pagar sus salarios y auguró que los legisladores pronto van a estar “fuera de la Asamblea Legislativa”, una referencia electoral de cara a los comicios de alcaldes y diputados de febrero de 2021 (Rauda, 2020).⁶

También, en su primer aniversario como gobernante de El Salvador, el presidente Bukele inaugura la fase 1 del Hospital El Salvador para atención de pacientes con Covid-19 en las instalaciones del Centro Internacional de Ferias y Convenciones (CIFCO). De acuerdo con la Presidencia de la República, estas nuevas instalaciones cuentan con todo el equipo médico y tecnología de punta para 105 camas de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y 295 camas de Cuidados Intermedios (UCIN) (Presidencia de la República de El Salvador, 2020k).

⁶ A lo largo del mes de junio esta tensión continua y se profundiza, el Poder Ejecutivo insistirá “retomar” el dialogo con la Asamblea Legislativa mediante diversas convocatorias, pero también el presidente Nayib Bukele insiste a la Asamblea Legislativa la aprobación de un Régimen de Excepción de Derechos Fundamentales Concretos, que permita al Ejecutivo suspender por 15 días las garantías constitucionales a la libertad de circulación, de reunión y de cambiar o permanecer en el domicilio o residencia, con el objetivo de frenar la acelerada propagación del COVID-19 en el territorio nacional.

A pesar de las promesas oficiales, el nuevo hospital no funcionó cuando más se necesitaba durante el pico de contagios, agravando la saturación del sistema sanitario general. Además, la falta de médicos especialistas persiste, dificultando aún más la atención adecuada a la población (Romero, 2020).

A pesar de la inauguración del Hospital El Salvador, durante los meses de junio y julio se registra un importante aumento de los casos positivos de Covid-19 en este país. El 24 de julio de 2020, se registran 429 casos nuevos, la cifra más alta desde marzo de 2020 (FUNDAUNGO, 2020a). En este contexto, el Presidente Nayib Bukele insiste a la Asamblea Legislativa aprobar la propuesta de Ley de Régimen de Excepción de Derechos Fundamentales Concretos para Atender la Pandemia de COVID-19. Carolina Recinos, comisionada presidencial de Operaciones y Gabinete de Gobierno, advierte que “los casos han aumentado porque el Gobierno ha sido desprovisto de las herramientas legales para regular la movilidad de las personas”(Presidencia de la República de El Salvador, 2020l).

Durante el mes de julio, el Poder Ejecutivo optó por una estrategia de responsabilizar a la Asamblea Legislativa por las consecuencias negativas de la pandemia. La Presidencia de la República insiste en la necesidad de retomar el Estado de Emergencia Nacional así como una cuarentena estricta de 15 días y denuncia que “la Asamblea Legislativa continúa sin aprobar las herramientas legales para que el Ministerio de Salud y otras instituciones del Órgano Ejecutivo puedan frenar la curva de contagio del COVID-19...”(Presidencia de la República de El Salvador, 2020m). Ese será un tema recurrente en los comunicados del Poder Ejecutivo salvadoreño⁷.

Ante esta situación, el 29 de julio de 2020, el Ministerio de Salud anuncia un nuevo decreto, el número 32, el cual establece “Protocolos Sanitarios para Garantizar los Derechos a la Salud y a la Vida de las Personas, en el Proceso de Reactivación Gradual de la Economía, durante la Pandemia por COVID-19, aplicables en las Zonas Occidental, Central y Oriental de la República de El Salvador”. Y tiene como objetivo luchar contra el Covid-19 ante omisión legislativa al Régimen de Excepción (Presidencia de la República de El Salvador, 2020n).

⁷ Otros comunicados de prensa de la Presidencia de la República durante el mes de julio se titulan: “Ministro de Salud: Más de 5 mil salvadoreños se contagiaron de COVID-19 por no aprobar cuarentena de 15 días”, “Director del Hospital San Rafael critica silencio de Asamblea Legislativa por COVID-19”, “Ministro de Salud reitera necesidad de Ley de Emergencia para entregar bono a personal médico”, “País vive máximo pico de contagios por COVID-19; Gobierno sin herramientas que adeudan el Legislativo y la Sala Constitucional”.

Si bien la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia (CSJ) declaró inconstitucional el Decreto Ejecutivo número 32, permitió su vigencia hasta el 20 de agosto. Ante esto, la Presidencia de la República ha basado la reapertura económica y las medidas sanitarias para contener la pandemia en lo establecido en dicho decreto. La Sala reiteró su llamado a la Asamblea Legislativa y al Órgano Ejecutivo para que, "mediante la gestión técnica y concertada –incluyendo la elaboración, sanción y publicación de leyes– aborden de manera integral la problemática generada por la pandemia" (La Prensa Gráfica, 2020).

Durante los meses de agosto y setiembre, el gobierno de Nayib Bukele confirma la evolución positiva de la pandemia y destaca que la mejoría se debe a las acciones preventivas de su gobierno y el nivel de conciencia que ha demostrado la población en la aplicación de los protocolos sanitarios para evitar los contagios (Presidencia de la República de El Salvador, 2020r). A partir de este momento se evidencia una disminución en los comunicados de prensa que realiza la Presidencia de la República y los mensajes se enfocan principalmente en que el gobierno continua trabajando para la contención de la pandemia (MINSAL, 2020b).

En octubre de 2020, el gobierno de Nayib Bukele se centró en comunicar las mejoras de los indicadores de salud en El Salvador. Se destacan logros como la disminución de casos diarios confirmados y la búsqueda activa de pacientes. Sin embargo, a pesar de que hubo una reducción en los casos, entre el 6 de octubre y el 14 de noviembre de 2021, se registraron 10,706 nuevos casos y 404 fallecimientos, lo que representa el 10.8 % del total de personas fallecidas hasta la fecha. Octubre se convirtió en el mes con el mayor número de fallecimientos durante la pandemia en el país, con 393 personas fallecidas (FUNDAUNGO, 2020b).

En noviembre del 2020, la estrategia de contención de la pandemia da un giro en este país, ya que el gobierno salvadoreño anuncia la adquisición de vacunas contra la Covid-19. El 24 de noviembre de 2020, el presidente Nayib bukele anuncia que se ha concluido el acuerdo para el suministro de las primeras 2 millones de dosis de la vacuna contra el COVID-19, de AstraZeneca y la Universidad de Oxford. También indica que a partir de ese momento se comunicará la estrategia de vacunación que se implementará para “salir de una vez por todas de esta pandemia” (Presidencia de la República de El Salvador, 2020o).

Desde los inicios de la crisis sanitaria global, el gobierno de Nayib Bukele se caracterizó por una respuesta rápida y contundente. El 11 de marzo de 2021, el mismo

día que la OMS declaró la pandemia, El Salvador declaró el estado de emergencia nacional. Esta acción fue seguida por la implementación de medidas restrictivas sin precedentes, incluyendo una cuarentena obligatoria que se extendió por varios meses. Paralelamente, el gobierno puso en marcha una estrategia de "búsqueda activa de casos" y se embarcó en una ambiciosa expansión de la capacidad hospitalaria, simbolizada por la inauguración del Hospital El Salvador.

Estas acciones tempranas coincidieron con un momento crucial en la trayectoria política de Bukele: la consolidación de su poder como presidente. La crisis sanitaria se presentó como una oportunidad para legitimar su liderazgo, permitiéndole tomar decisiones unilaterales bajo el amparo de la emergencia. Las tensiones con la Asamblea Legislativa y otros poderes del Estado, lejos de obstaculizar sus acciones, sirvieron para reforzar su imagen de líder decidido frente a la adversidad.

La estrategia de comunicación jugó un papel fundamental en este proceso. Bukele utilizó hábilmente las redes sociales y las conferencias de prensa para mantener a la población en un estado de alerta constante. Sus mensajes enfatizaban la gravedad de la situación, al tiempo que presentaban a El Salvador como un ejemplo regional en el manejo de la pandemia. Esta narrativa no solo mantuvo el apoyo popular a las medidas restrictivas, sino que también preparó el terreno para la aceptación de la vacunación como solución definitiva.

En noviembre de 2020, mucho antes que la mayoría de sus vecinos centroamericanos, El Salvador anunció acuerdos para la adquisición de vacunas. Este anuncio no fue casual, sino el resultado de una preparación anticipada que capitalizaba la experiencia adquirida durante los primeros meses de la pandemia. La vacunación se presentó como la luz al final del túnel, una promesa de normalidad tras meses de crisis.

El contexto político favorable, forjado durante los meses previos, facilitó una implementación rápida de la vacunación. Las medidas extraordinarias tomadas durante la pandemia habían allanado el camino para una acción gubernamental ágil y decidida en esta nueva etapa.

En suma, el inicio temprano de la vacunación en El Salvador no puede entenderse como un hecho aislado, sino como la culminación de un proceso que comenzó con las primeras acciones frente a la pandemia. La combinación de una respuesta gubernamental temprana, una hábil consolidación del poder ejecutivo, una estrategia de comunicación dirigida y una preparación anticipada para la vacunación, todo ello en un contexto político

favorable, sentó las bases para que El Salvador se posicionara a la vanguardia regional en el inicio de su campaña de vacunación contra la COVID-19.

Estrategia de vacunación temprana pero inconstante

Adquisición de la vacuna

La capacidad estatal exhibida por El Salvador, particularmente en lo concerniente a la adquisición de vacunas contra la COVID-19, constituyó un factor determinante en los resultados alcanzados durante el año 2021. La administración salvadoreña demostró una notable eficacia en asegurar un abastecimiento temprano y cuantioso de dosis.

A partir de noviembre de 2020, el presidente Nayib Bukele comenzó a enfatizar en su discurso público las gestiones diplomáticas y logísticas emprendidas por su administración para asegurar el suministro de vacunas para la población salvadoreña:

Cuando se empezó a hablar en el mundo de una posible vacuna, nosotros decidimos empezar a hablar con los laboratorios que estaban en su fase inicial, en su fase de investigación. Nos sentamos con todos los laboratorios reconocidos y empezamos a negociar...

Y luego, cuando se empezó a hablar en el mundo del problema que podía dar la inequidad en los países, de cómo hay países muy ricos que iban a poder comprar la vacuna y hay países en vías de desarrollo, o economías emergentes, incluso países pobres que no iban a poder adquirir la vacuna, se dijo: “Necesitamos crear un sistema para que los países pobres o en vías desarrollo puedan adquirir estas vacunas”, y se desarrolló un sistema llamado COVAX...

Pero no nos quedamos ahí, porque no sabemos cuándo va a empezar el sistema COVAX, cuántas vacunas van a darnos, cuántas nos van a dar al principio, y si van a ser suficientemente rápidas, así que también decidimos negociar como negociaron los países ricos, directamente con las farmacéuticas, con todas ellas, y gracias a eso, el día de ayer una de esas cuatro negociaciones, que prácticamente están cerradas, ya puso su comunicado de prensa...

Ayer pusimos el comunicado. Inmediatamente empezaron a haber unas críticas. A mí me sorprendió, porque esto debería de ser una fiesta nacional, una alegría de todos, luz al final del túnel después de todo lo que hemos sufrido todos (Bukele, 2020).

El 8 de enero 2021 el Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL) informa mediante el documento “Lineamientos técnicos para la vacunación contra el Sars-CoV-2”⁸, las disposiciones técnicas para la realización de las acciones a ejecutar durante la vacunación de la población contra el SARS-CoV-2. Dentro de estas indicaciones, se comparten las vacunas que el país utilizará, advirtiéndole que esta información puede cambiar dependiendo de las actualizaciones mundiales. Tal y como se indica en la Tabla 20, para este momento, solo se mencionaron 3 tipos de vacunas:

Tabla 20

Lineamientos técnicos para la vacunación contra el Sars-CoV-2

Vacuna	Características
Vacuna ultra congelada (Vacuna de Pfizer-BioNTech)	Plataforma tecnológica: vacuna basada en ARN mensajero sintético Número de dosis a aplicar: 2 dosis con intervalo mínimo de 21 días entre dosis (puede aplicarse hasta 6 semanas después de la primera dosis) Vía de aplicación: Intramuscular Temperatura de conservación: -70 °C Duración de frasco abierto: 6 horas
Vacuna CoronaVac	Plataforma tecnológica: virus inactivado, derivada de la cepa CZ02 de coronavirus Número de dosis a aplicar: 2 dosis con 4 semanas de diferencia (0,28 días) Vía de aplicación: Intramuscular Temperatura de conservación: +2 a +8 °C (No congelar) Duración de frasco abierto: la vacuna debe de usarse inmediatamente después de abierta.
Vacuna de conservación a temperatura a +2 a +8 °C (Vacuna de Oxford-AstraZeneca)	Plataforma tecnológica: vacuna vectorizada Número de dosis a aplicar: 2 dosis con intervalo para la segunda dosis de 12 semanas. Vía de aplicación: intramuscular. Temperatura de conservación: +2 a +8 °C Duración de frasco abierto: 6 horas.

Nota: Elaborado a partir de “Lineamientos técnicos para la vacunación contra el Sars-CoV-2” MINSAL, (2021)

⁸ Se está utilizando la segunda edición de este documento, publicada el 26 de mayo de 2021, ya que la versión del 8 de enero no se encuentra disponible.

A pesar de lo anterior, durante la pandemia, El Salvador utilizará 5 tipos distintos de vacunas, posicionándose como el segundo país con mayor diversidad de vacunas en la región después de Nicaragua.

Si bien el anuncio de la llegada de vacunas a El Salvador es promocionado desde noviembre de 2020, el primer lote de vacunas arriba al país el 17 de febrero de 2021, casi tres meses después. Sin embargo, a diferencia de Nicaragua, este primer cargamento no es una donación.

En los meses posteriores, El Salvador continuó recibiendo lotes de vacunas. No obstante, al igual que sucedió con el caso nicaragüense, debido a la falta de transparencia en la gestión de la información por parte de las autoridades, no se dispone de un informe oficial que detalle la cantidad total de vacunas recibidas entre 2020 y 2023. La ausencia de estos reportes motivó la reconstrucción de este dato a partir de diversas fuentes.

Para tal fin, se compiló información de entidades gubernamentales como el Ministerio de Salud (MINSAL) y la Presidencia de la República, la cual se contrastó con datos de organismos internacionales como el Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El ICEFI realizó un importante trabajo de “Monitoreo de la vacunación contra el COVID-19 en El Salvador”, en el cual presenta información sobre las vacunas adquiridas, las farmacéuticas de donde provienen, así como los mecanismos utilizados para su adquisición. De acuerdo con el Boletín 1 del ICEFI, desde el 17 de febrero del 2021 al 30 de diciembre del 2021 arribaron 52 lotes de vacunas a El Salvador, para un total de 15 604 580 dosis. La base de datos elaborada para esta investigación registra un total de 48 lotes que suman 14 525 750 dosis.

El ICEFI presenta los datos de acuerdo con el acumulado de lotes por mes, de manera que no es posible conocer el detalle de cada lote. Por esta razón, no es posible saber cuáles lotes contabiliza esta institución y compararlos con los que se contabilizaron en esta investigación. Sin embargo, sí es posible saber que existe coincidencia en el total en las vacunas: Oxford-AstraZeneca, Sinovac, Sinopharm y Moderna. Por lo tanto, la inconsistencia se presenta en el total de vacunas Pfizer-BioNTech.

Mientras que el ICEFI reporta un total 4 779 180 dosis de Pfizer-BioNTech, la base de datos de esta investigación registra 3 700 350. Sumado a esto, entre noviembre y diciembre el ICEFI reporta un total de 2 455 620 dosis, los lotes contabilizados en nuestra base de datos suman un total de 1 630 680 dosis. Por lo tanto, se considera que la

diferencia se ubica en los meses de noviembre y diciembre, específicamente en vacunas Pfizer-BioNTech.

En el marco del análisis de la adquisición de vacunas, se optó por utilizar la base de datos desarrollada en este estudio. Esta decisión se basa en que constituye la única fuente que permite visualizar el detalle de cada lote de vacunas recibido en El Salvador. Esto posibilita un enfoque más preciso del proceso de adquisición y ofrece información de difícil acceso, la cual ha sido depurada, sistematizada y contrastada con organismos internacionales.

No obstante, cabe destacar la inclusión de dos lotes "artificiales" en la base de datos, uno en noviembre y otro en diciembre. Estos lotes fueron agregados para incorporar las vacunas Pfizer-BioNTech contabilizadas por el ICEFI que no figuraban en nuestro registro original. La Tabla 21 resume los resultados obtenidos:

Tabla 21

Vacunas adquiridas por el Salvador, 2021-2022

FECHA	LOTE	CANTIDAD	ADQUISICION	TIPO_VX	ORIGEN_VX	ORIGEN_DON
17/2/2021	1	20 000	COMPRA	AstraZeneca	Occidente	NA
11/3/2021	2	33 600	COVAX	AstraZeneca	Occidente	NA
22/3/2021	3	51 480	COVAX	Pfizer	Occidente	NA
28/3/2021	4	1 000 000	COMPRA	Sinovac	No Occidente	NA
7/4/2021	5	150 000	DONACIÓN	Sinovac	No Occidente	China
18/4/2021	6	96 000	COVAX	AstraZeneca	Occidente	NA
26/4/2021	7	500 000	COMPRA	Sinovac	No Occidente	NA
12/5/2021	8	140 400	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
18/5/2021	9	500 000	COMPRA	Sinovac	No Occidente	NA
22/5/2021	10	204 000	COMPRA	AstraZeneca	Occidente	NA
25/5/2021	11	96 000	COMPRA	AstraZeneca	Occidente	NA
9/6/2021	12	500 000	COMPRA	Sinovac	No Occidente	NA
19/6/2021	13	204 000	COMPRA	AstraZeneca	Occidente	NA
24/6/2021	14	100 800	DONACIÓN	AstraZeneca	Occidente	México
25/6/2021	15	125 190	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
2/7/2021	16	125 190	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
5/7/2021	17	1 500 100	DONACIÓN	Moderna	Occidente	Estados Unidos
7/7/2021	18	1 500 000	COMPRA	Sinovac	No Occidente	NA
9/7/2021	19	33 930	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
16/7/2021	20	43 290	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
20/7/2021	21	163 200	COMPRA	AstraZeneca	Occidente	NA
22/7/2021	22	1 500 100	DONACIÓN	Moderna	Occidente	Estados Unidos
23/7/2021	23	99 450	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA

26/7/2021	24	1 000 000	COMPRA	Sinopharm	Occidente	NA
4/8/2021	25	163 200	COMPRA	AstraZeneca	Occidente	NA
4/8/2021	26	169 650	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
13/8/2021	27	127 530	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
20/8/2021	28	120 510	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
27/8/2021	29	188 370	COVAX	Pfizer	Occidente	NA
27/8/2021	30	122 580	COVAX	Pfizer	Occidente	NA
3/9/2021	31	200 070	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
3/9/2021	32	527 600	COMPRA	Sinopharm	No Occidente	NA
6/9/2021	33	140 400	COMPRA	Sinopharm	No Occidente	NA
10/9/2021	34	109 980	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
24/9/2021	35	109 980	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
1/10/2021	36	108 810	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
8/10/2021	37	198 900	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
12/10/2021	38	326 400	COMPRA	AstraZeneca	Occidente	NA
15/10/2021	39	198 900	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
22/10/2021	40	198 900	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
29/10/2021	41	196 560	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
5/11/2021	42	205 920	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
19/11/2021	43	205 920	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
19/11/2021	Lote artificial (Acumulado ICEFI)	411 840	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
3/12/2021	44	205 290	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
16/12/2021	45	205 290	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
19/12/2021	46	500 000	DONACIÓN	Sinovac	No Occidente	NA
19/12/2021	47	100 000	DONACIÓN	Sinopharm	No Occidente	NA
30/12/2021	48	208 260	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
30/12/2021	Lote artificial (Acumulado ICEFI)	413 100	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
Total	15 853 090					

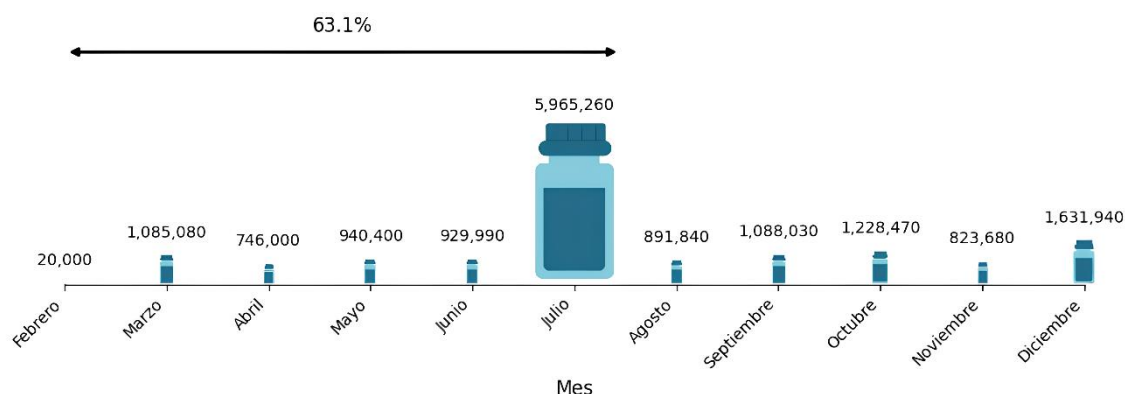
Nota. Elaboración propia a partir de MINSAL, Presidencia de la República de El Salvador, OMS e ICEFI (2021)

La Tabla 21 refleja que, para finales del año 2021, El Salvador había recibido un total de 15.853.090 dosis de vacunas. De acuerdo con la Figura 8, para julio de ese mismo año, ya habían arribado al país el 63,10% del total de vacunas. A diferencia del caso de Nicaragua, El Salvador recibió más de la mitad de todas las vacunas disponibles en 2021 durante el primer semestre del año. Esta disponibilidad temprana de vacunas constituía una ventaja significativa, ya que permitía aprovechar la "ventana de oportunidad" en la

que el temor por la enfermedad y la frustración por la cuarentena incentivaban a la población a vacunarse.

Figura 8

Total de vacunas adquiridas por mes, El Salvador, 2021



Nota. Elaboración propia a partir de MINSAL, Presidencia de la República de El Salvador, OMS e ICEFI (2021)

Lo anterior contribuye a comprender por qué, a finales de julio, El Salvador había logrado vacunar al 44,53% de su población con al menos una dosis, posicionándose como el segundo país de la región con mayor porcentaje de población vacunada en ese momento, superado únicamente por Costa Rica, que registraba un 49,67% de su población con una dosis.

El análisis de las arquitecturas de la política de vacunación en El Salvador, con particular énfasis en el componente de financiamiento, proporciona elementos fundamentales para comprender el desempeño alcanzado por el país en su campaña de inmunización.

La interrogante sobre los mecanismos de financiamiento -"¿Quién paga y cómo?"- revela una destacada estrategia de diversificación implementada por El Salvador, la cual se manifestó en dos dimensiones fundamentales: por un lado, en la variedad de proveedores de vacunas seleccionados; por otro, en la multiplicidad de mecanismos de adquisición empleados. El gobierno salvadoreño logró articular eficazmente tres canales principales de obtención de vacunas: adquisiciones directas mediante negociaciones bilaterales, donaciones de países aliados y participación en iniciativas multilaterales de distribución global.

La estrategia de diversificación en la adquisición de vacunas implementada por El Salvador alcanzó su punto culminante en julio de 2021, período en el cual el país registró el mayor volumen de recepción de dosis, totalizando 5.965.260 unidades. Este suministro significativo se caracterizó por una notable diversidad en cuanto a los fabricantes, incluyendo tanto vacunas de origen occidental como asiático: AstraZeneca contribuyó con 163.200 dosis, Moderna aportó el mayor contingente individual con 3.000.200 dosis, Pfizer suministró 301.860 dosis, mientras que las farmacéuticas chinas Sinopharm y Sinovac proporcionaron 1.000.000 y 1.500.000 dosis respectivamente. Lo anterior, se puede ver con mayor detalle en la Tabla 22, que resumen las características de las vacunas adquiridas por El Salvador, así como los mecanismos de adquisición empleados:

Tabla 22

Características de las vacunas adquiridas por El Salvador a lo largo del 2021

Adquisición	Cantidad	Porcentaje de Dosis
COMPRA	11 007 660.00	71.71%
Occidente	6 339 660.00	41.30%
AstraZeneca	1 176 800.00	7.67%
Pfizer	4 162 860.00	27.12%
Sinopharm	1 000 000.00	6.51%
No Occidente	4 668 000.00	30.41%
Sinovac	4 000 000.00	26.06%
Sinopharm	668 000.00	4.35%
COVAX	492 030.00	3.21%
Occidente	492 030.00	3.21%
AstraZeneca	129 600.00	0.84%
Pfizer	362 430.00	2.36%
DONACIÓN	3 851 000.00	25.09%
Occidente	3 101 000.00	20.20%
AstraZeneca	100 800.00	0.66%
Moderna	3 000 200.00	19.54%
No Occidente	750 000.00	4.89%
Sinovac	650 000.00	4.23%
Sinopharm	100 000.00	0.65%
Total	15 350 690.00	100.00%

Nota. Elaboración propia a partir de MINSAL, Presidencia de la República de El Salvador, OMS e ICEFI (2021).

La Tabla 22 evidencia que un 71.71% de las vacunas adquiridas por EL Salvador se gestionaron a través de acuerdos bilaterales de compra, mientras que un 25,09% provino de donaciones. Con respecto a las vacunas adquiridas mediante el mecanismo COVAX, El Salvador formó parte de las diez naciones que recibirán la vacuna sin

necesidad de pago, por lo que estos lotes podrían considerarse donaciones, lo que implicaría que el porcentaje de donaciones sea de 28.3%.

Como se mencionó previamente, la adquisición de vacunas por parte del Estado salvadoreño ejemplifica su capacidad para movilizar recursos, controlar el territorio y alcanzar objetivos políticos (Skocpol, 1985). Este hecho se vuelve aún más relevante en un contexto donde la debilidad de programas como COVAX queda patente, ya que este solo representó el 3.21% de las vacunas recibidas por El Salvador.

La Tabla 27 pone de relieve la diversificación de vacunas empleadas por El Salvador. Un dato significativo es que el 42,40% de las vacunas adquiridas provienen de fuentes no occidentales, principalmente vacunas desarrolladas por China.

Como bien señala Hoffmann (2021), para países pequeños como El Salvador, la diplomacia de las vacunas ha sido crucial para enfrentar la pandemia de COVID-19 (Hoffmann, 2021). En este contexto, el papel de China ha sido determinante, pues ha suplido la necesidad de vacunas a aquellos países que no han tenido acceso a las opciones occidentales (Mata O'Donoghue, 2022) (Lajtman Bereicoa et al., 2021).

La diplomacia habilitó a los países a concertar acuerdos bilaterales con empresas farmacéuticas y gobiernos, sorteando así los mecanismos globales de distribución como COVAX. No obstante, este proceso de negociación estuvo marcado por el liderazgo al mando: mientras que Nicaragua no exhibió una estrategia proactiva para la adquisición de vacunas, El Salvador se apresuró a anunciar sus primeros acuerdos de compra.

El Gobierno de El Salvador destacó en un comunicado de prensa del MINSAL, publicado el 7 de abril, que el excelente manejo de la pandemia de COVID-19 por parte del Presidente Nayib Bukele ha fortalecido las relaciones de cooperación con países aliados. Como resultado, se ha logrado un donativo de 150,000 vacunas anti-COVID-19 de la República Popular China para reforzar el Plan Nacional de Vacunación (MINSAL, 2021b).

Desde los primeros meses de 2021, El Salvador demostró una habilidad excepcional para asegurar un suministro temprano y abundante de vacunas, posicionándose a la vanguardia de la región centroamericana en este aspecto crucial de la lucha contra la pandemia. Lo cual permite explicar el desempeño del país en los indicadores de cobertura.

La estrategia del gobierno salvadoreño se caracterizó por su rapidez y diversificación. Para julio de 2021, el país ya había recibido el 63,10% del total de vacunas que recibiría ese año, aprovechando hábilmente la "ventana de oportunidad" en

la que el temor a la enfermedad y la frustración por las cuarentenas motivaban a la población a vacunarse. Sumado a la adquisición temprana, es notable el volumen de dosis recibidas, a su vez caracterizado por una diversidad de opciones de vacunas: en un solo mes, El Salvador recibió dosis de cinco fabricantes diferentes, incluyendo AstraZeneca, Moderna, Pfizer, Sinopharm y Sinovac.

La capacidad del Estado salvadoreño para negociar y actuar de manera autónoma quedó patente en el hecho de que el 71,71% de las vacunas fueron adquiridas a través de acuerdos bilaterales de compra. Esta habilidad para sortear las limitaciones de los mecanismos globales de distribución, como COVAX (que solo representó el 3,21% de las vacunas recibidas), demostró la eficacia del gobierno en la movilización de recursos y en la consecución de objetivos políticos en un escenario global altamente competitivo.

Además, el gobierno salvadoreño demostró habilidades diplomáticas. Logró asegurar un significativo 25,09% (o posiblemente hasta un 28,3% si se incluyen las vacunas de COVAX) de sus vacunas a través de donaciones. Este éxito en la cooperación internacional se ejemplifica en la donación de 150,000 vacunas por parte de China, fruto del fortalecimiento de las relaciones bilaterales durante la gestión de la pandemia.

El liderazgo proactivo de El Salvador en la adquisición de vacunas contrastó notablemente con otros países de la región. Mientras algunos vacilaban, El Salvador se apresuró a anunciar sus primeros acuerdos de compra, lo que le permitió posicionarse ventajosamente para iniciar su campaña de vacunación. Esta estrategia dio frutos tangibles: para finales de julio de 2021, El Salvador había logrado vacunar al 44,53% de su población con al menos una dosis, ubicándose como el segundo país de la región con mayor porcentaje de población vacunada, solo por detrás de Costa Rica.

La diversificación de las fuentes de vacunas también merece mención especial. El hecho de que el 42,40% de las vacunas adquiridas provinieran de fuentes no occidentales, principalmente de China, demuestra la flexibilidad y pragmatismo del gobierno salvadoreño en su búsqueda de soluciones.

En resumen, la capacidad estatal de El Salvador en la adquisición de vacunas se manifestó en una estrategia multifacética que combinó negociaciones bilaterales eficaces, aprovechamiento de la cooperación internacional, diversificación de fuentes de suministro y un liderazgo proactivo. Esta aproximación integral permitió al país asegurar un suministro temprano y suficiente de vacunas, superando las limitaciones de los mecanismos globales y posicionando a El Salvador como un ejemplo regional en la implementación de su programa de vacunación contra la COVID-19.

No obstante, a pesar del éxito inicial en la adquisición de vacunas, el desempeño de El Salvador en las dimensiones de suficiencia y sostenibilidad del proceso de inmunización suscita interrogantes que ameritan un análisis más profundo. Este contraste entre la habilidad en la obtención de vacunas y los resultados posteriores en su administración pone de relieve la necesidad de examinar con mayor detenimiento otros aspectos críticos del proceso de vacunación.

En particular, resulta necesario conocer el diseño integral de la política de inmunización, con especial énfasis en la estrategia formulada para la administración de las dosis. Este análisis debe abarcar no solo los aspectos logísticos y operativos de la distribución de vacunas, sino también el contexto político que caracteriza esta etapa.

Administración de la vacuna: universal, gratuita y voluntaria

Como se ha indicado anteriormente, las arquitecturas de la política de vacunación contribuyen a explicar el desempeño alcanzado por el país. Con respecto al componente, "¿Quién provee el cuidado y dónde?", la estrategia de inmunización adoptada por el gobierno salvadoreño se caracterizó por un enfoque centralizado que priorizaba la movilización de la población hacia los centros de vacunación, en lugar de implementar un modelo de distribución territorial que acercara las vacunas a las comunidades.

Con respecto a la vacunación contra la Covid-19, El Salvador no elaboró un Plan Nacional de Despliegue y Vacunación (PNDV). Lo más cercano a esto, se encuentra en el documento "Lineamientos técnicos para la vacunación contra el Sars-CoV-2", publicado el 8 de enero de 2021 por el Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL). Por lo tanto, la estrategia de administración de la vacuna se ha reconstruido a partir de la revisión comunicados institucionales de la Presidencia de la República, así como del MINSAL.

El proceso de administración de la vacuna contra la Covid-19 en El Salvador se puede dividir en dos partes:

Primera etapa: Logística y aplicación inicial (último trimestre de 2020 - segundo trimestre de 2021). Se caracterizó por intensas negociaciones para obtener las vacunas, la llegada de los lotes, el desarrollo de la infraestructura para la vacunación y un rápido aumento en la aplicación de primeras dosis.

Segunda etapa: Ralentización y estancamiento (tercer trimestre de 2021 en adelante). A partir del tercer trimestre de 2021, la información sobre los avances en la vacunación se hizo menos frecuente y la curva de personas vacunadas, especialmente con

la segunda y tercera dosis, se estancó. Esta premisa es reforzada por el ICEFI en su Boletín 2 sobre “Monitoreo de la vacunación contra el COVID-19 en El Salvador.

El 27 de noviembre de 2020, El Gobierno de El Salvador comunica que ya tiene definidos los grupos de la población, en orden de prioridad, que recibirán la vacuna anti-COVID-19, una vez que los laboratorios que desarrollan los prototipos obtengan la autorización de los organismos internacionales competentes. Los grupos prioritarios son (Presidencia de la República de El Salvador, 2020p):

- Grupo 1: Personal de primera línea contra la pandemia (50.000 personas)
- Grupo 2: Población mayor de 50 años (1.4 millones de personas)
- Grupo 3: Población entre 18 y 50 años con enfermedades crónicas (750.000 personas)
- Grupo 4: Resto de la población adulta joven sin morbilidades

Sumado a esto, el ministro de Salud, Francisco Alabi, aseguró que los estudios de la vacuna están en fase tres, a la espera del aval de organismos internacionales, pero que el país no va a ser “conejillo de Indias”, ya que se están cumpliendo todos los estándares que se rigen en todas partes del mundo. Finalmente, indica que inicialmente habrá una cobertura del 99.9 % de la población (Presidencia de la República de El Salvador, 2020p).

El 8 de enero de 2021, dentro de los objetivos de la implementación de la vacunación contra el Sars-CoV-2, el MINSAL establece: 1. Proteger la integridad del personal de salud., 2. Garantizar la operatividad y la infraestructura necesarias, para brindar los servicios esenciales a la población salvadoreña y 3. Reducir la morbilidad severa y mortalidad asociada a COVID-19 (MINSAL, 2020a, p. 9).

Además, como parte de la estrategia de vacunación, se amplía la información sobre los grupos prioritarios (MINSAL, 2020a, pp. 9-10):

1. Adultos mayores de 60 años
2. Personal del Sistema Nacional Integrado de Salud que brinda atención directa a pacientes, así como personal técnico y administrativo.
3. Encargados de la seguridad nacional (PNC, Fuerza Armada, personal de centros penales, fronteras terrestres, marítimas y aéreas) y cuerpos de socorro.
4. Personal docente y administrativo de centros educativos que brinden atención a estudiantes.
5. Personas a partir de los 18 años con enfermedades no transmisibles o con algún tipo de discapacidad.

6. Personal que labora en las instituciones que conforman el Gobierno Central, Corte Suprema de Justicia, Asamblea Legislativa, Gobiernos municipales, autónomas.

Se indica que estas personas serán citadas para la vacunación en cada establecimiento de salud, de acuerdo con su accesibilidad. Que la meta de vacunación a nivel nacional es lograr coberturas por grupo objetivo iguales o mayores al 85%. Y que, de no cubrir la meta diaria de personas citadas a vacunación, se debe implementar el plan de contingencia. Sin embargo, como se verá más adelante, a partir de junio la estrategia de vacunación se centraliza.

Con respecto a la estrategia de vacunación, el MINSAL indica que, por las características de conservación de las vacunas, solamente se considera la vacunación intramural (O adecuarse a los cambios de estrategia que establezca el Programa de Vacunaciones e Inmunizaciones). La vacuna se aplicará en los establecimientos del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (MINSAL, 2020a, p. 10).

Partiendo de lo anterior, el 17 de febrero inicia la aplicación de vacunas en El Salvador, evento que tuvo una gran importancia para el Gobierno de Bukele, tal y como se puede observar en el discurso pronunciado por el mandatario:

Estas vacunas han sido adquiridas 100 % por el Gobierno de El Salvador y la verdad es que, no solo como ustedes han visto, no solo es el hecho de poder adquirir las vacunas, de traer las vacunas, de conseguir las vacunas, de hacer las gestiones internacionales para que las vacunas estén aquí lo más pronto posible que lo que pudimos lograr, sino que, además, como ustedes pueden ver, ha sido una logística completa, el sistema paupérrimo de salud que nos heredaron daba lástima de verdad.

Ustedes veían las llamadas cadenas de frío, las llamadas cadenas de frío que tenía el Gobierno anterior en unos refrigeradores podridos, literalmente, unos refrigeradores podridos, y ahí guardaban la vacunas, las vacunas que utilizamos siempre para la polio, para el tétano, etc.

Sin pandemia nuestros pacientes dormían en el suelo, sin pandemia, no había pandemia, no podían manejar ni el dengue, moría una cantidad inmensa de pacientes de dengue.

Y yo me pongo a pensar: “El Salvador no era así antes” ... ¿cuándo había sido El Salvador así? Ahora, nuestra población puede saber que no somos perfectos, por supuesto, somos seres humanos y vamos a cometer errores, pero el cambio en nuestro sistema de salud, que falta muchísimo por hacer, pero el cambio ha sido en pasos agigantados, ha sido inmenso y es innegable (Bukele, 2021).

Resaltando la gestión proactiva del gobierno en la adquisición de vacunas, el Presidente Bukele enfatizó el papel fundamental que ha desempeñado su administración en este proceso crucial. Para el mandatario, la adquisición de vacunas ha sido una prioridad absoluta que se ha implementado con total eficacia durante su mandato.

Sumado a esto, tal y como lo indican Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, el gobierno adoptó una narrativa fundacional contra los legados sectoriales del país. El presidente Bukele afirmó enfáticamente que había que hacer todo de nuevo porque el sistema de salud estaba en pésimas condiciones (Martínez Franzoni & Sánchez Ancochea, 2024).

El mismo 17 de febrero, el Ministro de Salud, Francisco Alabi, anuncia que la vacunación contra el COVID-19 se realizará en tres fases para llegar a 4,5 millones de salvadoreños. La fase primera fase da inició con la vacunación del personal de primera línea. La segunda fase incluirá a adultos mayores de edad y personas con enfermedades crónicas, grupos considerados de alto riesgo. Finalmente, la tercera fase se expandirá a la población entre 18 y 54 años, completando la vacunación de la población adulta. En ese momento, la vacunación de mujeres embarazadas y menores de edad no estaba contemplada, ya que la vacuna aún se encontraba en fase de estudio para estos grupos (Presidencia de la República de El Salvador, 2021a).

En el mes de febrero, además de dar inicio la campaña de vacunación en el país, se llevan a cabo las elecciones legislativas y municipales. Este es un punto de inflexión en la trayectoria de Nayib Bukele, la bancada de Nuevas Ideas alcanza una mayoría calificada en la Asamblea: 54 diputados, “lo necesario para ser imparables en el primer órgano de Estado” (El Faro, 2021a).

De acuerdo con Dada et al (2021), el presidente Nayib Bukele “culminó su reconfiguración del mapa político salvadoreño” con una decisiva victoria electoral. Los autores definen el resultado de las elecciones como un terremoto político, ya que, en apenas dos años, “Bukele ha relegado a la intrascendencia a las dos grandes fuerzas políticas de la posguerra, Arena y el FMLN, y encumbrado a Nuevas Ideas a la cima del sistema político en su primera elección. Y lo ha hecho él.”. Destacan que este “triunfo no tiene precedentes en la historia democrática de El Salvador, donde Arena había obtenido la bancada más numerosa, con 39 diputados tras las elecciones de 1994” (El Faro, 2021a).

Tras las elecciones, la campaña de vacunación sigue su curso, centrando sus esfuerzos en la adquisición de vacunas. Es crucial recordar que, a principios de 2021, si bien algunos países de la región habían recibido lotes de vacunas, estos aún no eran suficientes. En este contexto, el gobierno salvadoreño anuncia Nayib Bukele tiene garantizada la adquisición, de alrededor del 78 % de las vacunas contra la Covid-19, para inmunizar a 4.5 millones de salvadoreños (Presidencia de la República de El Salvador, 2021h).

El mes de abril de 2021 es particularmente intenso en términos de acciones para la administración de la vacuna. El 6 de abril, el Ministro de Salud presentó la página web "<https://www.vacunacioncovid19.gob.sv/>", habilitando un portal para que los salvadoreños, según su grupo etario, agendaran su cita para recibir la vacuna (MINSAL, 2021a).

El 8 de abril, El Salvador anunció el inicio de la Fase 2 del Plan Nacional de Vacunación. Esta etapa tiene como objetivo inmunizar a los adultos mayores de 50 años y a personas con enfermedades crónicas degenerativas no controladas. El gobierno salvadoreño destacó que, hasta la fecha, ya se había aplicado la primera dosis al primer grupo de riesgo: el personal de primera línea contra la pandemia. Reiteró su compromiso de completar la vacunación del 100% de los 4.5 millones de salvadoreños objetivo a lo largo del año, manteniendo un ritmo que permitiría al país ser uno de los primeros en alcanzar la inmunidad colectiva (Presidencia de la República de El Salvador, 2021b).⁹

El 13 de abril se llevó a cabo la inauguración del “Megacentro de Vacunación” anti-Covid-19, el cual forma parte de la Fase 3, del Hospital El Salvador. El presidente Bukele aseguró que es el más grande de Latinoamérica, con una superficie de 18,000

⁹ Es importante tomar en cuenta el titular de este tipo de comunicados de prensa: “Presidente Nayib Bukele habilita a personas mayores de 70 años programar cita para vacuna contra COVID-19” en el que se evidencia el peso otorgado a la figura de Bukele.

metros cuadrados y está equipado con áreas de espera y observación. También, subraya que su objetivo es agilizar el proceso de vacunación, permitiendo un control digital eficiente de los salvadoreños vacunados (MINSAL, 2021c).

En este contexto, el gobierno salvadoreño destaca los esfuerzos realizados para mantener el proceso de vacunación “universal, gratuito y voluntario”. La Presidencia de la República anuncia que siguen llevando a cabo una vacunación masiva, en los 162 centros habilitados por el Gobierno del Presidente Nayib Bukele. Se destaca que el país había logrado vacunar a 49 441 personas en un solo día, de las cuales, 8 244 fueron atendidas en el Megacentro de Vacunación del Hospital El Salvador, obra “que el Gobierno dejará como un legado y muestra del compromiso con la vida y la salud de la población”(MINSAL, 2021d).

Sin embargo, al mismo tiempo, surgieron dudas sobre la forma en que el Gobierno vacunó a miles de personas en un solo día. Por un lado, se anunció que el hospital más grande de Latinoamérica se convertiría en un “Megacentro de Vacunación”. Sin embargo, también se cuestionó la logística de llevar a cabo una vacunación masiva en un solo establecimiento.

El primer día de funcionamiento del “Megacentro de Vacunación” no había claridad en la estrategia de atención. Se les indicó a las personas que se programarían citas, así como puntos de encuentro y traslado por toda la zona metropolitana, desde donde miles de personas, adultos mayores en su mayoría, serían movilizadas al Megacentro para recibir su dosis. Sin embargo, en los puntos de encuentro se registraron aglomeraciones -el de Metrocentro fue el punto de salida en el que se vivió más caos- y el transporte asignado excedió sus posibilidades (El Faro, 2021b).

Las personas que finalmente lograron llegar al vacunatorio debieron esperar en largas filas, que se prolongaron horas, sin contar con información básica. No fueron contemplados “los riesgos de una aglomeración en tiempos de pandemia, o de haber sufrido insolación o algún golpe por un mal movimiento al intentar abordar el transporte” (El Faro, 2021b). Pese a esto, no parecían cuestionar ¿por qué no recibir la vacuna en una unidad de salud cercana a su casa? (El Faro, 2021b).

Ante esta situación, el infectólogo Iván Solano Leiva, miembro del Colegio Médico y del Comité Asesor en Prácticas de Inmunizaciones (CAPI), argumenta que no existe un plan nacional de salud conocido y que el MINSAL no ha tomado en cuenta a los técnicos de salud pública ni a la academia, en el diseño de un proceso de vacunación masiva. Solano Leiva cuestiona que se esté utilizando como centro de vacunación un

lugar cerrado, que había sido diseñado para ser un hospital y ahora se ha convertido en un “Megacentro de vacunación”. Finalmente, enfatiza que la centralización de la vacunación es un error (El Faro, 2021b).

A finales de abril, el gobierno de El Salvador anuncia una nueva modalidad de vacunación, los autocentros o los autoservicios de vacunación. Se encontrarán ubicados en el Centro Comercial La Gran Vía en San Salvador, MOPT Santa Ana y MOPT San Miguel, los cuales tienen la capacidad de aplicar más de 300 dosis. El MINSAL destaca que con esta nueva modalidad se garantiza una “estrategia de inmunización ordenada, fluida y eficiente desde los 162 centros de vacunación, el Megacentro y ahora los 3 autocentros de vacunación”. Sin embargo, es importante destacar que sobre los 162 centros de vacunación mencionados, no se tiene información disponible, como por ejemplo, dónde se encuentran ubicados (MINSAL, 2021e).

El 1 de mayo de 2021, junto con el proceso de vacunación, se instaló el nuevo Congreso salvadoreño. El partido oficialista, Nuevas Ideas, ocupó 54 de los 60 escaños legislativos. La primera medida tomada por este órgano fue destituir a los magistrados de la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia (CSJ) y al titular de la Fiscalía General de la República. Esto les permitió controlar los tres poderes de El Salvador, un objetivo que habían buscado desde que asumieron el poder en junio de 2019. Con estas acciones, Bukele consolidó su poder y dio un giro autoritario a su gobierno, silenciando las voces críticas y concentrando el poder en sus manos (Martí i Puig & Rodríguez Suárez, 2024, p. 144).

De acuerdo con los reportes de OWD, para el mes de mayo, el Salvador es el país de la región con mayor porcentaje de población vacunada con una dosis¹⁰. El gobierno continúa insistiendo en la eficacia del ritmo de vacunación que sostiene el país y en las múltiples opciones que el “Gobierno del Presidente Nayib Bukele ha habilitado para los salvadoreños”: visitar un establecimiento de la red de salud pública, llegar al Megacentro de Vacunación del Hospital El Salvador, acudir a uno de los tres autocentros o a través del servicio exclusivo domiciliar para personas con problemas de movilidad (Presidencia de la República de El Salvador, 2021c).

Durante el mes de junio, se reporta un desarrollo eficiente del Plan Nacional de Vacunación. Se comunica una nueva jornada de vacunación en los 166 puntos de

¹⁰ Importante de posicionar para el presidente Bukele, mediante comunicados institucionales titulados: “El Salvador registra la mayor cantidad de personas inmunizadas contra COVID-19 en Centroamérica”.

vacunación habilitados en el territorio salvadoreño, pero da especial énfasis en el “Megacentro de Vacunación” el cual aplica diariamente 10 000 dosis de vacunas. Sin embargo, no se conocen cuáles otros centros están funcionando más allá de este y los tres de autoservicio (Presidencia de la República de El Salvador, 2021d).

El 9 de julio de 2021, se indica que el presidente Nayib Bukele, ha habilitado la vacunación contra Covid-19 para las personas mayores de 18 años, lo que abre la posibilidad de inmunización para toda la población que está pendiente, excepto menores de edad y embarazadas. Como parte de este anuncio, también se reitera que El Salvador se ha posicionado en la región por contar con la mayor cantidad vacunas disponibles y de dosis aplicadas (Presidencia de la República de El Salvador, 2021e). Cabe recordar que el mes de julio fue en el que un mayor número de dosis arribó a El Salvador.

El gobierno también subraya que El Salvador es el primero de la región en abrir por completo la vacunación para todos los grupos, habiendo todavía países que no han logrado concluir la vacunación del personal de la primera línea (Presidencia de la República de El Salvador, 2021f) (MINSAL, 2021f).

El 19 de julio, hay otro acontecimiento importante para comprender lo ocurrido en El Salvador. Después de dos años de haber lanzado el Plan Control Territorial, ante el repunte de la violencia registrado en días recientes, que incluye la masacre de cuatro supuestos estudiantes, el Presidente de la República, Nayib Bukele, anuncia la Fase IV de esta política. De acuerdo con las declaraciones del mandatario, el desarrollo de esa fase durará cinco años y ha sido denominada “Incursión”. Se caracteriza por el ingreso a sectores dominados por pandillas y de difícil acceso (La Prensa Gráfica, 2021).

A partir de este momento, el Plan de control territorial empezará a tomar protagonismo en la agenda del gobierno de Bukele, hasta que, en marzo del 2022, Asamblea Legislativa declara Régimen de Excepción. La preponderancia dada a esta política podría contribuir a explicar la pérdida de interés que pudo tener un líder como Bukele con respecto al desarrollo de la vacunación.

Durante el mes de agosto, el proceso de vacunación no presenta mayor variación, se continúa enfatizando la cantidad de vacunas adquiridas por El Salvador, así como la cantidad de personas inmunizadas hasta el momento, que de acuerdo con el MINSAL, ascienden a 1 500 000 personas que cuentan con el esquema completo. El MINSAL hace un llamado a la población acuda a vacunarse a los más de 166 centros habilitados (MINSAL, 2021g). Sin embargo, como se ha reiterado, no se presenta información de cuáles son estos.

El único elemento novedoso para este momento es el anuncio del certificado de vacunación como un servicio adicional a la vacunación. El Presidente de la República, Nayib Bukele, informó que se encuentra disponible el Certificado Digital de Vacunación Covid-19 para las personas que han completado el esquema completo con dos dosis aplicadas (MINSAL, 2021h).

En setiembre se registran dos elementos importantes del proceso de vacunación. Primero, el gobierno anuncia que se habilita la tercera dosis o dosis de refuerzo de la vacuna contra la Covid-19, gracias a que se cuenta con la capacidad para administrarla a toda la población que se aplicó sus 2 dosis (MINSAL, 2021i). Segundo, el MINSAL anuncia jornadas móviles de vacunación en diversos puntos del país, con objetivo de que la población complete su esquema de inmunización.

El MINSAL comunica que se tendrán disponibles en total 183 puntos de vacunación en todo el territorio. Se destacan los centros móviles de los municipios de Armenia, Salcoatitán y Santo Domingo de Guzmán; del departamento de Sonsonate, Santa Ana y Coatepeque; Santa Ana, Ahuachapán y Turín; Ahuachapán, Tejutepeque; Cabañas, Santo Domingo; San Vicente y Zacatecoluca; La Paz, los cuales han instalado en los parques centrales de estas localidades. Estos se diferencian de los 160 centros de vacunación, ya que no será necesario hacer cita. Los lugares donde se llevarán a cabo estas jornadas serán anunciados diariamente a través de las redes sociales oficiales (MINSAL, 2021j).

Posterior a esta nueva medida, en octubre se anuncia la vacunación casa por casa. El Viceministro de Gestión y Desarrollo en Salud, menciona que las jornadas casa por casa permiten la búsqueda de personas que no se han vacunado. En estas jornadas se contempla solamente la aplicación de primeras dosis, para quienes no pueden “trasladarse a los lugares de vacunación o a las unidades” (MINSAL, 2021k).

A partir de octubre, la información sobre el proceso de vacunación se enfoca en la recepción de los lotes de vacunas restantes, así como en ofrecer actualizaciones sobre el número de personas vacunadas. El 24 de noviembre de 2021, el gobierno de El Salvador afirma que, en 9 meses, los equipos del Presidente Nayib Bukele han logrado vacunar con el esquema completo al 70 % de la población. Es importante destacar que este dato no coincide con los reportes presentados por OWD, que para este momento registra un 64.06%, sin embargo, como se ha explicado anteriormente, este es parte de los retos de acceso a la información en estos países y en un contexto como el de la pandemia.

En diciembre, el gobierno de El Salvador concluye el año señalando que país lleva la delantera en la región con respecto a la aplicación de la tercera dosis de la vacuna, por lo que los salvadoreños son el grupo poblacional mejor protegido del área (Presidencia de la República de El Salvador, 2021g). Si bien para diciembre esta afirmación es correcta, ya que el Salvador registraba un 15.47% de población con al menos una dosis de refuerzo, mientras que el resto de los países no alcanzaba el 10%, a lo largo del 2022, El Salvador pasará a formar parte del grupo de países con menor sostenibilidad del proceso de vacunación.

Como se ha venido indicando, a partir del último trimestre del 2021 y especialmente a lo largo del 2022, la información sobre los avances en la vacunación se hizo menos frecuente y la curva de personas vacunadas, especialmente con la segunda y tercera dosis, se estancó.

La disminución en el ritmo de vacunación en El Salvador durante el último trimestre de 2021 puede explicarse analizando las características propias de los regímenes no democráticos y su aproximación a la formulación de políticas públicas. En el caso salvadoreño, la estrategia inicial de vacunación representó una "política espectacular", común en regímenes autoritarios: la adquisición masiva y temprana de vacunas, junto con la implementación del "Megacentro de Vacunación", ejemplifican acciones de alto impacto mediático que permitieron a Bukele fortalecer su imagen como líder eficaz en la gestión de la crisis. Esta fase inicial de la vacunación coincidió con un momento de alta visibilidad política y relevancia simbólica de la pandemia en la agenda pública.

Sin embargo, conforme avanzó 2021, otros temas comenzaron a ganar prominencia en la agenda política del régimen, particularmente el Plan de Control Territorial. Este desplazamiento de prioridades evidencia cómo los regímenes no democráticos tienden a moverse de una cuestión simbólica a otra, concentrando sus recursos y atención en aquellos temas que ofrecen mayores réditos políticos en cada momento. Pero, además, contribuye a explicar el cambio en los indicadores de las dimensiones de suficiencia y sostenibilidad.

En el 2022, se registra un ritmo de vacunación diario que solo se presentó al inicio del proceso, cuando el número de vacunas disponibles era todavía limitado (ICEFI, 2022b, p. 6). Además, de los 84 comunicados institucionales emitidos por el Ministerio de Salud relativos a la vacunación, 2 corresponden al 2020, 74 al 2021, 3 al 2022 y 5 al 2023. Hay una evidente concentración de la información en el año 2021.

Durante el 2022, la estrategia de vacunación no presentó variaciones en comparación a lo registrado al último trimestre del 2021. Con algunas excepciones, por ejemplo, en marzo de 2022 se anuncia la disponibilidad de la cuarta dosis, siempre poniendo énfasis a la excepcionalidad de la gestión del gobierno de Bukele. Las declaraciones del presidente anuncian que El Salvador se convierte en el primer país del mundo que pone a disposición de toda su población, la cuarta dosis contra el COVID 19, ya que algunos países ya la ponen, pero solamente a grupos poblacionales específicos (Presidencia de la República de El Salvador, 2022a).

También, a diferencia del 2021, en el 2022 se destaca la vacunación a escala local, por ejemplo, se menciona la vacunación casa a casa y a la disposición de las vacunas en los centros de salud, sin embargo, este cambio en la estrategia se lleva a cabo en un contexto en el que la campaña de vacunación no parece formar parte de las prioridades del gobierno salvadoreño, ya que la movilización de recursos y acciones se reduce considerablemente.

En abril de 2022 se anuncia que el Ministerio de Salud (MINSAL) inició jornadas preventivas de vacunación en la urbanización Cumbres de San Bartolo, llevando las dosis directamente a las comunidades (Presidencia de la República de El Salvador, 2022b). Posteriormente, en junio, se comunicó que todos los centros de salud contaban con las vacunas necesarias para continuar atendiendo a la población que lo requiriera (Presidencia de la República de El Salvador, 2022c). También, en el mes de julio se destaca que lejos de limitar el acceso a las vacunas, el Gobierno ha ampliado las opciones para la población, ya que las personas pueden acudir sin cita previa a cualquiera de las unidades de salud para recibir su dosis correspondiente. Además, se destaca que los equipos de salud continúan recorriendo todo el territorio nacional para acercar las vacunas a las comunidades, asegurando que todos tengan la oportunidad de protegerse contra el virus (Presidencia de la República de El Salvador, 2022d).

Finalmente, en setiembre del 2022, el gobierno destaca que gracias a que la estrategia de vacunación contra el COVID-19 no se ha detenido en El Salvador, más del 80 % de la población ya se aplicó al menos dos dosis y que los esfuerzos se mantienen para continuar con la baja en los contagios. Sin embargo, como se pudo observar en los indicadores relativos a suficiencia y sostenibilidad presentados en el capítulo anterior, El Salvador deja de formar parte de los países con un mejor desempeño en términos de vacunación.

Según datos del ICEFI (2022), al comparar el cierre del primer trimestre de 2022 con el 31 de diciembre de 2021, El Salvador presenta el menor incremento de cobertura de vacunación contra el COVID-19 en toda la región centroamericana. Esta situación enciende las alarmas y urge a las autoridades a revisar y reevaluar las estrategias de vacunación implementadas hasta la fecha, con el objetivo de revertir esta tendencia y proteger a la población de manera efectiva (ICEFI, 2022c, p. 8).

La campaña de vacunación contra la COVID-19 en El Salvador, inicialmente aclamada como un éxito, se enfrentó a una serie de desafíos que eventualmente socavaron su desempeño a largo plazo. El entusiasmo inicial del gobierno de Nayib Bukele por adquirir y distribuir rápidamente las vacunas se vio obstaculizado por elementos institucionales, como la arquitectura de la política de vacunación, así como por elementos políticos, como la volatilidad de las decisiones de un liderazgo como el que representa Bukele.

Desde el principio, la ausencia de un Plan Nacional de Despliegue y Vacunación (PNDV) formal sentó las bases para una implementación inconsistente. Esta carencia se manifestó en una planificación logística inadecuada, evidenciada en el caótico lanzamiento del "Megacentro de Vacunación" en el Hospital El Salvador. La estrategia de centralización, aunque ambiciosa, resultó problemática. Los ciudadanos, se enfrentaron a aglomeraciones, largas esperas y dificultades de transporte, poniendo de manifiesto las limitaciones de concentrar los esfuerzos en un solo lugar.

La falta de transparencia y claridad en la información agravó estos problemas. Aunque el gobierno mencionaba repetidamente la existencia de 162 centros de vacunación, la ausencia de detalles sobre su ubicación y funcionamiento generó confusión entre la población. Esta opacidad informativa se intensificó con el tiempo, cuando la frecuencia y el detalle de los comunicados sobre el progreso de la vacunación disminuyeron notablemente a partir de finales de 2021.

La marcada atenuación del sentido de urgencia en la campaña de vacunación por parte de la administración Bukele se vio notablemente acentuada por una aparente reorientación de las prioridades gubernamentales. Este giro estratégico, que se manifestó a mediados de 2021, se caracterizó por un desplazamiento del foco de atención hacia el Plan de Control Territorial. Dicha reorientación tuvo como consecuencia potencial la relegación de la campaña de vacunación a un plano secundario en la agenda política nacional.

Este cambio de enfoque no solo representó una modificación en la asignación de recursos, sino que también simbolizó una transformación en la narrativa gubernamental y en la percepción pública de las prioridades nacionales. La prominencia otorgada al Plan de Control Territorial, una iniciativa de seguridad pública de gran envergadura pareció eclipsar la anteriormente prioritaria campaña de inmunización contra la COVID-19.

Además, la exclusión de expertos en salud pública y académicos en el diseño del proceso de vacunación masiva privó a la campaña de valiosos conocimientos y perspectivas que podrían haber ayudado a anticipar y mitigar muchos de estos obstáculos.

La confluencia de los factores anteriormente mencionados derivó en una notable desaceleración del proceso de inmunización en El Salvador, particularmente en lo concerniente a la administración de segundas y terceras dosis. Esta trayectoria, que inicialmente se perfilaba como un paradigma de éxito regional en materia de vacunación, se transformó en un caso de estudio ilustrativo de las vulnerabilidades inherentes a los contextos caracterizados por déficits democráticos.

En tales entornos, la volatilidad política y la propensión a implementar cambios estructurales de gran envergadura con mayor frecuencia y magnitud pueden socavar el desempeño de las políticas públicas. Este fenómeno pone de manifiesto las deficiencias de un sistema de formulación e implementación de políticas que carece de mecanismos adaptativos robustos y de contrapesos institucionales efectivos.

La experiencia salvadoreña ejemplifica cómo la ausencia de un marco institucional sólido y democrático puede comprometer la capacidad del Estado para mantener un enfoque coherente y sostenido en políticas cruciales, como la campaña de vacunación contra la COVID-19.

Según datos del ICEFI (2022), al comparar el cierre del primer trimestre de 2022 con el 31 de diciembre de 2021, El Salvador presenta el menor incremento de cobertura de vacunación contra el COVID-19 en toda la región centroamericana. Esta situación enciende las alarmas y urge a las autoridades a revisar y reevaluar las estrategias de vacunación implementadas hasta la fecha, con el objetivo de revertir esta tendencia y proteger a la población de manera efectiva (ICEFI, 2022c, p. 8).

¿Cómo explicar el desempeño de vacunación en El Salvador?

El desempeño de El Salvador en la vacunación contra la COVID-19 refleja una compleja interacción entre el liderazgo político de Nayib Bukele, la capacidad estatal para

la adquisición de vacunas, el régimen político en transición y las arquitecturas de la política de vacunación.

El liderazgo de Bukele, caracterizado por un "autoritarismo milenial", combinó elementos populistas con comportamientos autoritarios y una imagen moderna construida a través de redes sociales. De acuerdo con Meléndez-Sánchez (2021), Bukele puede definirse como un aspirante a autócrata, tomando en cuenta el desacato sistemático de los preceptos democráticos, la deslegitimación deliberada de sus adversarios políticos, la tolerancia o fomento de prácticas violentas, y una manifiesta disposición a restringir las libertades civiles de la oposición, incluida la libertad de prensa. Este estilo le permitió capitalizar la crisis sanitaria para consolidar su poder, presentándose como un líder decisivo y comprometido con la salud pública (Meléndez-Sánchez, 2021, p. 21).

El shock generado por la pandemia de COVID-19 proporcionó al presidente Bukele un contexto propicio para la expansión significativa de las facultades presidenciales, instaurando un estado de excepción como nuevo paradigma (Miranda Baires, 2021). Esta tendencia hacia la centralización del poder alcanzó su punto culminante en las elecciones de 2021, donde el partido oficialista Nuevas Ideas obtuvo resultados que redefinieron drásticamente el panorama político salvadoreño, consolidando el dominio de Bukele y su círculo cercano sobre las instituciones estatales.

Es crucial contextualizar estos comicios dentro de un marco más amplio de transición acelerada hacia prácticas autoritarias, catalizada por la convergencia de tres factores clave: la crisis pandémica, el resurgimiento del militarismo en la esfera política, y la normalización de medidas excepcionales como instrumentos de gobierno cotidiano. Este proceso de transformación política en El Salvador presenta un contraste significativo con la trayectoria de Nicaragua, donde la consolidación del autoritarismo ha sido un proceso gradual desarrollado a lo largo de varios años. En el caso salvadoreño, el proyecto político de Bukele ha logrado precipitar una transición hacia el autoritarismo en un lapso notablemente breve de dos años, aprovechando hábilmente el contexto de disrupción social y económica provocado por la pandemia de COVID-19 para implementar cambios estructurales profundos en el sistema político del país.

La capacidad estatal de El Salvador, particularmente en la adquisición de vacunas, demostró ser decisiva para los resultados alcanzados, especialmente a lo largo del año 2021. El gobierno logró asegurar un suministro temprano y abundante de dosis, posicionando al país inicialmente a la vanguardia de la región en términos de cobertura vacunal. Esta capacidad reflejó la habilidad del régimen para movilizar recursos

rápidamente en situaciones de crisis, una característica común en sistemas con tendencias autoritarias.

Un análisis pormenorizado del ritmo de vacunación diario en El Salvador durante el año 2021 y el primer trimestre de 2022, realizado por el Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI, 2022), revela una trayectoria que se asemeja a una "v" invertida. Esta configuración estadística se caracteriza por un incremento acelerado que alcanza su cima en agosto de 2021, momento en el cual se registró un promedio de más de 72,000 dosis administradas diariamente, un hito significativo en la campaña de inmunización del país (ICEFI, 2022a, p. 5).

Sin embargo, este patrón de crecimiento exponencial fue seguido por una fase de declive igualmente pronunciada. A partir de septiembre de 2021, se observó una tendencia decreciente sostenida en la tasa de vacunación diaria. Esta desaceleración resultó en que, para diciembre del mismo año, los niveles de vacunación diaria se equipararon a los observados en abril, período inicial de la campaña caracterizado por restricciones en la elegibilidad para la vacunación y limitaciones en el suministro de dosis (ICEFI, 2022a, p. 5).

La trayectoria en forma de "v" invertida observada en el proceso de vacunación de El Salvador puede atribuirse, en gran medida, a la excepcional disponibilidad de vacunas que el país logró asegurar durante el primer semestre de 2021. Este suministro, cuantitativamente superior al de otros países de la región centroamericana, estableció condiciones iniciales favorables para una rápida implementación de la campaña de inmunización.

Es notable que, a pesar de las deficiencias en la planificación y la naturaleza centralizada de la estrategia de administración, la campaña de vacunación alcanzó inicialmente altas tasas de cobertura. Este fenómeno puede explicarse, en parte, por una confluencia de factores contextuales. En primer lugar, la población mostraba una elevada predisposición a la vacunación, posiblemente como resultado de la severidad de las medidas de contención implementadas a lo largo de 2020. Estas políticas restrictivas, caracterizadas por su rigor excepcional, pueden haber generado en la ciudadanía una percepción agudizada de la gravedad de la pandemia y, consecuentemente, una mayor receptividad hacia la inmunización como vía de escape de las restricciones y retorno a la normalidad. En segundo lugar, el contexto político favorable, forjado durante los meses previos a la vacunación, facilitó una implementación rápida de la política.

Este caso ilustra cómo, en circunstancias extraordinarias, la convergencia entre una amplia disponibilidad de recursos (en este caso, vacunas) y un contexto favorable a la vacunación, al menos temporalmente, puede compensar otros elementos como la ausencia de una política de vacunación planificada.

La marcada disparidad entre el apogeo de la campaña y su subsecuente ralentización plantea interrogantes significativas sobre la sostenibilidad de las estrategias de vacunación implementadas y los factores que influyeron en esta marcada fluctuación del desempeño del programa de inmunización.

En este sentido, el régimen político en transición hacia un autoritarismo más consolidado evidenció vulnerabilidades significativas. La volatilidad en los procesos decisorios y la propensión a dismantelar políticas y estructuras institucionales preexistentes en favor de iniciativas centralizadas de nueva creación demostraron ser estrategias contraproducentes en el largo plazo. Este fenómeno se manifestó de manera particularmente aguda en El Salvador, donde se observó una marcada concentración del poder ejecutivo.

La formulación e implementación de la política de vacunación quedó supeditada a la voluntad de figuras clave de la administración, notablemente el presidente Nayib Bukele y el Ministro de Salud, Francisco Alabí Montoya. La prominencia de estos actores en la toma de decisiones, especialmente en lo concerniente a la gestión de la pandemia, ilustra la personalización del poder característica de regímenes en transición hacia el autoritarismo. Esta dinámica no solo socavó la institucionalidad democrática, sino que también limitó la capacidad del Estado para responder de manera flexible y sostenida a los desafíos multidimensionales planteados por la crisis sanitaria.

La centralización extrema del proceso decisorio, si bien permitió una respuesta inicial rápida y coordinada, eventualmente se tradujo en una rigidez operativa que obstaculizó la adaptación de las políticas a las cambiantes circunstancias de la pandemia. Si bien los regímenes autoritarios cuentan con condiciones más expeditas para movilizar recursos en una situación de shock y con mucha más “discrecionalidad” para su asignación, también el riesgo de error o imprudencia aumenta (O’Donnell et al., 2015b, p. 181).

El análisis de las arquitecturas de la política de vacunación en El Salvador, particularmente en lo que respecta a los componentes de financiamiento y provisión de servicios, también contribuye a explicar el desempeño alcanzado por el país. En primer lugar, la pregunta “¿Quién paga y cómo?” nos lleva a considerar la estrategia de

diversificación de fuentes de suministro adoptada por El Salvador. Esta diversificación no solo se refiere a la variedad de proveedores de vacunas, sino también a los mecanismos de adquisición empleados. El país logró combinar eficazmente compras directas, donaciones bilaterales y participación en iniciativas globales. Esta aproximación le permitió a El Salvador, a lo largo del primer semestre de 2021, contar con las dosis necesarias para ser uno de los primeros países en vacunar al 50% de su población con una dosis.

Por otro lado, en el componente de provisión del servicio, el gobierno salvadoreño priorizó una estrategia de vacunación basada en “la gente a la vacuna” y no “la vacuna a la gente”, lo cual contribuye a explicar por qué indicadores del país empezaron a estancarse. De acuerdo con las declaraciones de un experto en el área que trabaja en el Ministerio de Salud, recopiladas por El Faro, “la vacunación no debe estar centralizada y tampoco se tomó en cuenta la opinión de los técnicos con experiencia en vacunación que podrían haber ayudado a generar un plan idóneo”. Este profesional reitera que “La vacuna tiene que ir a la persona. La mejor manera de ponerla en los brazos de la gente es acercándola a la gente”, especialmente si se toma en cuenta que “El Salvador cuenta con una larga historia de vacunación exitosa gracias al trabajo de personal como los promotores de salud, que por años han sabido mapear el territorio” (El Faro, 2021b).

Esta observación encuentra resonancia en el análisis crítico de la salubrista Karin Slowing, quien señala una oportunidad desaprovechada en la respuesta salvadoreña a la pandemia. Según Slowing, “desafortunadamente, El Salvador desaprovechó la oportunidad de enfrentar la pandemia con las armas comunitarias que le dejó la reforma de salud de la última década” (Romero, 2020). Lo anterior subraya la existencia de recursos y estructuras de salud comunitaria preexistentes, fruto de reformas anteriores, que podrían haber sido instrumentales en la gestión de la crisis sanitaria.¹¹

En marcado contraste con esta perspectiva, la administración de Bukele adoptó una postura de ruptura radical con las políticas y estructuras heredadas. Esta aproximación, caracterizada por un rechazo sistemático a las iniciativas asociadas con

¹¹ La Reforma de Salud Basada en la Atención Primaria de Salud (APS) El Salvador, implementada en 2010, logró avances significativos en varios aspectos clave del sistema sanitario. Entre sus principales logros se destacan la instauración de la gratuidad en la atención, la reducción notable de la tasa de mortalidad materna, la mejora en las coberturas de vacunación infantil y la ampliación de la cobertura del primer nivel de atención mediante el despliegue de equipos comunitarios. Además, se observó un incremento sustancial en el gasto nacional en salud, la creación de miles de nuevas plazas para trabajadores de salud y el fomento de la participación ciudadana a través del Foro Nacional de Salud (Reyes, 2018)

gobiernos anteriores, refleja una tendencia hacia la discontinuidad en la política pública. Tal enfoque, si bien puede presentarse como una renovación necesaria, conlleva el riesgo de descartar valiosas capacidades institucionales y comunitarias desarrolladas a lo largo del tiempo.

El caso salvadoreño pone de manifiesto cómo un liderazgo autoritario puede movilizar recursos eficazmente en situaciones de crisis, pero también cómo la falta de contrapesos institucionales y la volatilidad en la toma de decisiones pueden socavar la eficacia a largo plazo de las políticas públicas. La transición hacia un régimen más autoritario, si bien facilitó acciones rápidas y decisivas al inicio de la crisis, también propició un sistema de formulación de políticas poco adaptativo y resistente a incorporar experiencias y estructuras preexistentes que podrían haber sido beneficiosas.

En última instancia, el desempeño de El Salvador en la vacunación contra la COVID-19 subraya la importancia de equilibrar la capacidad de acción rápida con estrategias sostenibles y adaptativas, así como la necesidad de estructuras institucionales que promuevan la continuidad y eficacia de las políticas públicas más allá de los ciclos políticos o las crisis inmediatas.

Nicaragua: Del rezago inicial a la aceleración progresiva

El análisis del desempeño de Nicaragua en la implementación de su estrategia de vacunación contra la COVID-19 revela una trayectoria dinámica y compleja. Como se expuso en el capítulo anterior, el país exhibe un desempeño intermedio en términos del promedio de calificaciones en los indicadores de cobertura, suficiencia y equidad. No obstante, un examen más detallado de cada dimensión individual sugiere una narrativa de progreso significativo a partir de un inicio tardío.

Los resultados de desempeño en dimensión de cobertura muestran un marcado rezago inicial en su implementación. No obstante, los indicadores de suficiencia y sostenibilidad posteriormente exhiben una mejora sustancial en el desempeño del país, evidenciando una trayectoria de progreso significativo a lo largo del tiempo.

Esta evolución positiva se corrobora con los datos más recientes proporcionados por Our World in Data (OWD) en mayo de 2023. Estos reportes indican tasas de vacunación notables: un 90.1% de la población ha recibido al menos una dosis, un 87.66% cuenta con el esquema completo de dos dosis, y un 41.63% ha accedido a al menos una dosis de refuerzo. Estas cifras son particularmente relevantes considerando el contexto inicial de retraso en el despliegue de la campaña de vacunación.

La marcada discrepancia entre el inicio tardío y los niveles actuales de cobertura vacunal suscita interrogantes fundamentales sobre los mecanismos y estrategias que permitieron a Nicaragua superar su rezago inicial y alcanzar tales niveles de inmunización. La elucidación de este proceso de recuperación y aceleración es crucial no solo para contextualizar adecuadamente los datos presentados, sino también para extraer lecciones para otros casos que enfrenten desafíos similares en sus campañas de vacunación.

Rezago en el inicio de la vacunación en Nicaragua

Al igual que en el caso salvadoreño, para el caso nicaragüense, resulta necesario establecer una distinción clara entre la política de vacunación y el proceso general de atención a la pandemia.

La política de vacunación, centrada en la administración sistemática de dosis para generar inmunidad poblacional, opera bajo parámetros distintos a los del proceso general de atención pandémica, que abarca un espectro más amplio de intervenciones, incluyendo el diagnóstico, el tratamiento y las medidas de contención viral. Una evaluación que no distinguiera entre estos dos aspectos correría el riesgo de oscurecer los logros o desafíos específicos de cada dominio, potencialmente conduciendo a conclusiones imprecisas sobre la respuesta nacional a la crisis sanitaria.

No obstante, para una comprensión y explicación del proceso de vacunación, es fundamental contextualizarlo dentro del panorama más amplio de la atención pandémica que precedió a su implementación. Este análisis retrospectivo requiere una consideración detallada de los elementos clave que caracterizaron el primer año de gestión de la crisis sanitaria en Nicaragua. Este período adquiere una significación particular por dos razones fundamentales: la ausencia de una vacuna contra el SARS-CoV-2 y la adopción de una estrategia de contención basada primordialmente en la responsabilidad individual.

El enfoque distintivo de Nicaragua en el manejo inicial de la pandemia merece un examen minucioso, dado que sus implicaciones trascienden la fase pre-vacunación, ejerciendo una influencia potencial sobre la subsecuente implementación y recepción de la campaña de inmunización. Esta aproximación única a la gestión de la crisis sanitaria puede haber configurado el terreno sobre el cual se desplegó posteriormente la estrategia de vacunación, influyendo en aspectos cruciales como la percepción pública del riesgo, la confianza en las instituciones sanitarias, la disponibilidad de vacunas, la formulación

de la política de vacunación o la disposición de la población a participar en programas de inmunización masiva.

Una estrategia singular

La estrategia inicial de Nicaragua en la contención de la COVID-19 puede explicarse a través de las dinámicas propias de un régimen altamente centralizado, donde la concentración del poder en la pareja Ortega-Murillo determinó la naturaleza y alcance de las medidas adoptadas.

La subordinación de las decisiones a la voluntad política de estas figuras de autoridad se manifestó en una respuesta inicial que contravenía abiertamente las recomendaciones internacionales. La decisión de no implementar restricciones de movilidad o la promoción eventos masivos reflejaba no tanto una evaluación técnica de la situación sanitaria, sino las preferencias políticas del liderazgo, que optó por minimizar la gravedad de la pandemia.

A principios de 2020, el gobierno de Nicaragua mostró cierta iniciativa para enfrentar la amenaza del COVID-19. El 30 de enero de 2020, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) anunció la creación de una comisión interinstitucional liderada por el gobierno para abordar la potencial llegada del virus. En marzo del mismo año, se lanzó el Programa Nacional de Emergencia para la Prevención y Contención del COVID-19 (Rodríguez Pacas, 2021, p. 68).

Sin embargo, la participación de intelectuales y científicos en la creación de marcos regulatorios para la contención del virus fue limitada, y aquellos que abogaban por medidas más restrictivas y una mejor planificación enfrentaron amenazas y hostigamiento por parte de las autoridades (Rodríguez Pacas, 2021, p. 68).

El 18 de marzo de 2020, la Vicepresidenta de Nicaragua, Rosario Murillo, comunica el primer caso positivo en Coronavirus. Por medio de un comunicado de prensa del medio institucional “El 19 Digital”, Murillo señala que: “se está atendiendo al paciente, también se están aplicando todos los protocolos de atención médica y de protección a los trabajadores de la salud” (El 19 Digital, marzo, 2021).

En el plano del liderazgo político, Ortega asumió predominantemente un rol soberano, pero también simbólicamente negativo al inicio de la pandemia. Su prolongada ausencia física de la escena pública durante los primeros meses críticos de la crisis sanitaria, combinada con la minimización sistemática de la gravedad de la situación, demostró una falta de disposición y capacidad para crear sentido frente a la emergencia.

Para mayo del 2020, el Gobierno de Nicaragua publica el documento "Al pueblo de Nicaragua y al mundo - Informe sobre el Covid-19 y una estrategia singular-Libro Blanco", elaborado por la Secretaría Privada para las Políticas Nacionales de la Presidencia de la República de Nicaragua. Este informe reúne las políticas públicas y el modelo de salud de Nicaragua para hacerle frente a la pandemia, el cual es caracterizado como único en el mundo por su enfoque preventivo y proactivo en la atención de personas, familias y comunidades (Presidencia de la República de Nicaragua, 2020, p. 3).

Sumado a esto, el informe resalta la estrategia de equilibrio entre la pandemia y la economía, enfatizando la lucha contra el coronavirus sin cerrar la economía para proteger a la población rural y al sector informal, ubicando a Suecia como un modelo a seguir en la gestión de la emergencia sanitaria. El documento argumenta que Suecia y Nicaragua representan alternativas al "lockdown" total, con un enfoque en mantener la sociedad funcionando de manera equilibrada entre la salud pública y la economía (Presidencia de la República de Nicaragua, 2020, pp. 14-15).

Esta arbitrariedad en la toma de decisiones se evidenció además en la falta de transparencia y el ocultamiento deliberado de información epidemiológica. Las autoridades nicaragüenses, en lugar de basarse en criterios técnicos o científicos, priorizaron una narrativa que respondía a los intereses políticos del régimen, clasificando las muertes por COVID-19 bajo otras causas y manteniendo un subregistro significativo de casos

La estrategia de Nicaragua para enfrentar la pandemia de COVID-19 generó preocupación en diversos sectores, como lo evidencia un artículo publicado en julio de 2020 por la revista Expediente Público (Expediente Público, 2020a). Este artículo argumenta que, a pesar de las afirmaciones del gobierno nicaragüense, su manejo de la crisis dista mucho del modelo sueco. Se señalan diferencias significativas entre ambos países en áreas cruciales como la inversión en salud y educación, donde Suecia supera ampliamente a Nicaragua en términos de gasto per cápita.

Además, el artículo resalta contrastes notables en la transparencia de datos y las condiciones sociales. Mientras Suecia ha sido elogiada por su transparencia en la gestión de la salud durante la pandemia, Nicaragua enfrenta discrepancias entre las cifras oficiales y los conteos independientes de casos y muertes por COVID-19. Las condiciones de vivienda y el hacinamiento en Nicaragua también se presentan como factores que podrían influir negativamente en la propagación del virus. Por último, se cuestiona la efectividad de aplicar un protocolo similar al sueco en Nicaragua, dadas las diferencias culturales,

económicas y sociales entre ambos países, además de mencionar problemas como el despido y la represión del personal de salud (Expediente Público, 2020a).

Sumado a esto, autores como Silva (2020), indican que en Nicaragua, prácticamente se hizo caso omiso de lo que recomendaba la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), incumpliendo inclusive el Reglamento Sanitario Internacional. Esto, debido a que el gobierno desde el inicio apostó a lograr la inmunidad de rebaño, o inmunidad colectiva (Silva, 2020, p. 184).

En esta misma línea, Expediente Abierto (2021) resalta que, en contraste con las medidas adoptadas por otros países de la región para contener la pandemia de COVID-19, el gobierno de Nicaragua no implementó ninguna restricción de movilidad o cuarentena hasta finales de noviembre de 2021. De hecho, el gobierno promovió activamente la realización de actividades culturales y manifestaciones políticas partidarias (Expediente Abierto, 2021, p. 9)

Además del cuestionamiento a la estrategia de homologar el modelo empleado en Suecia, otros autores también destacan que durante la crisis del Covid-19, Nicaragua se caracterizó por mostrar una respuesta política limitada y una capacidad de respuesta débil. A diferencia de otros países de Centroamérica, en Nicaragua no se emitieron decretos ejecutivos de emergencia nacional ni marcos regulatorios específicos para la pandemia. Entre marzo y setiembre de 2020, solamente se contabilizan 3 acuerdos institucionales y 2 resoluciones ministeriales vinculados a la atención de la Covid-19. La falta de anuncios presidenciales o legislativos sobre el COVID-19 es un reflejo de la ausencia de medidas efectivas para hacer frente a la crisis, lo que contribuyó a una evaluación internacional insatisfactoria de la respuesta del gobierno nicaragüense (Rodríguez Pacas, 2021, p. 64).

También, es importante destacar que la gestión de la crisis del COVID-19 en Nicaragua se caracterizó por una marcada centralización en la toma de decisiones por parte del poder ejecutivo. Esta centralización se vio favorecida por el contexto político autoritario del país, donde el aparato estatal se encuentra bajo el férreo control del presidente Daniel Ortega y su esposa, la vicepresidenta Rosario Murillo. El Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN), partido de gobierno, ejerce un dominio abrumador sobre la Asamblea Legislativa y la Corte Suprema de Justicia, lo que limita considerablemente la autonomía institucional (Rodríguez Pacas, 2021, p. 67) (Barrantes Serrano et al., 2021, p. 63)

Esta concentración de poder en el ejecutivo se evidenció en la ausencia de decretos ejecutivos de emergencia nacional o marcos regulatorios específicos para enfrentar la

pandemia. Esta falta de instrumentos legales claros y transparentes dificultó la coordinación de acciones entre diferentes niveles de gobierno y actores sociales, lo que pudo haber impactado negativamente en la capacidad de respuesta del país ante la crisis sanitaria (Rodríguez Pacas, 2021, p. 70).

Sumado a lo anterior, también se recalca la implementación de medidas de seguridad represivas, como parte de la estrategia del Gobierno de Nicaragua para hacerle frente a la pandemia. Desde el estallido social de abril de 2018, las fuerzas represivas del Estado, incluyendo la policía nacional y el ejército, han implementado una serie de acciones que se han intensificado durante la crisis del COVID-19. Estas medidas han tenido como objetivo principal a personas opositoras al gobierno que han criticado la gestión de la pandemia por parte del presidente Daniel Ortega (Rodríguez Pacas, 2021, p. 67).

De acuerdo con Pacas (2021), diversos medios de comunicación locales han documentado casos de hostigamiento y represión contra trabajadores de la salud y líderes comunitarios que brindaban asistencia y suministros médicos a la población. La policía nacional y las fuerzas militares han detenido arbitrariamente a estas personas, confiscando incluso los kits de ayuda que distribuían. Entre los casos más emblemáticos se encuentra el de Esli Cerda, en el municipio de La Conquista de Carazo, a quien se le decomisó su motocicleta por regalar kits de prevención del Covid-19 (Rodríguez Pacas, 2021, p. 67).

Otro aspecto destacado sobre la gestión de la pandemia en Nicaragua es la falta de transparencia y ocultamiento de información por parte del gobierno, lo que generó incertidumbre y desconfianza en la población. A cinco meses de la declaración oficial de la pandemia por COVID-19, el gobierno de Nicaragua, omitiendo las críticas de sectores, optó por una estrategia de opacidad, negando a la población el acceso a datos precisos y confiables sobre el avance real de la enfermedad. Esta actitud hermética, particularmente evidente en el accionar del Ministerio de Salud (MINSAL), generó la percepción de que se trataba de un asunto de seguridad nacional, una sospecha que se vio reforzada por la negativa gubernamental a revelar las cifras reales de contagios y muertes durante este período de la crisis sanitaria (Barrantes Serrano et al., 2021, p. 59).

Producto de este accionar, autores como Barrantes et al. (2021), destacan la minimización deliberada de las muertes por COVID-19, como parte del manejo de la pandemia asumido por el gobierno nicaragüense, que atribuyó el aumento de fallecimientos durante los meses de marzo a junio a enfermedades típicas de la temporada,

principalmente neumonía e hipertensión, las autoridades sanitarias restaron importancia a la gravedad del virus (Barrantes Serrano et al., 2021, p. 61).

Las cifras oficiales, reflejadas en las certificaciones de defunción, mostraron un mayor número de muertes por enfermedades crónicas como las coronarias y diabetes que por COVID-19. Esta estrategia de desinformación por parte del Ministerio de Salud (MINSA) tuvo como consecuencia un ocultamiento deliberado de la magnitud real de la crisis sanitaria (Barrantes Serrano et al., 2021, p. 61)

Al clasificar las muertes por trombosis, infartos al miocardio, hipertensión y diabetes como las causas principales, en lugar de COVID-19, el gobierno no solo negaba la realidad, sino que culpabilizaba de forma indirecta a las víctimas por su propio fallecimiento, sugiriendo que sus enfermedades preexistentes eran la causa principal de su muerte y no el virus (Barrantes Serrano et al., 2021, p. 61).

Lo anterior tuvo como consecuencia un subregistro de casos, ya que las autoridades nicaragüenses reportaron un número de casos confirmados significativamente menor al número real de casos existentes en el país. Este subregistro ha sido objeto de críticas y preocupaciones por parte de expertos y la comunidad internacional debido a su impacto en la gestión de la pandemia y en la implementación de medidas preventivas y de control (Gutiérrez Gutiérrez, 2020, pp. 6-7).

El subregistro de casos dificulta la evaluación precisa de la magnitud de la epidemia en Nicaragua, lo que a su vez limita la capacidad de las autoridades para tomar decisiones informadas y efectivas en la gestión de la crisis sanitaria. Además, esta falta de transparencia en la comunicación de datos puede llevar a una subestimación de la gravedad de la situación y a una subestimación de la necesidad de intervenciones urgentes (Gutiérrez Gutiérrez, 2020, pp. 6-7).

Ante este panorama, en junio del 2020 al menos 34 asociaciones médicas del país emitieron un comunicado urgente llamando a los nicaragüenses a unirse a una "cuarentena nacional" voluntaria. Esta medida se propuso como respuesta al "aumento exponencial" de casos de COVID-19 que había llevado al "colapso" del sistema de salud pública y privada (Luna, 2020).

Los médicos advirtieron que los hospitales se encontraban saturados, con una grave escasez de camas, medicamentos y productos esenciales como el oxígeno. Esta situación crítica comprometía la atención médica de la población y ponía en riesgo la vida de miles de personas (Luna, 2020).

Asimismo, la implementación de medidas dispares y aparentemente contradictorias -como mantener actividades masivas mientras se establecían restricciones selectivas para viajeros- refleja la volatilidad característica de sistemas donde las decisiones dependen más de la discrecionalidad de sus líderes que de criterios técnicos o procesos institucionales establecidos.

La situación descrita hasta el momento empieza a evidenciar algunas variaciones a partir de junio del 2020. Tal y como lo indica Rodríguez Pacas (2021), “un leve cambio en la gestión pública de COVID ocurrió el 14 de junio, cuando el Ministerio de Salud (MINSA) estableció restricciones a la entrada de ciudadanos y visitantes al país” (Rodríguez Pacas, 2021, p. 67), por medio de una resolución ministerial, se determinó que las personas viajeras, tanto nacionales como internacionales que llegaban al país, tenían que presentar una prueba COVID-19 negativa (Rodríguez Pacas, 2021, p. 67).

El informe de agosto de 2020 de la Fundación Nicaragüense para el Desarrollo Económico y Social (FUNIDES) revela, con base en datos del Observatorio Ciudadano Covid-19, una clara disminución en los casos diarios reportados de contagios y muertes por el virus a partir de mediados de junio 2020. De acuerdo con FUNIDES, esto se puede explicar a partir de factores como: la actitud de la población nicaragüense, la reducción en la movilidad de las personas, el receso intersemestral en las escuelas públicas, el apoyo de la sociedad civil y el sector privado así como el cambio de actitud del Gobierno de Nicaragua durante cierto periodo (Fundación Nicaragüense para el Desarrollo Económico y Social, 2020, p. 7).

Sobre el cambio de actitud del Gobierno de Nicaragua, FUNDES destaca una modificación en el discurso oficial del país. Plantea que, en su intervención del 19 de julio, el presidente Daniel Ortega evidenció mayor preocupación por la evolución de la crisis sanitaria en el país. Para FUNDES, este cambio de postura podría explicar la disminución de actividades públicas masivas promovidas por el Estado a finales de mayo e inicios de julio, especialmente aquellas relacionadas con eventos, conmemoraciones y celebraciones religiosas. En contraste, durante este mismo período se incrementó la cantidad de actividades de prevención y manejo del impacto del COVID-19 (Fundación Nicaragüense para el Desarrollo Económico y Social, 2020, pp. 7 y 54).

Lo anterior también evidencia la volatilidad en las medidas de atención de la pandemia por parte de Nicaragua a partir del 2020. Un ejemplo de esto es que entre agosto y setiembre de 2020, el gobierno continúa convocando a actividades masivas, como por

ejemplo, el aniversario de Batalla San Jacinto e independencia centroamericana o las fiestas patrias (El 19 Digital, 2020a).

Paralelamente, en el mes de agosto, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) otorga al Gobierno de Nicaragua un préstamo de 43 millones de dólares, con el objetivo de robustecer el sistema de salud nicaragüense y hacer frente a la crisis del COVID-19. Dicho financiamiento incluía tres áreas de inversión estratégicas: fortalecimiento de la detección y seguimiento de casos, apoyo a los esfuerzos para interrumpir la cadena de transmisión y mejora de la capacidad para brindar servicios de salud (Fundación Nicaragüense para el Desarrollo Económico y Social, 2020, p. 47).

En octubre de 2020, en el marco del avance global en el desarrollo de vacunas contra la COVID-19, el gobierno de Nicaragua se empieza a introducir lentamente en una nueva etapa de la estrategia de contención de la pandemia: la inmunización. El país participó en el Taller de Ética de la Investigación de Vacunas contra la COVID-19 con la presencia del Doctor Carlos Sáenz, Secretario General del Ministerio de Salud, la Doctora Jazmina Umaña, Directora del Programa Nacional de Inmunizaciones y el Equipo de Regulación Sanitaria. En total, participaron 380 enlaces de países de América en este taller promovido por el Programa Regional de Bioética de la OPS (El 19 Digital, 2020b).

La gestión de la pandemia de COVID-19 en Nicaragua durante 2020 y principios del 2021 se caracterizó por una respuesta gubernamental controvertida y divergente de las recomendaciones internacionales. El gobierno nicaragüense adoptó una estrategia que priorizó la continuidad económica sobre las medidas de contención sanitaria, justificando su enfoque como una adaptación del modelo sueco, aunque las diferencias socioeconómicas y de infraestructura sanitaria entre ambos países eran sustanciales. Esta política se tradujo en la ausencia de restricciones de movilidad y la promoción activa de eventos masivos.

Un aspecto crítico de la gestión fue la marcada centralización en la toma de decisiones por parte del ejecutivo, facilitada por el contexto político autoritario del país. En este escenario, el presidente Daniel Ortega asumió predominantemente un rol soberano, pero también desempeñó un papel simbólicamente negativo al inicio de la pandemia. Ortega demostró una falta de disposición y capacidad para crear sentido frente a la crisis sanitaria, minimizando el impacto de la pandemia y careciendo de una estrategia efectiva de contención durante el 2020.

Esta actitud del liderazgo nacional se reflejó en la ausencia de marcos regulatorios específicos para la pandemia y en la implementación de medidas represivas contra voces

críticas, incluyendo personal de salud y líderes comunitarios. Este hostigamiento no solo silenció a actores clave que podrían haber contribuido valiosamente a la respuesta sanitaria, sino que también desalentó la participación de estos mismos agentes en la futura promoción e implementación de la vacunación.

La centralización excesiva en la toma de decisiones y la ausencia de marcos regulatorios específicos para la pandemia revelaron una falta de planificación estratégica. Esta carencia de preparación sistemática también pudo interferir en la etapa de administración de la vacuna. Aunque como se ha mencionado, los regímenes no democráticos se caracterizan por su capacidad para tomar e implementar decisiones de manera más expedita que en los democráticos.

La estrategia gubernamental se caracterizó por una notable falta de transparencia y ocultamiento de información, generando desconfianza en la población y dificultando una evaluación precisa de la magnitud de la crisis. El subregistro de casos, la minimización deliberada de muertes por COVID-19 y la clasificación errónea de causas de fallecimiento generaron preocupación entre expertos y organizaciones de salud. Esta situación puede afectar aspectos claves como la aceptación de hacia las campañas de vacunación, así como una planificación inadecuada en términos de adquisición y distribución de dosis.

La minimización constante de la gravedad de la pandemia por parte del gobierno nicaragüense posiblemente redujo la urgencia percibida de asegurar dosis de vacunas en comparación con otros países de la región. Esto contribuyó a retrasar y dificultar la adquisición de vacunas para Nicaragua, posicionando al país en desventaja en la carrera global por asegurar suministros limitados de inmunizantes contra la COVID-19.

La gestión de la crisis sanitaria por parte de la administración de Daniel Ortega durante el año 2020 estableció un precedente que influyó de manera significativa en la subsiguiente formulación e implementación de la política de vacunación en Nicaragua. Este manejo inicial de la pandemia, caracterizado por una serie de decisiones controvertidas y una marcada divergencia respecto a las recomendaciones internacionales, sentó las bases para un inicio tardío y complejo del proceso de inmunización en el país.

En el contexto de la inmunización global contra la COVID-19, Nicaragua enfrentó un panorama particularmente desafiante. El país se encontraba en una coyuntura marcada por una escasez inicial significativa de dosis de vacunas y la necesidad imperiosa de diseñar e implementar rápidamente una estrategia de inmunización a gran escala. Este

escenario se vio agravado por las consecuencias de las políticas previamente adoptadas en respuesta a la pandemia.

Estrategia de vacunación tardía pero sostenida

Adquisición de la vacuna

Tal como se mencionó previamente, para comprender a cabalidad la vacunación en el contexto de la pandemia por COVID-19, es crucial diferenciarla de otras áreas de atención de la crisis sanitaria. En el caso específico de Nicaragua, mientras que las medidas de contención iniciales implementadas para enfrentar la pandemia fueron inconsistentes y arbitrarias, la política de vacunación ha presentado un rumbo más definido. Este apartado se propone ahondar en las razones que subyacen a esta disparidad.

El análisis del proceso de adquisición de vacunas en Nicaragua revela un patrón característico de los regímenes autoritarios: la pronunciada volatilidad en sus procesos decisorios. Esta dinámica se manifestó en una marcada evolución de la postura gubernamental frente a la inmunización contra la COVID-19 durante el período 2020-2021.

Durante el año 2020, la administración de Daniel Ortega mostró una notoria falta de priorización tanto de la gestión pandémica en general como de la estrategia de vacunación en particular. Esta posición inicial, caracterizada por una relativa indiferencia hacia la crisis sanitaria, contrastó significativamente con la reorientación estratégica observada a lo largo de 2021.

En diciembre de 2020, la adquisición de vacunas contra el COVID-19 se convirtió en un tema central en la agenda global para combatir la pandemia. Nicaragua no fue la excepción, aunque las primeras noticias sobre su estrategia de adquisición no estuvieron exentas de falta de claridad.

El 2 de diciembre, el ministro de Hacienda nicaragüense, Iván Acosta, anunció la disponibilidad de US\$107 millones para la compra de vacunas en 2021, según declaraciones recogidas por La Voz de América. El financiamiento provendría de dos fuentes principales: un acuerdo con el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) por hasta US\$50 millones y otro con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) por cerca de US\$57 millones (Hernández, 2020).

El 17 de diciembre de 2020, la organización de investigación periodística Expediente Público encendió las alarmas sobre la falta de transparencia en las acciones del gobierno de Nicaragua relacionadas con la adquisición de vacunas contra el COVID-

19. Como evidencia de esta falta de claridad, Expediente Público destacó las declaraciones de Dante Mossi, presidente ejecutivo del Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE). Según la organización, al ser consultado por medios nicaragüenses, Mossi afirmó que Nicaragua no había solicitado financiamiento al BCIE para la compra de vacunas contra el COVID-19 (Expediente Público, 2020b).

Si bien en diciembre de 2020 surgieron dudas sobre la participación del BCIE en la adquisición de vacunas para Nicaragua, es importante destacar que solo unos meses después, en abril de 2021, esta institución financiera ya había confirmado su apoyo al país. El BCIE oficializó el otorgamiento de un financiamiento por US\$100 millones a la República de Nicaragua, destinado a la compra de 6.86 millones de dosis de vacunas contra el COVID-19. Este financiamiento permitiría la vacunación de 3.27 millones de nicaragüenses, abarcando el 50% de la población meta priorizada (Banco Centroamericano de Integración Económica, 2021).

El 13 de enero de 2021, el Ministerio del Poder Ciudadano para la Salud de Nicaragua (MINSa), publica el “Proyecto de vacunas COVID-19”, donde detallaba su estrategia para adquirir vacunas. El plan señalaba que, en ese momento, estaban disponibles en el mercado y a través del mecanismo de compra anticipada de COVAX, cuatro vacunas con una eficacia superior al 90%(MINSa, 2021a):

Tabla 23

Proyecto de Vacunas Covid-19 del Gobierno de Nicaragua

Vacuna	Características
Pfizer-BioNTech	Con eficacia del 95%, pero su almacenamiento requiere temperatura de -70°C, que ameritaría un alto presupuesto para la cadena de frío
Moderna	Con eficacia de 94.5%, con almacenamiento de +2 a 8°C y congelación a -20°C, que es compatible con nuestra cadena de frío y requeriría compra de equipos de refrigeración para aumentar la capacidad de almacenamiento del nivel local.
Sputnik V	Con eficacia de 91.4%, con almacenamiento de +2 a 8°C y congelación a -18°C, que es compatible con nuestra cadena de frío y requeriría compra de equipos de refrigeración para aumentar la capacidad de almacenamiento del nivel local.
Oxford-AstraZeneca	Con eficacia de 90%, con almacenamiento de +2 a 8°C y congelación a -18°C, que es compatible con nuestra cadena de frío y requeriría compra de equipos de refrigeración para aumentar la capacidad de almacenamiento del nivel local.
Covaxina (Bharat Biotech),	Vacuna de la India, propuesta por Mechnikov para su comercialización. Enviamos ya nota de aceptación de donación y de interés de compra

Nota: Elaborado a partir de “Proyecto de vacunas COVID-19” (2021)

Partiendo de lo anterior, el MINSA de Nicaragua propone las siguientes cuatro vacunas como las principales opciones para su adquisición:

Tabla 24

Proyecto de Vacunas Covid-19 del Gobierno de Nicaragua

Vacuna	Población meta	Número de dosis	Costo
Sputnik V	1.900.000 personas	3.800.000 dosis	USD \$49,967,250.70, que incluye las dosis de vacuna, costo de fletaje y seguro; así como, costo de insumos (jeringas, cajas de seguridad y algodón), más refrigeración.
Moderna	750.000 personas	1.500.000 dosis	USD \$34,963,914.75, que incluye las dosis de vacuna, costo de fletaje y seguro; así como, costo de insumos (jeringas, cajas de seguridad y algodón), más refrigeración.
Oxford-AstraZeneca	1.081.900 personas	2.163.800 dosis	USD \$29,963,818.79, que incluye las dosis de vacuna, costo de fletaje y seguro; así como, costo de insumos (jeringas, cajas de seguridad y algodón), más refrigeración.
Covaxina (Bharat Biotech),	No indicado	No indicado	Fue enviada nota de aceptación de donación y de interés de compra. Todavía no tenemos información de precios.
Total	3.731.900 personas	7.463.800 dosis	

Nota: Elaborado a partir de “Proyecto de vacunas COVID-19” (2021)

Con base en esta propuesta, el Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSA) tenía como objetivo vacunar a 3.731.900 personas, lo que representaba el 55% de la población total. Cabe destacar que el gobierno enfatizaba que se estaban realizando gestiones adicionales para asegurar el financiamiento necesario para completar la vacunación de toda la población (MINSA, 2021a).

El desempeño de Nicaragua en materia de vacunación durante gran parte del 2021 estuvo severamente condicionado por una pronunciada escasez de inmunizantes, situación que comprometió significativamente la capacidad del país para proteger a su población contra la COVID-19. Esta limitación en el suministro de vacunas puede interpretarse como una consecuencia de la controversial postura inicial adoptada por el gobierno de Daniel Ortega en la gestión de la pandemia.

A partir de febrero 2021, Nicaragua recibe los primeros lotes de vacunas contra la Covid-19. El 24 de febrero de 2020, por medio de un comunicado institucional, se indica que ha arribado al país una donación inicial de la vacuna Sputnik V de la Federación Rusa. La Vicepresidenta Rosario Murillo expresó gratitud por esta donación y aseguró

que las vacunas están resguardadas adecuadamente. También, indicó que se espera la llegada de más dosis a través de programas y convenios con India, la Federación Rusa y el Mecanismo de Covax de la OMS (El 19 Digital, 2021a)

Sumado a esto, Murillo expresa que esta primera donación se utilizará para atender casos urgentes de vulnerabilidad por enfermedades crónicas, como insuficiencia renal, cardiopatías y padecimientos oncológicos, priorizando a las personas más vulnerables. También, que se seguirán protocolos internacionales y nacionales para la vacunación, y se comunicará un cronograma de los planes de protección a la población en los próximos días (El 19 Digital, 2021a).

Cabe destacar que, si bien el primer lote de vacunas fue anunciado en los medios oficiales del Gobierno de Nicaragua, la cantidad exacta de dosis recibidas no se especificó. No obstante, según la organización Expediente Abierto, este primer envío consistió en aproximadamente 6.000 dosis de la vacuna Sputnik V (Expediente Abierto, 2021, p. 23).

En los meses posteriores, Nicaragua continuó recibiendo lotes de vacunas. Sin embargo, debido a la falta de transparencia en la gestión de la información por parte de las autoridades, no se dispone de un informe oficial que detalle la cantidad total de vacunas recibidas durante el año 2021. Para suplir esta carencia, se compiló información de fuentes institucionales como el Ministerio de Salud (MINSa) y la Presidencia de la República. Posteriormente, estos datos se contrastaron con información de instancias como Expediente Abierto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Asuntos Exteriores de la Federación de Rusia. Con base en este trabajo de investigación, se elaboró la Tabla 25:

Tabla 25

Vacunas adquiridas por Nicaragua, 2021

Fecha	Lote	Cantidad	Adquisición	Tipo_Vx	Origen_Vx	Origen_Don
24/2/2021	1	6 000	Donación	Sputnik V	No Occidente	Rusia
8/3/2021	2	200 000	Donación	Covishield	No Occidente	India
16/3/2021	3	135 000	Donación	Covishield	No Occidente	COVAX
15/6/2021	4	120 000	No se reporta	Sputnik V	No Occidente	Rusia
2/7/2021	5	100 000	Compra	Sputnik V	No Occidente	NA
16/7/2021	6	120 000	Compra	Sputnik V	No Occidente	NA
30/7/2021	7	36 480	Donación	AstraZeneca	Occidente	Noruega
6/8/2021	8	97 920	Donación	AstraZeneca	Occidente	España
1/9/2021	9	130 000	Donación	Sputnik V	No Occidente	Rusia
3/9/2021	10	337 700	Donación	AstraZeneca	Occidente	España

11/9/2021	11	199 200	Donación	AstraZeneca	Occidente	España
26/9/2021	12	499 200	Donación	AstraZeneca	Occidente	España
30/9/2021	13	138 000	Donación	Sinopharm	No Occidente	España, Canadá, Alemania, Italia, Francia y Colombia a través de COVAX
15/10/2021	14	38 000	Donación	AstraZeneca	Occidente	Trinidad y Tobago
19/10/2021	15	243 880	Donación	AstraZeneca	Occidente	Panamá
20/10/2021	16	1 200 000	Compra	Abdala y Soberana 02	No Occidente	NA
25/10/2021	17	1 152 000	Compra	Sputnik Light	No Occidente	NA
25/10/2021	18	625 920	Donación	AstraZeneca	Occidente	España
25/10/2021	19	1 440 000	Compra	Sputnik Light	No Occidente	NA
26/10/2021	20	896 000	Compra	Sputnik Light	No Occidente	NA
28/10/2021	21	305 307	Donación	Pfizer	Occidente	Estados Unidos
1/11/2021	22	100 000	Donación	Sputnik V	No Occidente	Rusia
6/11/2021	23	0	Compra	Soberana 02	No Occidente	NA
9/11/2021	24	1 007 160	Compra	Soberana 02	No Occidente	NA
9/11/2021	25	81 600	Compra	Abdala	No Occidente	NA
9/11/2021	26	326 400	Donación	AstraZeneca	Occidente	Canadá
14/11/2021	27	134 400	Donación	AstraZeneca	Occidente	COVAX
15/11/2021	28	636 970	Compra	Soberana 02	No Occidente	NA
15/11/2021	28	387 600	Compra	Abdala	No Occidente	NA
17/11/2021	29	632 400	Compra	Abdala	No Occidente	NA
17/11/2021	29	355 870	Compra	Soberana 02	No Occidente	NA
12/12/2021	30	200 000	Donación	Sinopharm	No Occidente	China
13/12/2021	31	827 190	Donación	Pfizer	Occidente	Francia
17/12/2021	32	1 252 800	Compra	AstraZeneca	Occidente	NA
24/12/2021	33	800 000	Donación	Sinopharm	No Occidente	China
24/12/2021	34	502 550	Donación	AstraZeneca	Occidente	Japón

Nota. Elaboración propia a partir de MINSA, El 19 Digital, OMS y Ministerio de Asuntos Exteriores Rusia (2021)

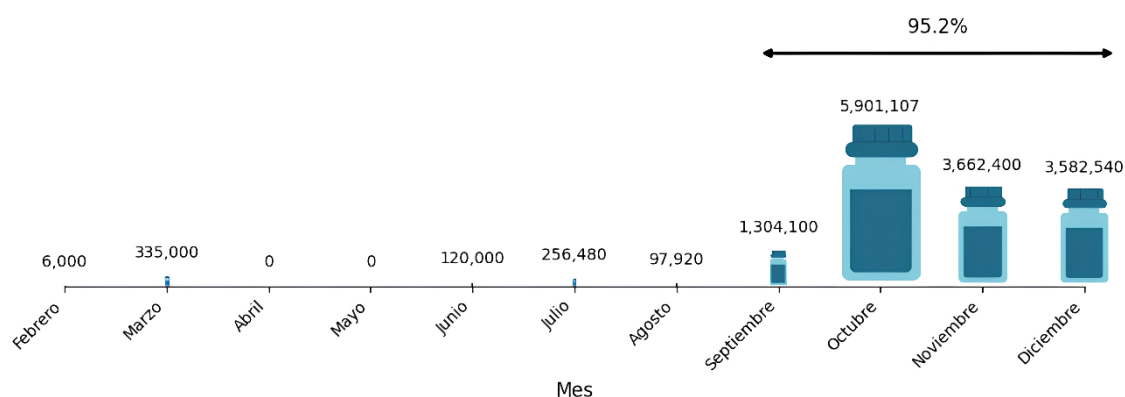
La Tabla 25 revela que, para finales del año 2021, Nicaragua había recibido un total de 15.265.547 dosis de vacunas. Sin embargo, es importante destacar que, para agosto de ese mismo año, la cantidad de vacunas recibidas era considerablemente menor, ascendiendo a solo 815.000 dosis. Esta cantidad únicamente era suficiente para vacunar con dos dosis a aproximadamente el 6% de la población del país, lo que coincide con los

datos de Our World in Data (OWD), que indican que para agosto de 2021, Nicaragua había vacunado con una dosis al 6,38% de su población y con dos dosis al 2,92%.

Tal y como lo evidencia la Figura 9, entre septiembre y diciembre de 2021, Nicaragua experimentó un notable incremento en la recepción de vacunas, recibiendo las 14.450.547 dosis restantes. Con esta cantidad adicional, el país alcanzaba la capacidad de vacunar con dos dosis a 7.225.273,5 personas, lo que representaba más del 100% de su población. Sin embargo, si se toma en cuenta que un pequeño porcentaje de la población ya estaba vacunado para este momento, era posible incluso aplicar dosis de refuerzo.

Figura 9

Total de vacunas recibidas por mes, Nicaragua, 2021



Nota. Elaboración propia a partir de MINSA, El 19 Digital, OMS y Ministerio de Asuntos Exteriores Rusia (2021)

Lo anterior coincide con las declaraciones hechas por el Presidente de Nicaragua, Daniel Ortega, en setiembre de 2021, donde comunica que el Gobierno Sandinista continuará trabajando para fortalecer el sistema de salud en todos sus niveles con el objetivo de seguir combatiendo la pandemia del coronavirus de manera inteligente. Además, anuncia la llegada de más vacunas al país y la aplicación de 400 mil dosis adicionales a partir del 20 de septiembre, lo cual permitirá intensificar la jornada de vacunación voluntaria contra la Covid-19 a otros segmentos de población que no ha sido inmunizada (El 19 Digital, 2021e).

Lo anterior evidencia cómo los regímenes autoritarios pueden reorientar rápidamente sus prioridades y desplegar recursos considerables cuando sus líderes lo consideran políticamente oportuno. El contraste entre la escasez inicial de vacunas y la posterior intensificación del programa de inmunización subraya la naturaleza altamente personalizada de la toma de decisiones en estos sistemas políticos, donde las políticas

públicas pueden experimentar cambios dramáticos en función de los cálculos políticos de sus dirigentes.

En cuanto a la adquisición de vacunas en Nicaragua durante el año 2021, tal y como se evidencia en la Tabla 26, la mayoría de las dosis se obtuvieron mediante compras. Del total de lotes, un 60,68% se gestionaron a través de acuerdos bilaterales de compra, mientras que un 38,54% provino de donaciones. Esta relación es importante para entender el desempeño de vacunación, en el tanto, es una muestra de la habilidad del Estado para movilizar recursos, controlar el territorio y cumplir con sus objetivos políticos (Skocpol, 1985), lo cual resultó fundamental en un contexto en el cual, ante la debilidad de programas como COVAX, el acceso a las vacunas estuvo determinado por las posibilidades de cada país.

Tabla 26

Características de las vacunas adquiridas por Nicaragua a lo largo del 2021

Adquisición	Suma de cantidad	Porcentaje de Dosis
COMPRA	9 262 400.00	60.68%
OCCIDENTE	1 252 800.00	8.21%
AstraZeneca	1 252 800.00	8.21%
NO OCCIDENTE	8 009 600.00	52.47%
Sputnik V	220 000.00	1.44%
Abdala y Soberana 02	1 200 000.00	7.86%
Sputnik Light	3 488 000.00	22.85%
Soberana 02	2 000 000.00	13.10%
Abdala	1 101 600.00	7.22%
DONACIÓN	5 883 147.00	38.54%
OCCIDENTE	4 174 147.00	27.34%
AstraZeneca	3 041 650.00	19.92%
Pfizer	1 132 497.00	7.42%
NO OCCIDENTE	1 709 000.00	11.20%
Sputnik V	236 000.00	1.55%
Covishield	335 000.00	2.19%
Sinopharm	1 138 000.00	7.45%
No se reporta	120 000.00	0.79%
NO OCCIDENTE	120 000.00	0.79%
Sputnik V	120 000.00	0.79%
Grand Total	15 265 547.00	100.00%

Nota. Elaboración propia a partir de MINSA, El 19 Digital, OMS y Ministerio de Asuntos Exteriores Rusia (2021)

La diplomacia, como manifestación de la capacidad estatal, jugó un papel fundamental en la adquisición de vacunas contra la COVID-19 en Nicaragua. El análisis

de la procedencia de las vacunas revela cómo el Estado nicaragüense logró movilizar recursos a través de sus canales diplomáticos, evidenciando una estrategia diversificada de relacionamiento internacional. En este país, destaca la prevalencia de vacunas elaboradas por empresas no occidentales, ya que representan el 86,47% del total de las vacunas compradas. No obstante, cabe resaltar que el 70,93% de las vacunas donadas provino de países occidentales.

Sumado a lo anterior, la Tabla 26 evidencia aspectos de las arquitecturas de la política de vacunación en Nicaragua. El hecho de que aproximadamente el 60% de las vacunas fueran obtenidas mediante compras directas demuestra una decisión estratégica en el componente de "quién paga y cómo", lo cual permitió al régimen nicaragüense mantener un mayor control sobre el proceso de adquisición.

En síntesis, la estrategia de adquisición de vacunas en Nicaragua pone de manifiesto una característica frecuentemente asociada a los regímenes autoritarios: la volatilidad en la toma de decisiones. Durante el año 2020, la atención a la pandemia en general, y la estrategia de vacunación en particular, no parecían ocupar un lugar prioritario en la agenda del gobierno encabezado por Daniel Ortega. Sin embargo, esta postura experimentó un cambio significativo conforme avanzaba el año 2021, evidenciando una notable reorientación en las prioridades gubernamentales respecto a la crisis sanitaria.

Durante la mayor parte del 2021, el país enfrentó una severa escasez de vacunas, lo que obstaculizó significativamente los esfuerzos de inmunización de la población. Como se indicó anteriormente, esto responde a la postura inicial del Gobierno de Daniel Ortega en la contención de la pandemia. Hasta agosto de 2021, Nicaragua había recibido únicamente la cantidad de dosis necesarias para la vacunación completa de apenas el 6% de sus habitantes.

Sin embargo, el panorama cambió drásticamente en el último trimestre de 2021. Entre septiembre y diciembre, Nicaragua experimentó un aumento exponencial en la recepción de vacunas. Este incremento súbito elevó el total de vacunas recibidas a 15.265.547 dosis para finales de año, suficientes para inmunizar completamente a más del 100% de su población.

La gestión de la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la capacidad del Estado nicaragüense para movilizar recursos en la adquisición de vacunas, revelando la complejidad de las dinámicas geopolíticas en el contexto de una crisis sanitaria global. En este escenario, las relaciones diplomáticas emergieron como un factor crucial en la

distribución de vacunas en América Latina, una región caracterizada por marcadas disparidades en el acceso a recursos sanitarios.

El panorama internacional de la vacunación contra el COVID-19 se distinguió por una notable asimetría en la distribución de dosis, lo que llevó a los países a utilizar estratégicamente sus vínculos internacionales para asegurar el suministro necesario. Nicaragua se presenta como un caso que capitaliza sus relaciones diplomáticas preexistentes en la obtención de vacunas. En particular, el país logró concretar acuerdos bilaterales de compra con naciones como Rusia y Cuba, con las cuales mantenía lazos diplomáticos sólidos previos a la pandemia.

Es importante destacar que la estrategia nicaragüense no se limitó a sus aliados tradicionales. El país también demostró flexibilidad y pragmatismo al establecer acuerdos de donación con países con los que no necesariamente mantenía relaciones diplomáticas prominentes. Esta diversificación de fuentes de suministro subraya la capacidad del Estado para adaptarse y negociar en un entorno internacional complejo y cambiante.

Las estrategias de negociación empleadas por Nicaragua para acceder a las vacunas constituyen un tema que merece un análisis más profundo y detallado. Estas negociaciones no solo reflejan la capacidad diplomática del país, sino que también arrojan luz sobre los mecanismos de cooperación internacional en tiempos de crisis global. En el marco de esta investigación, estos acuerdos se presentan como evidencia tangible de la capacidad estatal para garantizar los recursos sanitarios necesarios para enfrentar la pandemia, desafiando las limitaciones impuestas por las dinámicas geopolíticas y las desigualdades económicas regionales.

Sumado a lo anterior, el proceso de adquisición de vacunas contra la COVID-19 en Nicaragua evidencia la capacidad estatal para la movilización de recursos financieros y logísticos. Aproximadamente el 60% de las vacunas obtenidas por el país se gestionaron a través de mecanismos de compra directa, lo cual pone de manifiesto una estrategia de diversificación de fuentes de suministro. Además, evidencia la prioridad otorgada por el gobierno a la inmunización como estrategia central en su respuesta a la pandemia, posiblemente a expensas de otras áreas de gasto público.

Esta preferencia por la adquisición mediante compra, en contraposición a depender exclusivamente de donaciones o mecanismos multilaterales como COVAX, tuvo implicaciones en la etapa de administración de la vacuna, tales como una mayor flexibilidad en la planificación y ejecución de su campaña de vacunación.

Administración de la vacuna: vacunación voluntaria y gratuita

El análisis de las arquitecturas de la política de vacunación en Nicaragua, particularmente en lo que respecta a la provisión de servicios, contribuye a explicar el desempeño alcanzado por el país.

En materia de implementación de su campaña de vacunación contra la COVID-19, Nicaragua adoptó una estrategia desagregada caracterizada por un enfoque territorialmente descentralizado. Este modelo, fundamentado en el principio de "llevar las vacunas a la gente", se materializó a través del establecimiento de múltiples puntos locales de inmunización, capitalizando así la infraestructura y experiencia preexistente del sistema de salud nicaragüense.

Esta aproximación descentralizada demostró ventajas operativas significativas en múltiples dimensiones: facilitó la participación efectiva de diversos segmentos poblacionales, optimizó la distribución logística de las vacunas evitando la concentración de demanda característica de los sistemas centralizados, y permitió una adaptación más precisa a las particularidades socioculturales y necesidades específicas de cada comunidad.

La implementación de esta estrategia no puede entenderse sin considerar el sólido legado institucional de Nicaragua en materia de inmunización. Como señalan Rombini et al., el país se distingue por mantener una de las tasas de cobertura de vacunación infantil más elevadas de América Latina, evidenciando la robustez de sus programas de inmunización. Esta trayectoria histórica posiciona a Nicaragua, junto con Costa Rica y Panamá, como referentes regionales en el desarrollo e implementación de programas de vacunación efectivos, un capital institucional que resultó instrumental en el despliegue de la campaña de inmunización contra la COVID-19 (Rombini et al., 2024a).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Plan Nacional de Despliegue y Vacunación (PNDV) constituye el plan general de un país para el despliegue de vacunas y la administración de la inmunización a grupos de población objetivo. Este plan integral debe abarcar la planificación, la coordinación y la ejecución efectiva de la campaña de vacunación. En este sentido, un primer elemento que destaca del caso nicaragüense es que el PNDV no fue compartido públicamente.

En el caso de Nicaragua, la información relativa al PNDV, no se encuentra en un documento público unificado, sino que fue reconstruida a partir de los comunicados institucionales realizado por el Gobierno de Nicaragua, así como por el Ministerio de

Salud de Nicaragua (MINSa). De esta forma, el día 3 de marzo de 2021, a partir de un comunicado del MINSa, la señora Martha Reyes, Ministra de Salud, expuso algunos elementos del plan de vacunación voluntaria implementado en este país.

Según las declaraciones de la Ministra de Salud, los grupos prioritarios para la vacunación contra COVID-19 en Nicaragua se establecen de la siguiente manera (El 19 Digital, 2021b):

1. Personas mayores de 60 años con enfermedades crónicas de base:

- Primero: Pacientes con dos o más enfermedades crónicas, priorizando las siguientes:

- Enfermedades renales crónicas
- Cardiopatías
- Cáncer en condición estable

- Segundo: Pacientes con una enfermedad crónica de base

2. Personas mayores de 60 años sin enfermedades crónicas de base: La edad por sí misma se considera un factor de riesgo en este grupo.

3. Personal de salud:

Primero: Personal en contacto directo con pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19, así como en áreas de atención respiratoria.

Segundo: Resto del personal de salud.

4. Menores de 60 años con enfermedades crónicas: Este grupo incluye a personas con diabetes, hipertensión, enfermedades pulmonares crónicas, inmunodeficiencias y otras condiciones que los hacen más vulnerables al COVID-19.

5. Población restante: Una vez vacunados los grupos prioritarios, se procederá a vacunar al resto de la población hasta alcanzar una cobertura del 60% al 70%.

El 2 de marzo del 2021, de acuerdo con la comunicación institucional del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa), se aplica la primera vacuna contra la Covid-19 en el país. La recibe Don Marco Antonio Aráuz, de 62 años, quien fue vacunado con la Sputnik V en el Hospital Cruz Azul (MINSa, 2021c).

Cabe destacar que Nicaragua fue uno de los países de Centroamérica que más tardó en iniciar su proceso de vacunación contra el COVID-19. Como consecuencia, durante el primer semestre de 2021, la estrategia de vacunación de este país presentó limitaciones en cuanto a cobertura y suficiencia.

De acuerdo con la información recopilada de comunicados institucionales de la Presidencia de la República, así como del MINSA, las etapas del proceso de vacunación a lo largo del 2021 fueron las siguientes:

- Febrero-marzo: arribo de primeros lotes de vacunas.
- Marzo: inicio de aplicación de la vacuna
- Marzo-mayo: aplicación de primera y segunda dosis a grupos de riesgo.
- Junio: inicio de vacunación a personas mayores de 55 años
- Agosto: inicio de vacunación a personas mayores de 45 años
- Setiembre: inicio de vacunación a personas mayores de 45 años
- Octubre: inicio de vacunación a personas mayores de 18 años, así como de niños y niñas entre 2 y 17 años.

En Nicaragua, el proceso de vacunación contra el COVID-19 durante el año 2021 se caracterizó por dos etapas diferenciadas:

Primera etapa: llegada de las primeras vacunas y aplicación en grupos vulnerables. El primer semestre del año estuvo marcado por la llegada de los lotes iniciales de vacunas y el comienzo de la vacunación en los grupos considerados como más vulnerables, entre ellos, personal de salud, personas mayores y aquellas con enfermedades crónicas. Esta etapa se vio limitada por la escasez de vacunas y la lentitud en su distribución, lo que generó retrasos en términos de cobertura y suficiencia.

Otro elemento importante de destacar en esta etapa es que la aplicación de la vacuna se llevó a cabo en centros médicos específicos. Así lo evidencia un comunicado presidencial del 30 abril del 2021, en el cual Rosario Murillo indica que los lugares específicos donde se aplicará la vacuna contra la Covid-19 al personal de salud (grupo prioritario) en Managua son los siguientes: Hospital Vélez Paiz, Centro de salud de San Rafael del Sur, Centro de salud de Masachapa, Centro de salud de Villa El Carmen, Hospital Alemán-Nicaragüense, Centro de salud Roger Osorio, Centro de salud Villa Libertad, Centro de salud Silvia Ferrufino y Hospital primario de Tipitapa (El 19 Digital, 2021c) En esta misma línea se pueden encontrar otras comunicaciones entre marzo y noviembre del 2021.

Segunda etapa: ampliación de la población beneficiaria y aceleración del ritmo de vacunación. A partir del segundo semestre del año, se amplió la población beneficiaria de la vacunación. Sin embargo, durante los primeros dos meses de esta etapa (julio y agosto),

el ritmo de vacunación aún era lento, a partir de septiembre, la situación experimentó una mejora sustancial, con un notable incremento en la velocidad de aplicación de las dosis.

El aumento de la cobertura y la suficiencia de la vacunación durante esta segunda etapa se atribuye a dos factores principales: aumento de la disponibilidad de vacunas y la ampliación de la estrategia de vacunación. Entre septiembre y diciembre de 2021, arribó a Nicaragua el 94.66% del total de dosis adquiridas por este país. Esto permitió extender significativamente el acceso a la vacuna, pasando de enfocarse en grupos prioritarios a incluir a toda la población mayor de 2 años.

En consonancia con lo anterior, se observa un cambio en la estrategia de aplicación de la vacuna. En la primera etapa del proceso, la vacunación se realizaba únicamente en centros médicos. Sin embargo, ante la mayor disponibilidad del fármaco, se ha ampliado significativamente la red de puntos de vacunación. De acuerdo con las declaraciones de Murillo, se han establecido 432 nuevos puestos, lo que eleva el total a 1.519 puntos de vacunación contra la COVID-19 en todo el país. Además, se han creado brigadas itinerantes de vacunación que se desplegarán en casas bases y barrios o comunidades donde se celebren ferias de salud (El 19 Digital, 2021f)

Estas brigadas itinerantes forman parte de un conjunto de medidas implementadas para ampliar la cobertura de la vacunación voluntaria contra la COVID-19 en Nicaragua. Entre otras medidas, se han instalado puestos de vacunación en hospitales públicos, centros de salud, puestos de salud locales, mercados y ferias de salud en barrios y comunidades. Asimismo, se continuará vacunando en los puestos de vacunación ya existentes, se divulgará ampliamente la ubicación de estos puestos e invitará a las familias a vacunarse en cada municipio y puesto de vacunación (El 19 Digital, 2021f).

Como parte de la reconstrucción del proceso de vacunación, es importante hacer un paréntesis para considerar que, en noviembre del 2021, se llevan a cabo las elecciones presidenciales en Nicaragua. Estas elecciones se caracterizan por ser autoritarias y carentes de competencia real. Solo hubo una candidatura para votar, la del FSLN (Frente Sandinista de Liberación Nacional) liderado por el clan familiar de Ortega-Murillo. Daniel Ortega ganó sus cuartas elecciones presidenciales consecutivas, consolidando así su poder en el país (i Puig & Jarquín, 2021, p. 2).

Posteriormente, en diciembre de 2021, Murillo comunica un nuevo paso en la estrategia de vacunación del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa). A partir de este mes se procederá con la identificación de familias y personas pendientes de vacunarse en cada sector para asegurar esquemas y dosis de refuerzo. Se vacunará a todas las personas

que lleguen a hospitales, centros de salud y puestos de salud. Además, se promoverá la vacunación voluntaria en todos los programas del MINSA, tales como Todos Con Vos, VIH, enfermedades crónicas, Operación Milagro, Amor para los más Chiquitos, embarazadas, entre otros (El 19 Digital, 2021g).

Finalmente, este año cierra con el arranque de la aplicación de las dosis de refuerzo. De acuerdo con el MINSA, en noviembre de ese año, los adultos mayores son los primeros en recibir la dosis de refuerzo (MINSA, 2021b), mientras que en diciembre, se destaca que el MINSA está aplicando en todo el país el refuerzo contra la Covid-19 para todas las personas que recibieron al 31 agosto del 2021 la segunda dosis de Sputnik V o de Covishield (El 19 Digital, 2021d)

El primer semestre del año 2022, la estrategia de vacunación anunciada en noviembre y diciembre de 2021 continúa acentuándose. Se le da especial énfasis a completar el esquema completo de vacunación (suficiencia), tal y como se evidencia en un comunicado de Murillo, en el que se destacan las palabras del doctor Carlos Sáenz, Secretario general del Ministerio de Salud (Minsa)¹²:

nos encontramos en una nueva etapa, que es el nuevo esquema de vacunación para el año 2022 que se inició el 10 de marzo, estamos en el quinto día, iniciando ese nuevo esquema que se completa con 2 dosis para las vacunas AstraZeneca, 2 dosis para la vacuna Pfizer y una dosis para la vacuna Sputnik, ese es el esquema de vacunación que nosotros estamos aplicando (El 19 Digital, 2022a)

Si bien en los comunicados del gobierno de Nicaragua emitidos durante el 2021 la mención a completar el esquema de vacunación era escasa, a lo largo del primer semestre de 2022 estos comunicados enfatizaron reiteradamente la disponibilidad e importancia de completar los esquemas de vacunación. En varias ocasiones, la Vicepresidenta Rosario Murillo destacó la "nueva etapa" en la aplicación de la vacuna, que consistía en completar los esquemas de vacunación y administrar dosis de refuerzo (El 19 Digital, 2022b).

En el transcurso del año 2022, se continuó con la aplicación de dosis de refuerzo para la población nicaragüense. Según un informe de la Vicepresidenta Rosario Murillo sobre los avances en la vacunación contra la COVID-19 en Nicaragua, el 36% de la

¹² Los comunicados oficiales del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSA) se suspendieron a partir del 2022.

población había recibido dosis adicionales al esquema completo de vacunación (El 19 Digital, 2022c). No obstante, cabe destacar que el primer reporte oficial sobre dosis de refuerzo registrado por Our World in Data para Nicaragua data del 10 de marzo de 2023, indicando que el país había aplicado dosis de refuerzo al 41,63% de su población.

En cuanto al desempeño en vacunación, durante el año 2022 Nicaragua se posicionó como uno de los países con mejor rendimiento en términos de cobertura, suficiencia y sostenibilidad. Se distanció notablemente de El Salvador, cuya curva de vacunación no ha experimentado crecimiento desde marzo de 2022. Para julio de 2022, Nicaragua y Costa Rica reportaban las tasas de vacunación más altas de la región, habiendo completado el esquema de dos dosis el 85.36% y el 82.82% de su población, respectivamente.

¿Cómo explicar el desempeño de vacunación en Nicaragua?

El desempeño de Nicaragua en la vacunación contra la COVID-19 puede explicarse a través de la convergencia de varios factores institucionales y políticos que configuraron una respuesta particular a la crisis sanitaria.

Durante el primer año de pandemia, en el que no se contaba con la vacuna, Nicaragua optó por una “estrategia” en la que no se priorizaron las medidas sugeridas por la OMS como el distanciamiento o la cuarentena. Sin embargo, cuando se dispone de la vacuna, Nicaragua incorpora la vacunación como una acción fundamental para la contención de la Covid-19.

En primer lugar, el contexto político del régimen Ortega-Murillo jugó un papel fundamental. Como dinastía autoritaria caracterizada por una fuerte concentración del poder, Nicaragua experimentó lo que Martí i Puig denomina un "cierre autoritario" entre 2020 y 2022. Paradójicamente, este período de intensificación represiva coincidió con la implementación de una robusta campaña de vacunación. Esta aparente contradicción puede entenderse desde la necesidad de legitimación del régimen: la vacunación funcionó como un contrapeso social a las medidas represivas, particularmente en el contexto de las elecciones de 2021.

De acuerdo con Cuadra Lira (2022), Nicaragua se ha convertido en una dinastía autoritaria, caracterizada por el poder personal que ha consolidado Daniel Ortega, estableciendo un control autoritario sobre las instituciones del Estado y la sociedad nicaragüense. Este poder se ha extendido a su esposa, Rosario Murillo, quien ocupa el cargo de vicepresidenta y comparte el liderazgo del país (Cuadra Lira, 2022, p. 72).

En este tipo de regímenes, en los que se destaca la concentración del poder, la toma de decisiones queda subordinada a la voluntad política de las figuras de autoridad, en este caso, encarnadas por la pareja Ortega-Murillo. Esta dinámica explica por qué ante un mismo acontecimiento, como la pandemia de Covid-19, se implementan medidas dispares y arbitrarias.

Sumado a lo anterior, los liderazgos autoritarios también requieren de legitimidad. A lo largo del 2021, la vacuna contra la Covid-19 se convirtió en un anhelo en medio de un contexto de temor y restricción. Por lo tanto, vacunar significó un incentivo para la búsqueda de legitimación.

Según acuerdo con Martí i Puig (2016), a diferencia de los caudillismos tradicionales, Ortega no basa su poder únicamente en la fuerza y la represión. Si bien no rehúye utilizar estos métodos cuando los considera necesarios, también dedica un notable esfuerzo a mantener y ampliar su clientela electoral. Su estrategia se basa en dos pilares fundamentales: el apoyo popular y una red de intereses que se extiende desde las altas esferas económicas hasta los sectores sociales más desfavorecidos (Martí i Puig, 2016, p. 255).

Ortega ha logrado consolidar un bloque de votantes fieles a través de programas sociales, subsidios y la cooptación de organizaciones populares. A la vez, ha tejido una red de alianzas con sectores económicos poderosos, quienes encuentran en su gobierno un aliado que protege sus intereses. Esta combinación de clientelismo, cooptación y alianzas estratégicas le ha permitido a Ortega mantenerse en el poder a pesar de las críticas y los cuestionamientos a su gestión (Martí i Puig, 2016, p. 255).

En esta misma línea, cabe destacar el contexto político de este Nicaragua previo y durante la pandemia. De acuerdo con Martí I Puig et al., entre el 2020 y el 2022, se consolida el cierre autoritario en Nicaragua¹³, por ejemplo, para junio del 2021, el número de opositores políticos creció significativamente y “el goteo de detenciones continuó en los meses subsiguientes hasta superar la cuarentena después de las elecciones” (Martí i Puig et al., 2022, p. 395).

En ese contexto, según El Confidencial, con 59 nuevos presos políticos entre enero y septiembre, el 2022 es desde fue el año con más presos políticos en Nicaragua desde la

¹³ Entre 2020 y 2023 se aprobaron las siguientes leyes en Nicaragua: Ley de Regulación de Agentes Extranjeros y su normativa (Octubre 2020), Estrategia Nacional de Ciberseguridad (Setiembre 2020), Ley de defensa de los derechos del pueblo a la independencia, la soberanía y autodeterminación para la paz" (Diciembre 2020), Reforma al Código Procesal Penal (Febrero 2021),

Rebelión de Abril de 2018 ejecutada por el régimen de Daniel Ortega y Rosario Murillo (Confidencial, 2022).

Esta situación se continuaría profundizando y en febrero de 2023, la Asamblea Nacional de Nicaragua, aprobaría la Ley Especial que Regula la Pérdida de la Nacionalidad Nicaragüense (Asamblea Nacional Nicaragua, 2023). Esta ley contempla la pérdida de la nacionalidad para personas que "realicen actos en contra de la paz y la seguridad de la nación", "inciten al odio o la violencia", o "difundan noticias falsas o publicaciones que perjudiquen la imagen del país" (Asamblea Nacional Nicaragua, 2023) y ha sido utilizada sobre todo para despojar de su nacionalidad a los opositores al régimen.

Paralelamente a este proceso, la campaña de vacunación contra la COVID-19 avanzaba a paso constante. Por lo que sería plausible que, ante la consolidación de lo Martí I Puig denomina “el cierre autoritario en Nicaragua”, la vacunación haya servido al régimen como un incentivo de legitimación, de cara a las elecciones de noviembre de 2021, pero también como una forma de contrarrestar con política social lo que se estaba haciendo en términos de represión. En el momento en que este país recibió vacunas, no escatimó esfuerzos para aplicarlas.

Un segundo elemento explicativo reside en las características propias de los regímenes autoritarios para la implementación de políticas públicas. Como señalan Martínez Franzoni y Sánchez-Ancochea, la capacidad estatal para movilizar recursos y controlar su asignación en situaciones de emergencia no está necesariamente vinculada al carácter democrático del régimen. En el caso nicaragüense, la concentración del poder facilitó una movilización expedita de recursos una vez que la vacunación se convirtió en prioridad política.

En el caso de Nicaragua, dado el carácter autoritario del régimen “el andamiaje de políticas estatales se subordina a actas institucionales y medidas de excepción que procuran «flexibilizar» e incrementar los poderes del Estado...” lo cual posibilita “la aplicación de normas que pasan por alto estatutos, procedimientos y hasta garantías constitucionales. (O’Donnell et al., 2015a, p. 181). A diferencia de regímenes democráticos en los cuales “las relaciones de poder tienden a difundirse en múltiples instancias y unidades de decisión” (O’Donnell et al., 2015a, p. 187).

Es decir, los regímenes autoritarios cuentan con condiciones más expeditas para movilizar recursos en una situación de shock y con mucha más “discrecionalidad” para su asignación y aquí es donde el liderazgo cobra especial importancia, ya que el régimen de Ortega-Murillo no tuvo anuencia para destinar recursos a la contención de la pandemia

durante el primer año, pero sí la tuvo cuando estuvo disponible la vacuna. Como lo indica Ozlack (2015), “el horizonte de la acción se amplía, pero el riesgo de error o imprudencia aumenta” (O’Donnell et al., 2015b, p. 181).

El tercer factor determinante fue el sólido legado institucional de Nicaragua en materia de inmunización. El país contaba con una de las coberturas de vacunación infantil más altas de América Latina, lo que proporcionó una base operativa y experiencia técnica invaluable para la implementación de la campaña contra la COVID-19. Según Rombini et al., este país ostenta una de las coberturas de vacunación más altas en el primer año de vida en América Latina, lo que atestigua la solidez de sus programas de inmunización. De hecho, en un análisis comparativo de los programas de vacunación en Centroamérica, Nicaragua se posiciona junto a Costa Rica y Panamá como uno de los países con mejor desempeño en esta área (Rombini et al., 2024a).

En esta misma línea, las arquitecturas de la política de vacunación también contribuyeron significativamente al desempeño observado. En términos de financiamiento, Nicaragua implementó una estrategia de diversificación que combinó eficazmente compras directas con donaciones bilaterales. Esta aproximación le permitió a Nicaragua, a partir del último trimestre de 2021, contar con las dosis necesarias para mejorar sus indicadores en materia de suficiencia y sostenibilidad.

En cuanto a la provisión del servicio, el país optó por un modelo descentralizado que priorizó "llevar las vacunas a la gente", aprovechando su experiencia previa en programas de inmunización. Esta aproximación descentralizada presentó ventajas significativas como: facilitar la participación de poblaciones, distribuir más ágilmente las vacunas, reduciendo los cuellos de botella que podrían surgir en un sistema centralizado o adaptar más fácilmente a las características y necesidades específicas de cada comunidad.

La implementación de esta estrategia contribuye a explicar la mejora observada en la administración del protocolo completo de vacunación a partir de 2022. Además, esta infraestructura desagregada ha demostrado ser fundamental para el sostenimiento de la política de vacunación a largo plazo, como se evidencia en la eficaz administración de las dosis de refuerzo.

El caso ilustra cómo la implementación de políticas de salud pública puede coexistir con procesos de cierre autoritario, especialmente cuando estas políticas sirven a objetivos tanto sanitarios como de legitimación política.

¿Hubo diferencias entre ambos casos?

El análisis comparativo de los procesos de vacunación en Nicaragua y El Salvador revela contrastes significativos. El Salvador se posicionó como uno de los pioneros en la región, iniciando su programa en febrero de 2021 y alcanzando rápidamente una cobertura significativa. Para julio de 2021, había logrado vacunar al 44.53% de su población con al menos una dosis, ubicándose como el segundo país de la región con mayor porcentaje de población vacunada.

En contraste, Nicaragua mostró un inicio tardío y un ritmo inicial más lento. Comenzó su campaña de vacunación en marzo de 2021, y hasta agosto de ese año solo había logrado vacunar con una dosis al 6.38% de su población. Sin embargo, a partir del último trimestre de 2021, Nicaragua experimentó una aceleración significativa en su proceso de vacunación, logrando eventualmente superar a El Salvador en términos de cobertura y sostenibilidad.

Los liderazgos políticos de El Salvador y Nicaragua, como factor explicativo del desempeño de vacunación, exhibieron aproximaciones marcadamente distintas durante la crisis del COVID-19 en el período 2020-2021. En El Salvador, Nayib Bukele adoptó una estrategia comunicativa caracterizada por su omnipresencia mediática y un discurso autoritativo que pivotaba entre el análisis epidemiológico y la implementación de medidas sanitarias. Como parte de esta narrativa, Bukele capitalizó estratégicamente la adquisición temprana de vacunas, presentándola como un logro emblemático de su gestión y enfatizando desde finales de 2020 las negociaciones proactivas con laboratorios farmacéuticos internacionales.

Por otro lado, el liderazgo de Daniel Ortega en Nicaragua se distinguió por su ausencia inicial y un enfoque que minimizaba la gravedad de la crisis. Durante 2020 y principios de 2021, si bien Ortega mantuvo su rol como autoridad soberana, su gestión se caracterizó por una notable falta de capacidad para articular una narrativa coherente frente a la emergencia sanitaria, evidenciada en la ausencia de una estrategia efectiva de contención y en un discurso que tendía a subestimar el impacto de la pandemia.

La experiencia de El Salvador ofrece una perspectiva interesante respecto a la interacción entre el legado y la arquitectura de políticas públicas. A pesar de poseer antecedentes moderados en programas de inmunización, el país alcanzó inicialmente niveles destacables de cobertura vacunal, impulsado principalmente por un liderazgo político determinante. Sin embargo, esta compensación del limitado legado mediante el

liderazgo presidencial no logró sostenerse en el tiempo, debido principalmente a decisiones estructurales en la arquitectura de la política de vacunación.

En contraste, el caso nicaragüense demuestra la relevancia fundamental del legado institucional en las políticas de inmunización. Si bien el país inició tardíamente su campaña de vacunación contra el COVID-19, logró una notable mejora en sus indicadores de suficiencia y sostenibilidad. Esta recuperación y posterior consolidación puede atribuirse sustancialmente a la relación de su robusto historial en programas de inmunización y decisiones estructurales en la arquitectura de la política de vacunación.

Estos dos casos también presentan diferencias en el componente de provisión del servicio de la arquitectura de la política de vacunación. El Salvador optó por un modelo altamente centralizado, simbolizado por el "Megacentro de Vacunación" en el Hospital El Salvador, que priorizaba la movilización de la población hacia los puntos de vacunación ("la gente a la vacuna"). Nicaragua, en cambio, implementó un modelo descentralizado que aprovechaba su infraestructura sanitaria preexistente y experiencia en programas de inmunización. Este enfoque de "llevar la vacuna a la gente" se materializó en el establecimiento de múltiples puntos locales de vacunación y brigadas móviles, facilitando el acceso a comunidades remotas y poblaciones vulnerables.

El análisis comparativo de El Salvador y Nicaragua revela contrastes significativos en la arquitectura de la política, específicamente en la provisión del servicio de vacunación. El Salvador implementó una estrategia caracterizada por una pronunciada centralización operativa, cuyo exponente más emblemático fue el "Megacentro de Vacunación" establecido en el Hospital El Salvador. Este modelo priorizaba la convergencia de la población hacia puntos específicos de inmunización, adoptando una la estrategia de "la gente a la vacuna".

Por su parte, Nicaragua desarrolló un modelo de implementación territorialmente desagregado, que capitalizaba su infraestructura sanitaria preexistente y su experiencia acumulada en programas de inmunización. Esta aproximación, fundamentada en el principio de "llevar la vacuna a la gente", se materializó mediante una red expansiva de puntos locales de vacunación y unidades móviles, lo que permitió una mayor penetración territorial y facilitó el acceso a poblaciones.

Finalmente, las diferencias en los factores sectoriales presentadas en cada uno de estos casos, permite explicar las trayectorias divergentes de la sostenibilidad de los programas de vacunación contra la Covid-19. El Salvador, después de un inicio prometedor, experimentó un estancamiento notable en sus tasas de vacunación a partir

del último trimestre de 2021. Este declive coincidió con un aparente cambio en las prioridades gubernamentales, particularmente hacia el Plan de Control Territorial.

Nicaragua, por el contrario, mantuvo un ritmo sostenido de vacunación una vez que su programa se aceleró, logrando mejores indicadores en términos de suficiencia y sostenibilidad. Para 2023, mientras El Salvador mostraba un estancamiento en sus tasas de vacunación, Nicaragua continuaba aumentando su cobertura y administrando dosis de refuerzo de manera efectiva.

Capítulo de análisis 3

Costa Rica y Panamá

Costa Rica: legados robustos, democracia liberal y escasez de vacunas

En el contexto centroamericano, Costa Rica se distinguió significativamente en su desempeño de vacunación contra la COVID-19, destacando en las dimensiones de cobertura, suficiencia y sostenibilidad. El país estableció varios hitos regionales: fue pionero en iniciar la campaña de vacunación, primero en alcanzar una cobertura del 50% de su población con primera dosis y, subsecuentemente, en lograr la inmunización del 70% de sus habitantes con el esquema completo.

Sin embargo, el proceso de vacunación en Costa Rica mostró convergencias significativas con El Salvador en determinadas etapas, pese a las limitadas similitudes sectoriales y políticas entre ambos países. Esta trayectoria inesperada permite analizar los factores determinantes en el desarrollo de políticas sociales en contextos de shock como el ocurrido ante la pandemia por COVID-19.

Despliegue institucional y política adaptativa

El martillo y el baile

La respuesta inicial de Costa Rica ante la pandemia de COVID-19 estableció cimientos institucionales y operativos que resultarían fundamentales para el posterior éxito de su estrategia de vacunación. La preexistencia de la Política Nacional de Gestión del Riesgo 2016-2030 proporcionó un marco institucional robusto que facilitó la articulación efectiva entre el Estado, la sociedad civil y el sector privado, generando capacidades de coordinación que serían cruciales para la implementación de la campaña de vacunación.

Desde la identificación del primer caso el 6 de marzo de 2020, el país demostró una notable capacidad de respuesta rápida y coordinada. La inmediata activación de múltiples instituciones clave y del Centro de Operaciones de Emergencias evidenció la efectividad de los mecanismos de coordinación interinstitucional preexistentes. Esta experiencia temprana en la gestión coordinada de la crisis sentó las bases para una posterior distribución y administración eficiente de las vacunas.

La capacidad de Costa Rica para implementar una gestión coordinada durante las etapas iniciales de la pandemia evidencia la robustez de sus legados en materia de política

social y, consecuentemente, refleja su capacidad estatal para movilizar recursos estratégicos en un contexto de shock.

La Política Nacional de Gestión del Riesgo 2016-2030 define un modelo de gestión basado en dos pilares fundamentales: el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo y el Plan Nacional de Gestión del Riesgo. El SNGR busca organizar y articular las relaciones, programas y recursos de las instituciones estatales, el sector privado y la sociedad civil organizada. Por su parte, el Plan Nacional de Gestión del Riesgo, como instrumento de planificación estratégica, permite la articulación sistémica e integral de los programas, la delimitación de competencias institucionales, la asignación de recursos, y la implementación de mecanismos de verificación y control. La Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE) es la entidad encargada de regir este modelo (Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias, 2015, pp. 49-51).

El 6 de marzo de 2020, Costa Rica declaró una alerta sanitaria tras confirmarse el primer caso de COVID-19 en el país. El anuncio se realizó en una conferencia de prensa en el Ministerio de Salud, con la participación del Presidente de la República, Carlos Alvarado, y altos representantes de instituciones clave como la Caja Costarricense del Seguro Social, el Ministerio de Educación Pública, el Ministerio de Justicia, el Instituto Costarricense de Turismo, la Comisión Nacional de Emergencias, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el Servicio Nacional de Salud Animal, el Sistema de Emergencias 9-1-1, la Organización Panamericana de la Salud y la Cruz Roja (Ministerio de Salud, 2020a).

Durante la conferencia, el Presidente Alvarado destacó el intenso trabajo interinstitucional que se venía realizando desde la primera semana de enero para afrontar la emergencia sanitaria de la mejor manera, tal como lo había hecho el país en el pasado. Asimismo, expresó su agradecimiento a la dedicación del personal de salud y de los servicios de atención pre-hospitalaria (Ministerio de Salud, 2020a).

Las medidas implementadas por Costa Rica para la contención y control del coronavirus revelan el papel fundamental de las instituciones como componentes esenciales y expresiones del régimen político. De acuerdo con Scartascini y Tommasi (2012), mayores niveles de institucionalización conducen a resultados más efectivos en materia de política pública, lo cual se traduce en mejores indicadores sociales y económicos. En este marco analítico, las medidas adoptadas por Costa Rica durante la

fase inicial de contención de la pandemia constituyen una manifestación tangible del alto grado de institucionalización alcanzado por el país.

El 8 de marzo de 2020, el Ministerio de Salud, en conjunto con la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias, elevó la alerta sanitaria por COVID-19 a nivel amarillo. La institución argumenta que, con esta decisión, podrán activar mesas operativas temáticas, movilizar recursos institucionales y convocar al Centro de Operaciones de Emergencias (COE) dos veces al día. El COE es una estructura compuesta por las instituciones de primera respuesta que la CNE convoca en momento de emergencia (Ministerio de Salud, 2020b).

A principios de marzo, en el marco de la alerta amarilla, el Gobierno de Costa Rica tomó una serie de medidas preventivas. Entre ellas, se destacan la suspensión de actividades de concentración masiva, el cierre preventivo de centros educativos en riesgo, la reducción al 50% de la capacidad en espacios de reunión y la suspensión de viajes al extranjero para empleados públicos (Ministerio de Salud, 2020c).

El 15 de marzo, ante el incumplimiento de las medidas sanitarias por parte de diversos establecimientos, verificado por la Fuerza Pública, el Ministerio de Salud ordenó el cierre total de bares, discotecas y casinos. Para reforzar esta medida, el Presidente de la República, Carlos Alvarado, y el Ministro de Salud, Daniel Salas, firmaron un acuerdo ejecutivo que otorgaba autoridad sanitaria a los miembros de la Fuerza Pública. Esta medida les facultaba para vigilar y controlar el cierre de los establecimientos mencionados, así como para garantizar que otros centros de reunión operaran al 50% de su capacidad. El incumplimiento de estas directrices por parte de cualquier negocio conllevaba a su cierre por 30 días hábiles, con el apoyo de la Fuerza Pública (Ministerio de Salud, 2020b).

El 16 de marzo de 2020, Costa Rica se mantenía en estado de alerta amarilla. Con el fin de atender la situación de manera más efectiva, mediante el Decreto Ejecutivo 42227, el Presidente de la República y el Ministerio de Salud, declaran estado de emergencia nacional en todo el territorio. De acuerdo con los jerarcas, esta disposición, que facultaba la toma de medidas ante una posible situación de urgencia generada por la enfermedad COVID-19, permitiría agilizar acciones presupuestarias y administrativas, así como garantizar la continuidad de los servicios (Ministerio de Salud, 2020d).

Con el objetivo de contener la propagación del COVID-19, se implementaron medidas sanitarias cada vez más restrictivas. De acuerdo con el Ministerio de Salud, se decretó el cierre de cines y teatros, mientras que los centros comerciales debían operar al

50% de su capacidad. Se restringió el acceso a las playas en todo el país y se ordenó el cierre obligatorio de templos y lugares de culto religioso. Adicionalmente, se estableció una restricción vehicular sanitaria entre las 10:00 p.m. y las 5:00 a.m. También, se determinó que todo extranjero residente o con estatus regular en el país que abandonara el territorio nacional, perdería automáticamente su estatus migratorio (Ministerio de Salud, 2020e), (Ministerio de Salud, 2020f).

En el mes de abril, el Gobierno de Costa Rica, creó una mesa de apoyo humanitario para coordinar las iniciativas del sector privado. En esta mesa, participan el Despacho de la Primera Dama, los ministerios de la Presidencia, Economía, Industria y Comercio y Coordinación con el Sector Privado, así como la CNE. De acuerdo con el Ministerio de Salud, el objetivo principal es optimizar la distribución de donaciones y campañas solidarias, garantizando la transparencia mediante la Red de Transparencia Institucional. Para asegurar que la ayuda llegue a quienes más lo necesitan, las empresas y organizaciones involucradas coordinarán sus acciones con los Comités Municipales de Emergencia (Ministerio de Salud, 2020g).

Durante esta etapa, el Gobierno de Costa Rica, mediante la vocería del Ministro de Salud, Daniel Salas, enfatiza en la importancia del trabajo conjunto del Gobierno, las empresas y la ciudadanía. El jerarca hace un llamado a las empresas para que cumplan estrictamente con las medidas sanitarias, como el control de ingresos, el distanciamiento social, la desinfección constante de superficies y la implementación de horarios diferenciados para adultos mayores. Destacó que la responsabilidad de proteger a los trabajadores y clientes recae en gran medida en las empresas, especialmente considerando que muchas personas deben salir de sus hogares para trabajar o realizar trámites esenciales. Asimismo, instó a la población a cumplir con las recomendaciones de salud, como mantener la distancia física, lavarse las manos frecuentemente y evitar tocarse la cara, a fin de protegerse a sí mismos y a los demás (Ministerio de Salud, 2020h).

En el mes de mayo, a dos meses del primer caso de COVID-19 en el país, el Ministro de Salud, Daniel Salas, destacó en conferencia de prensa el enfoque científico y epidemiológico adoptado para manejar la emergencia. De acuerdo con el jerarca, este enfoque incluye pruebas para identificar nexos epidemiológicos, testeos en sitios centinela, a personas repatriadas y transportistas, y próximamente en 33 zonas de riesgo. Con un índice de positividad del 6% y un número reproductivo básico de 1,15, el país cuenta con casi 13 mil pruebas disponibles y espera la llegada de más de 170 mil pruebas adicionales en mayo, gracias a gestiones de la Caja Costarricense del Seguro Social y el

Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) (Ministerio de Salud, 2020i).

El abordaje técnico y el enfoque científico-epidemiológico implementados por Costa Rica durante los primeros meses de la pandemia reflejan tanto la solidez de sus legados en materia de política social como la robusta capacidad estatal para movilizar recursos estratégicos. La gestión temprana de la crisis no solo evidenció la fortaleza del aparato institucional costarricense, sino que también anticipó elementos fundamentales que resultarían decisivos en la posterior fase de vacunación.

En primer lugar, la respuesta inicial demostró una notable capacidad institucional para diseñar e implementar estrategias fundamentadas en evidencia científica. En segundo término, puso de manifiesto la existencia y efectividad de mecanismos de coordinación interinstitucional consolidados. Finalmente, confirmó la competencia del sistema de salud para gestionar recursos críticos y planificar su distribución mediante criterios técnicos rigurosos.

También, durante el mes de mayo, el gobierno de Costa Rica presentó un cronograma de reapertura de actividades que se implementará en cuatro fases, desde el 16 de mayo hasta el 2 de agosto, dependiendo de la evolución de la pandemia. La primera fase permitirá la apertura de algunos parques nacionales, playas entre semana, deportes recreativos sin contacto físico, y hoteles con un máximo de 20 habitaciones, todos con un aforo del 50%. La segunda fase, del 1 al 20 de junio, incluirá la apertura de más parques nacionales, museos y restaurantes los fines de semana, también al 50% de su capacidad (Ministerio de Salud, 2020z).

En la tercera fase, del 21 de junio al 11 de julio, se permitirá la apertura de tiendas, lugares de culto y bares al 50% de su capacidad, y se mantendrán las restricciones para cines, teatros y museos. La cuarta fase, del 12 de julio al 2 de agosto, continuará con la reapertura gradual de actividades, siempre y cuando no haya un aumento significativo en los casos de COVID-19 (Ministerio de Salud, 2020z).

Sin embargo, en el mes de junio, debido al aumento de casos de COVID-19, el Gobierno de Costa Rica decide endurecer las medidas en cinco distritos: Cariari (Pococí), Peñas Blancas (San Ramón), Cañas y Bebedero (Cañas), y Las Juntas (Abangares). De acuerdo con el Ministerio de Salud, las nuevas medidas incluyen una restricción vehicular diferenciada, permitiendo la circulación de vehículos con placas pares e impares los fines de semana para acceder a servicios esenciales. Además, los establecimientos con permiso sanitario solo podrán operar de lunes a viernes de 5:00 a.m. a 5:00 p.m., mientras que los

fines de semana solo podrán funcionar supermercados, farmacias, pulperías, abastecedores y servicios de salud sin restricción horaria. Estos distritos han sido cambiados a alerta naranja para contener la transmisión del virus y aplanar la curva de contagio (Ministerio de Salud, 2020k).

Paulatinamente se van sumando otras regiones a la lista de alerta naranja, por ejemplo, el 7 de junio, el Gobierno de Costa Rica añade el distrito de La Fortuna en San Carlos y los cantones de Pococí y Upala a dicha lista, debido al aumento de casos de COVID-19. De acuerdo con los comunicados institucionales, esta medida implica restricciones más severas para contener la propagación del virus. Entre las acciones tomadas se incluyen restricciones vehiculares y limitaciones en los horarios de operación de establecimientos comerciales. El principal objetivo es reducir la movilidad y, por ende, la transmisión del virus en estas áreas específicas (Ministerio de Salud, 2020l).

El 19 de junio de 2020, el Gobierno de Costa Rica decide cancelar la tercera fase de reapertura debido al aumento de casos de COVID-19. Así lo dieron a conocer el Ministro de Salud, Daniel Salas junto al Presidente de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Román Macaya, y el presidente de la Comisión Nacional de Emergencia (CNE), Alexander Solís en conferencia de prensa. De acuerdo con los jerarcas, esta decisión se tomó para proteger la salud pública y evitar un mayor incremento en los contagios. Las autoridades han enfatizado la importancia de mantener las medidas de prevención, como el uso de mascarillas y el distanciamiento social, para controlar la propagación del virus. Además, se ha instado a la población a seguir las recomendaciones sanitarias y a mantenerse informada a través de los canales oficiales (Ministerio de Salud, 2020m).

En este contexto de incremento de contagios, el 24 de junio de 2020, mediante conferencia de prensa el Presidente de la República, Carlos Alvarado, presenta la estrategia “El martillo y el baile”, para permitir la reapertura de comercios en el país. De acuerdo con Alvarado, este modelo propone que las zonas con más contagios deberán permanecer en la fase 2:

En las zonas específicas donde la información epidemiológica determina que tenemos que llevar adelante medidas restrictivas, como las medidas que ha anunciado el ministro, ahí se aplica “el martillo”: mayor cierre, mayor contención para la protección de la salud...(Semanario Universidad, 2020)

Por otro lado, el mandatario explicó que en aquellos lugares donde los nuevos casos sean menores se podrá hacer la transición hacia la fase 3 y aplicar el “baile”:

Hay otras zonas donde el número de contagio es muy reducido. En estos lugares se puede avanzar, siempre que así lo disponga la información, con las aperturas, pero siempre siguiendo de manera estricta los protocolos, las medidas de higiene y todo el cuidado del distanciamiento físico (Semanario Universidad, 2020).

El presidente Carlos Alvarado destaca que la estrategia se aplicará según los datos de los que dispone el Ministerio de Salud, la Comisión Nacional de Emergencias, la Caja Costarricense de Seguro Social y la Universidad de Costa Rica (Semanario Universidad, 2020).

Este ajuste en la política de contención puede analizarse a la luz del marco teórico propuesto por Boda y Sebők (2021), quienes sostienen que las dinámicas de las políticas públicas, específicamente sus patrones de estabilidad y cambio, varían según el tipo de régimen político. Los autores argumentan que los cambios políticos a gran escala son más frecuentes e intensos en regímenes no democráticos (o "no libres"), lo cual interpretan como un indicador de sistemas de formulación de políticas con deficiente capacidad adaptativa.

En este marco analítico, la implementación de la estrategia "El martillo y el baile" representa un patrón de cambio incremental en la política de contención pandémica, caracterizado por su capacidad de adaptación a las condiciones contextuales específicas, en contraposición a las transformaciones radicales propias de sistemas menos institucionalizados.

Durante el mes de julio, se registra un aumento extraordinario en la cantidad de casos positivos de Covid-19. El Ministerio de Salud declara la transmisión comunitaria en la Gran Área Metropolitana del país y establece un cerco epidemiológico en esta región. Esto quiere decir que se aplica restricción vehicular total y cierre de establecimientos de manera total por cinco días (Ministerio de Salud, 2020n).

Es importante destacar que en el mes de julio se produjeron el 80% de todos los contagios reportados desde el primer caso en Costa Rica. Tal y como lo indica Ruiz Hidalgo (2020), “las hospitalizaciones, que a comienzos del mes eran de sólo 50 pacientes, el 31 de julio, habían alcanzado 270, es decir 5.4 veces más que a comienzos

de mes” (Ruiz Hidalgo, 2020). Este ritmo acelerado de crecimiento de los contagios creó una enorme presión en las limitadas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

En este escenario, a lo largo del mes de julio, el ministro de Salud, Daniel Salas en coordinación con otras autoridades como el presidente de la Comisión Nacional de Emergencia (CNE), Alexander Solís, continuaron comunicando cuáles regiones estarían en alerta amarilla y cuáles en alerta naranja. Para cada tipo de alerta, funcionaron medidas específicas, en concordancia con la estrategia “El martillo y el baile”.

Al finalizar el mes de julio, el Gobierno de Costa Rica presentó un plan de medidas para todo el mes de agosto debido a la situación del COVID-19. Este plan se divide en dos fases de reapertura y una fase de cierre. La primera fase de reapertura será del 1 al 9 de agosto, seguida por una fase de cierre del 10 al 21 de agosto, que afectará únicamente a los cantones en alerta naranja. La segunda fase de reapertura será del 22 al 30 de agosto (Ministerio de Salud, 2020o).

Según se indicó en conferencia de prensa dada por el presidente de la República, Carlos Alvarado, junto con los ministros de Salud, Daniel Salas; de Planificación y coordinadora del equipo económico, Pilar Garrido; y el presidente de la Comisión Nacional de Emergencia (CNE), Alexander Solís, estas medidas están sujetas a la evolución de la pandemia ya que de eso dependerá que este ciclo se mantenga o deba cambiar (Ministerio de Salud, 2020o).

Como parte de las medidas acordadas, durante la fase de cierre, la restricción vehicular en los cantones en alerta naranja será de 5:00 a.m. a 5:00 p.m., y se mantendrán cerradas las actividades de concentración masiva como espectáculos públicos, bares y discotecas. Además, se ha decidido bajar de alerta naranja a alerta amarilla a varios cantones y comunidades tras un análisis técnico (Ministerio de Salud, 2020o).

En el mes de agosto se tiene la primera referencia del Gobierno de Costa Rica sobre las acciones para adquirir y asegurar el acceso a la vacuna. Mediante un comunicado de prensa, se plantea que el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense del Seguro Social, el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, el Ministerio de Planificación y el Ministerio de Hacienda se encuentran coordinando esfuerzos para, de acuerdo con las competencias de cada uno, analizar técnica, jurídica y presupuestariamente la manera en que Costa Rica adquirirá la vacuna contra el COVID-19:

Jurídicamente debe definirse cómo adaptar una situación inédita, de una vacuna aún inexistente, a los requerimientos de la legislación nacional en materia de

adquisición de vacunas. Técnicamente se analizan los desarrollos investigativos sobre los cuales el país ya ha tenido acercamientos, y que pudieran tener posibilidad de éxito por la fase de investigación en que se encuentran, a saber Pfizer, Astra Zeneca y Sinovac. Se buscan nuevos contactos con otros gobiernos y empresas desarrolladoras para poder analizar diferentes opciones de investigación en curso y se participa en esfuerzos internacionales, a nivel global y regional, con el objetivo de que Costa Rica sea parte de esas iniciativas una vez que estas se materialicen (Ministerio de Salud, 2020p).

Costa Rica destacó en el contexto regional por su temprana iniciativa en la gestión de adquisición de vacunas contra el COVID-19. Una coalición institucional asumió la responsabilidad de evaluar, desde las perspectivas técnica, jurídica y presupuestaria, las estrategias óptimas para asegurar el acceso del país a las vacunas, actuando cada entidad desde el ámbito de sus competencias específicas.

Esta capacidad para tomar decisiones estratégicas en materia de adquisición de vacunas se fundamenta en las capacidades estatales previamente desarrolladas por el país. Dichas capacidades comprenden múltiples dimensiones: la gestión eficiente de recursos materiales, una infraestructura sanitaria consolidada, sistemas logísticos robustos, capital humano especializado y mecanismos efectivos de coordinación interinstitucional.

Al finalizar el mes de agosto, de la misma forma que ocurrió al finalizar el mes de julio, el Gobierno de Costa Rica anuncia un plan de medidas para septiembre, el cual se divide en dos etapas. La primera etapa, denominada “fase de apertura controlada”, se llevará a cabo del 1 al 8 de septiembre y permitirá la apertura de ciertos comercios y actividades bajo estrictas medidas sanitarias. La segunda etapa, llamada “fase de cierre”, se implementará del 9 al 30 de septiembre y consistirá en restricciones más severas en los cantones con alerta naranja, incluyendo limitaciones en la movilidad y el funcionamiento de establecimientos comerciales (Ministerio de Salud, 2020q).

Como parte de la fase de reapertura controlada llevada a cabo los primeros días de setiembre, el Ministerio de Salud de Costa Rica ha publicado un decreto que establece el uso obligatorio de mascarillas en lugares cerrados a partir del miércoles 9 de setiembre (No.42603-S). Esta medida aplica a todos los establecimientos con permiso sanitario de funcionamiento. Además, se permite el uso de caretas o protectores faciales como

complemento a la mascarilla. El decreto fue firmado por el presidente Carlos Alvarado y el ministro de Salud, Daniel Salas. Las autoridades han enfatizado la importancia de usar las mascarillas correctamente, cubriendo completamente la nariz y la boca, y han desaconsejado el uso de mascarillas con válvulas, ya que no ofrecen la misma protección (Ministerio de Salud, 2020r).

El 21 de setiembre, mediante comunicado institucional, se hace una nueva referencia sobre la adquisición de vacunas contra la Covid-19. El gobierno de Costa Rica indica que ha reservado \$7.200 millones para la compra de vacunas. Las autoridades indican que los fondos provienen de ahorros en intereses gracias a la gestión de la deuda interna y externa¹. Destacan que los recursos se asignarán al Ministerio de Salud y serán transferidos a la Comisión Nacional de Emergencias (CNE) para facilitar la compra. También destacan que el presupuesto se incluye en el tercer presupuesto extraordinario presentado a la Asamblea Legislativa (Ministerio de Salud, 2020s)

Además, en el comunicado se expone que el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense del Seguro Social y el Ministerio de Relaciones Exteriores están evaluando seis vacunas de diferentes laboratorios: AstraZeneca, Pfizer, Sinovac, Sinofarm, Moderna y Sputnik V. Se adelanta que la prioridad será vacunar a los grupos de riesgo y al personal de primera respuesta (Ministerio de Salud, 2020s).

Aunado a esto, el 25 de setiembre, el Gobierno comunica que Costa Rica se ha adherido al mecanismo COVAX-Facility, coordinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para obtener vacunas contra el COVID-19 para más de un millón de habitantes. De acuerdo con el comunicado de prensa, este acuerdo permitirá una cobertura poblacional de hasta el 20%. El gobierno costarricense ha firmado un acuerdo vinculante y realizará un primer pago de \$6.316.560 en octubre, lo que representa el 30% del precio promedio por dosis fijado por COVAX (Ministerio de Salud, 2020t).

El presidente de Costa Rica, Carlos Alvarado Quesada, destacó que este es uno de los esfuerzos del gobierno para garantizar la protección del derecho a la salud y apoyar la recuperación económica post-pandemia. Además, destaca que se están desarrollando otros esfuerzos para asegurar más vacunas, que se anunciarán próximamente (Ministerio de Salud, 2020t).

También es importante destacar que la detección del virus fue parte esencial de las medidas implementadas para el control de la pandemia. El 28 de setiembre de 2020, el Ministerio de Salud emite un lineamiento que autoriza a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) a utilizar pruebas de antígeno para el diagnóstico de Covid-19. De

acuerdo con el Ministerio de Salud, estas pruebas se utilizarán por razones de salud pública para aumentar la capacidad y respuesta de los laboratorios locales. Se destaca que las pruebas de antígeno son más rápidas y menos costosas que las pruebas PCR y se realizarán únicamente en personas que presenten síntomas de Covid-19 (Ministerio de Salud, 2020u).

Las pruebas de antígeno permitidas deben tener una sensibilidad mínima del 80% y una especificidad del 95%. En caso de un resultado negativo, se requerirá una prueba PCR confirmatoria. De acuerdo con la autoridad sanitaria, este tipo de testeo permitirá un abordaje más rápido en la investigación de brotes en lugares alejados y en instituciones como centros educativos y hogares de larga estancia (Ministerio de Salud, 2020u).

El 1 de octubre de 2020, el Gobierno de Costa Rica comunica que ha firmado un acuerdo con Pfizer y BioNTech para el suministro de su vacuna candidata contra el SARS-CoV-2. Este acuerdo permitirá vacunar a un millón y medio de personas. Se incide que las entregas de las vacunas comenzarán en el primer trimestre de 2021, sujetas al éxito de los estudios clínicos y la aprobación regulatoria (Casa Presidencial, 2020a), (Ministerio de Salud, 2020v).

El gobierno costarricense recibirá 3 millones de dosis de la vacuna BNT162b2, basada en ARNm. De acuerdo con el Ministerio de Salud, este esfuerzo se suma al acuerdo previo con el mecanismo COVAX-Facility, garantizando la vacunación para dos millones y medio de costarricenses. Los detalles financieros del acuerdo no se han revelado debido a la confidencialidad comercial (Casa Presidencial, 2020a), (Ministerio de Salud, 2020v).

Posteriormente, el 12 de noviembre de 2020, el Ministerio de Salud y la Comisión Nacional de Emergencias (CNE) informaron la firma un acuerdo con AstraZeneca para el suministro de un millón de dosis de su vacuna candidata contra el SARS-CoV-2, desarrollada junto con la Universidad de Oxford¹. Los jerarcas indican que este acuerdo permitirá vacunar a medio millón de personas, ya que se requieren dos dosis por persona (Ministerio de Salud, 2020w).

Las entregas de las vacunas comenzarán en el primer trimestre de 2021, siempre que los ensayos clínicos sean exitosos y se obtenga la aprobación regulatoria. Cada dosis tendrá un costo de \$4, sin incluir los gastos de distribución (Ministerio de Salud, 2020w).

También se destaca que este acuerdo se suma a los ya existentes con el mecanismo COVAX-Facility y con Pfizer y BioNTech, lo que permitirá vacunar a más de tres millones de personas en total (Ministerio de Salud, 2020w).

Por su parte, ante este acontecimiento, el Presidente de la República, Carlos Alvarado, señaló que:

Este importante avance en la tarea de prepararnos para vacunar a la población cuando las vacunas estén disponibles es resultado del gran trabajo que ha venido desarrollando la Comisión Nacional de Vacunas y refleja nuestro compromiso primordial de proteger la salud y la vida de la ciudadanía frente a la pandemia, utilizando todos los medios a nuestro alcance (Casa Presidencial, 2020b).

Entre los meses de noviembre y diciembre se consolida la etapa de adquirir y asegurar el acceso a la vacuna, la cual se desarrollará en el siguiente apartado. Y darán inicio las etapas del diseño del plan de vacunación así como la implementación de este.

La estrategia de contención implementada por Costa Rica durante 2020 evidenció cómo los legados robustos en materia de política social, una sólida capacidad estatal y las características de su régimen democrático convergieron para facilitar una respuesta sistemática, gradual y fundamentada en evidencia científica ante la crisis sanitaria. Estos elementos institucionales no solo fueron cruciales en la gestión inmediata de la pandemia, sino que también sentaron las bases para el posterior proceso de vacunación contra la COVID-19.

La respuesta costarricense se sustentó en un marco institucional consolidado, específicamente en la Política Nacional de Gestión del Riesgo 2016-2030, que facilitó la articulación efectiva entre Estado, sociedad civil y sector privado. Esta capacidad de coordinación multisectorial refleja una tradición de construcción institucional propia de su régimen democrático.

Desde las etapas más tempranas de la crisis, la capacidad estatal se manifestó en múltiples dimensiones: la movilización eficiente de recursos, la implementación de mecanismos de coordinación interinstitucional y la toma de decisiones basada en criterios técnicos. Incluso antes de confirmar su primer caso, Costa Rica había activado mecanismos institucionales de preparación, demostrando una capacidad de anticipación que sería característica a lo largo de toda su respuesta a la pandemia.

También, la capacidad estatal se evidenció en la temprana iniciativa en la gestión de adquisición de vacunas, donde Costa Rica destacó regionalmente por su capacidad de negociación internacional y planificación estratégica.

El desarrollo gradual de la estrategia de contención evidenció patrones propios de sistemas democráticos institucionalizados, como la adaptabilidad de las políticas públicas y la capacidad de realizar ajustes incrementales basados en evidencia. Esto se manifestó claramente en la implementación del modelo "El Martillo y el Baile", que permitió modular las restricciones según las condiciones epidemiológicas específicas de cada territorio, revelando una sofisticada capacidad de gestión territorial y adaptación contextual.

Los legados de política social del país, particularmente en el sector salud, fueron fundamentales para sostener una respuesta técnicamente sólida. La existencia de una infraestructura sanitaria robusta, personal especializado y sistemas de vigilancia epidemiológica permitió implementar estrategias de testeo, rastreo y aislamiento de casos.

La experiencia costarricense durante 2020 demuestra cómo la confluencia de legados robustos en política social, alta capacidad estatal y características propias de un régimen democrático institucionalizado pueden traducirse en una gestión efectiva de crisis sanitarias. Estos elementos no solo facilitaron la implementación de medidas de contención, sino que también generaron condiciones propicias para afrontar los desafíos subsiguientes de la vacunación, evidenciando la importancia de las trayectorias institucionales en la gestión de crisis de salud pública.

Programa de vacunación: entre los desafíos del abastecimiento y la solidez estratégica

Adquisición de la vacuna

Desde los primeros momentos en los que el Gobierno de Costa Rica empieza a comunicar su estrategia de adquisición de vacunas, las autoridades destacan la “alta calidad” de las vacunas que el país recibirá. El 11 de diciembre del 2020, mediante conferencia de prensa, representantes del Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social y Comisión Nacional de Emergencia expusieron los avances del país a las puertas del inicio de la campaña de vacunación contra la Covid-19 (Ministerio de Salud, 2020u).

En dicho espacio, el viceministro de Salud de Costa Rica, Pedro González, anunció que el país está adquiriendo vacunas contra COVID-19 de alta calidad en términos de seguridad y eficacia. Argumenta que estas vacunas han sido previamente aprobadas por agencias regulatorias estrictas de alto nivel a nivel mundial. Y enfatiza que la decisión se basa en la necesidad de garantizar la mejor protección posible para la

población costarricense, asegurando que las vacunas cumplan con los estándares internacionales más rigurosos (Ministerio de Salud, 2020u).

El martes 15 de diciembre de 2020, el Ministerio de Salud de Costa Rica autorizó el uso de emergencia de la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNTech. En un comunicado de prensa de la institución, se establece que la decisión se basó en la autorización de uso de emergencia emitida por la FDA de Estados Unidos. Además, se indicó que la Dirección de Regulación de Productos de Interés Sanitario (DRPIS) revisó y aprobó la solicitud, así como los documentos necesarios, incluyendo la certificación de buenas prácticas de manufactura y la información farmacológica. También, se destaca que aunque aún no hay una fecha exacta para la llegada de las primeras dosis a Costa Rica, se espera que la campaña de vacunación comience en el primer trimestre de 2021 (Ministerio de Salud, 2020aa).

Si bien el 21 de agosto de 2020 el Gobierno de Costa Rica indicó que habían iniciado conversaciones para la posible adquisición de otras vacunas como la AstraZeneca y Sinovac, no es hasta el 8 de abril de 2021 que la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE) aprobó el uso de la vacuna contra COVID-19 de AstraZeneca. De acuerdo con la Presidencia de la República, esta decisión se basó en la necesidad de diversificar las opciones de vacunas disponibles en el país para combatir la pandemia. Los jerarcas indican que la aprobación se realizó tras una revisión exhaustiva de la evidencia científica disponible sobre la seguridad y eficacia de la vacuna de AstraZeneca. Además, se mencionó que la vacuna será parte del portafolio de inmunizaciones que Costa Rica utilizará para proteger a su población contra el COVID-19 (Presidencia de la República de Costa Rica, 2021).

Por otro lado, el 16 de junio de 2021, la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE) decidió no comprar la vacuna contra COVID-19 de Sinovac tras analizar la información científica disponible. De acuerdo con el Ministerio de Salud, la decisión se tomó debido a preocupaciones sobre la eficacia y seguridad de la vacuna en comparación con otras opciones disponibles. La CNVE enfatizó la importancia de basar sus decisiones en evidencia científica sólida para garantizar la mejor protección posible para la población costarricense (Ministerio de Salud, 2021d).

De acuerdo con el Ministerio de Salud, esta decisión se fundamenta en lo establecido en la resolución MS-DM-RM-0933-2021, emitida el 26 de abril del 2021, en la que se establece la necesidad de que las vacunas que llegaran a Costa Rica posean una efectividad vacunal de al menos 60% para prevención de contagio, requisito que no

alcanza Sinovac (51%) según lo indicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Ministerio de Salud, 2021d).

Sin embargo, es importante destacar que el 1 de junio de 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) validó la vacuna Sinovac-CoronaVac para uso de emergencia. Esta validación asegura que la vacuna cumple con los estándares internacionales de seguridad, eficacia y fabricación. De acuerdo con la OMS, los resultados de eficacia mostraron que la vacuna previene la enfermedad sintomática en un 51% de los vacunados y previene la COVID-19 grave y la hospitalización en un 100% de los casos estudiados. La OMS también destacó la importancia de la vacuna para abordar la inequidad en el acceso a las vacunas a nivel mundial (OMS, 2021b).

El mismo 16 de junio de 2021, la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE) aprobó el uso de las vacunas de Johnson & Johnson en Costa Rica, lo cual le permitirá al país recibir dosis a través de donaciones o del mecanismo Covax (Ministerio de Salud, 2021e).

A pesar de la notable capacidad estatal demostrada por Costa Rica, especialmente en su gestión temprana para la adquisición de vacunas contra la COVID-19, el país enfrentó limitaciones significativas en su capacidad para garantizar un abastecimiento oportuno y suficiente de dosis. Esta dicotomía entre la eficiencia negociadora inicial y las restricciones en el suministro efectivo evidencia las complejidades inherentes al proceso de inmunización en el contexto de una demanda global sin precedentes. El primer lote de vacunas contra COVID-19 llegó a Costa Rica el 23 de diciembre de 2020. De acuerdo con el comunicado del Ministerio de Salud, este lote inicial incluye 9,750 dosis de la vacuna desarrollada por Pfizer-BioNTech. Estas forman parte de un acuerdo de compra existente entre Costa Rica y las empresas Pfizer y BioNTech para la adquisición de tres millones de dosis que ingresarán paulatina durante el 2020 y el 2021 (Ministerio de Salud, 2020x).

El Presidente Ejecutivo de la CCSS, Román Macaya, destaca que la llegada de estas vacunas marca el inicio de la campaña de vacunación en el país, con prioridad para los trabajadores de la salud y las personas mayores en centros de atención a largo plazo. Por su parte, el presidente Carlos Alvarado y el Ministro de Salud, Daniel Salas, recalcaron la importancia de este hito en la lucha contra la pandemia y agradecieron a todos los involucrados en el proceso de adquisición y distribución de las vacunas (Ministerio de Salud, 2020x).

En el acto de llegada estuvieron el presidente Alvarado, los ministros de Salud, Daniel Salas; de Seguridad Pública, Michael Soto; de Relaciones Exteriores, Rodolfo Solano, los presidentes ejecutivos de la CCSS, Román Macaya, y Comisión Nacional de Emergencias, Alexander Solís. Así como el viceministro de Salud, Pedro González, quien fue la persona que lideró el equipo técnico para la obtención de la vacuna (Ministerio de Salud, 2020x).

Costa Rica continuará recibiendo envíos de vacunas contra la COVID-19, iniciando con Pfizer-BioNTech y posteriormente con AstraZeneca, las primeras en obtener autorización en el país. Cabe destacar que Costa Rica se distingue a nivel regional por su transparencia en la gestión de la adquisición de vacunas, publicando información detallada sobre los lotes recibidos y sus costos, por lo que sí fue posible incluir información del 2022. En la Tabla 27 se presenta un desglose de las vacunas adquiridas:

Tabla 27

Vacunas adquiridas por Costa Rica, 2021-2022

FECHA	LOTE	CANTIDAD	ADQUISICION	TIPO_VX	ORIGEN_VX	ORIGEN_DON
23/12/2020	1	9 750	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
30/12/2020	2	11 700	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
7/1/2021	3	33 150	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
12/1/2021	4	33 150	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
19/1/2021	5	16 575	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
17/2/2021	6	79 560	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
23/2/2021	7	92 430	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
2/3/2021	8	109 980	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
9/3/2021	9	86 580	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
16/3/2021	10	84 240	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
23/3/2021	11	119 340	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
30/3/2021	12	73 710	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
5/4/2021	13	115 830	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
7/4/2021	14	43 200	COVAX	AstraZeneca	OCCIDENTE	NA
13/4/2021	15	113 490	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
19/4/2021	16	118 170	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
27/4/2021	17	117 000	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
4/5/2021	18	124 020	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
11/5/2021	19	124 020	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
13/5/2021	20	88 800	COVAX	AstraZeneca	OCCIDENTE	NA
19/5/2021	21	174 330	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
23/5/2021	22	204 000	COMPRA	AstraZeneca	OCCIDENTE	NA
25/5/2021	23	175 500	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
3/6/2021	24	79 560	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA

6/6/2021	25	204 000	COMPRA	AstraZeneca	OCCIDENTE	NA
10/6/2021	26	79 560	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
17/6/2021	27	80 730	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
24/6/2021	28	40 950	COVAX	Pfizer	OCCIDENTE	NA
24/6/2021	29	80 730	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
1/7/2021	30	80 730	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
8/7/2021	31	52 650	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
13/7/2021	32	503 100	DONACIÓN	NI	OCCIDENTE	USA
15/7/2021	33	79 560	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
22/7/2021	34	250 380	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
29/7/2021	35	163 200	COMPRA	AstraZeneca	OCCIDENTE	NA
29/7/2021	36	319 410	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
5/8/2021	37	198 900	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
12/8/2021	38	234 000	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
19/8/2021	39	243 360	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
27/8/2021	40	223 470	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
1/9/2021	41	204 000	COMPRA	AstraZeneca	OCCIDENTE	NA
2/9/2021	42	171 990	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
3/9/2021	43	319 200	DONACIÓN	NI	OCCIDENTE	Canadá
5/9/2021	44	69 600	DONACIÓN	NI	OCCIDENTE	España
5/9/2021	45	86 400	COVAX	AstraZeneca	OCCIDENTE	NA
9/9/2021	46	146 250	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
16/9/2021	47	157 950	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
24/9/2021	48	134 550	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
30/9/2021	49	142 740	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
2/10/2021	50	50 000	DONACIÓN	NI	OCCIDENTE	Austria
7/10/2021	51	107 640	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
14/10/2021	52a	108 680	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
14/10/2021	52b	130 000	DONACIÓN	Pfizer	OCCIDENTE	NI
15/10/2021	53	56 800	DONACIÓN	NI	OCCIDENTE	República Dominicana
21/10/2021	54	107 640	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
28/10/2021	55	105 300	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
4/11/2021	56	111 150	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
13/11/2021	57	111 150	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
14/11/2021	58a	224 800	COMPRA	AstraZeneca	OCCIDENTE	NA
14/11/2021	58b	31 400	DONACIÓN	AstraZeneca	OCCIDENTE	NI
18/11/2021	59	111 150	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
25/11/2021	60	111 150	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
2/12/2021	61	111 150	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
9/12/2021	62	111 150	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
15/12/2021	63	111 150	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
22/12/2021	64	225 810	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA

7/1/2022	65a	16 380	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
7/1/2022	65b	48 000	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
13/1/2022	66a	16 380	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
13/1/2022	66b	47 800	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
20/1/2022	67a	26 910	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
20/1/2022	67b	48 000	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
27/1/2022	68a	26 910	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
27/1/2022	68b	48 000	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
3/2/2022	69a	21 060	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
3/2/2022	69b	48 000	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
8/2/2022	70	309 600	DONACIÓN	Pfizer	OCCIDENTE	USA
9/2/2022	71	309 600	DONACIÓN	Pfizer	OCCIDENTE	USA
10/2/2022	72	230 400	DONACIÓN	Pfizer	OCCIDENTE	USA
11/2/2022	73	151 200	DONACIÓN	Pfizer	OCCIDENTE	USA
11/2/2022	74	500 760	DONACIÓN	NI	NI	España
14/2/2022	75a	21 060	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
14/2/2022	75b	48 000	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
15/2/2022	76	501 930	DONACIÓN	NI	NI	España
17/2/2022	77a	21 060	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
17/2/2022	77b	82 600	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
18/2/2022	78	500 000	DONACIÓN	Moderna	OCCIDENTE	España
24/2/2022	79a	21 060	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
24/2/2022	79b	78 000	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
1/3/2022	80	200 070	DONACIÓN	Pfizer	OCCIDENTE	Francia
3/3/2022	81a	21 060	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
3/3/2022	81b	120 000	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
7/3/2022	82	450 450	COVAX	Pfizer	OCCIDENTE	NA
9/3/2022	83	258 570	COVAX	Pfizer	OCCIDENTE	NA
11/3/2022	84a	63 180	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
11/3/2022	84b	120 000	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
17/3/2022	85	120 000	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
24/3/2022	86	120 000	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
31/3/2022	87a	19 890	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
31/3/2022	87b	120 000	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
13/4/2022	88	64 800	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
28/4/2022	89	61 200	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
23/6/2022	90	154 800	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
30/6/2022	91	151 200	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
7/7/2022	92	68 400	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
15/7/2022	93	68 400	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
20/7/2022	94	68 400	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
27/7/2022	95	68 400	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
2/8/2022	96	68 400	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
9/8/2022	97	68 400	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
17/8/2022	98	68 400	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
27/9/2022	99	300 000	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA

5/10/2022	100	150 000	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA

Nota. Elaboración propia a partir de Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE), (2021)

La Tabla 27 revela que, para finales del año 2021, Costa Rica había recibido un total de 64 lotes, que representan 8.421.615 dosis de vacunas. Sin embargo, es importante destacar que, para junio de 2021, es decir, durante el primer semestre de ese año, el país recibió 2.714.055, alrededor del 32,22% del total de dosis obtenidas durante el 2021. Tomando en cuenta que de esta vacuna se requieren dos dosis, durante este período, había dosis disponibles para alrededor de 1.357.027 personas, aproximadamente el 26% de la población total del país para el 2021.

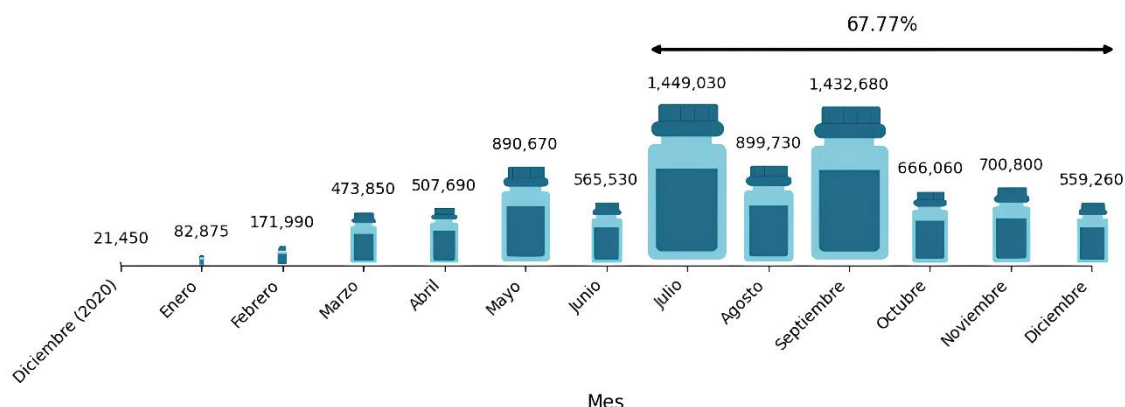
La gradualidad en la recepción de vacunas, evidenciada en la fragmentación del suministro en múltiples lotes y la concentración de casi dos tercios de las dosis en el segundo semestre, generó desafíos sustanciales para la planificación y ejecución de la campaña de vacunación. Esta situación evidencia las limitaciones en su capacidad para garantizar un abastecimiento oportuno y suficiente de dosis.

Si bien la restringida disponibilidad inicial de vacunas en Costa Rica puede atribuirse a las limitaciones del suministro global, el análisis comparado con otros países de la región sugiere la existencia de estrategias alternativas para mitigar estas restricciones. Casos como El Salvador y Chile demuestran cómo la diversificación estratégica de proveedores permitió alcanzar niveles más robustos de abastecimiento durante las etapas iniciales de la campaña de vacunación.

La Figura 10 muestra un significativo aumento en la recepción de vacunas en Costa Rica entre julio y septiembre de 2021, con 3.781.440 dosis adicionales que representaron el 44.90% del total. Sumado a esto, se evidencia que el mayor porcentaje de dosis recibidas por el país se concentró durante el segundo semestre de 2021, período en el cual arribaron el 67.77% del total. En concordancia con este aumento en la recepción de vacunas, la proporción de la población con dos dosis completas se elevó del 15.77% en junio al 48.78% en octubre.

Figura 10

Total de vacunas adquiridas por mes, Costa Rica, 2020-2021



Nota. Elaboración propia a partir de Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE), (2024)

A través de un comunicado de prensa, la Presidencia anunció que, a partir de julio de 2020, se espera un aumento significativo en el suministro de vacunas contra la COVID-19, lo que posibilita ampliar la cobertura de vacunación a toda la población mayor de 12 años. Este incremento en el suministro permitirá iniciar la inmunización de personas sin factores de riesgo y completar el esquema de vacunación en grupos vulnerables. La Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología ha adaptado su estrategia para incluir a toda la población adolescente y adulta, simplificando los requisitos de acceso a la vacuna (Casa Presidencial, 2021h).

Costa Rica adquirió la mayor parte de sus vacunas contra la Covid-19 a través de negociaciones directas con los fabricantes, según se detalla en la Tabla 28. El 66,72% de las dosis se obtuvo mediante acuerdos bilaterales de compra, mientras que el 26,61% provino de donaciones. Esta estrategia de adquisición demostró ser fundamental para garantizar el acceso a las vacunas en un contexto global marcado por una alta demanda y una oferta limitada. La capacidad de Costa Rica para negociar y adquirir vacunas de manera directa refleja la importancia de una gestión estatal eficiente para movilizar recursos, especialmente en momentos de crisis.

Tabla 28

Características de las vacunas adquiridas por Costa Rica a lo largo del 2021 y 2022

Adquisición	Suma de cantidad	Porcentaje de dosis
COMPRA	9 686 315.00	66.72%
OCCIDENTE	9 686 315.00	66.72%
AstraZeneca	1 000 000.00	6.89%

Pfizer	8 686 315.00	59.83%
COVAX	968 370.00	6.67%
OCCIDENTE	968 370.00	6.67%
AstraZeneca	218 400.00	1.50%
Pfizer	749 970.00	5.17%
DONACIÓN	3 863 660.00	26.61%
No se reporta	1 002 690.00	6.91%
No se reporta	1 002 690.00	6.91%
OCCIDENTE	2 860 970.00	19.71%
AstraZeneca	31 400.00	0.22%
Moderna	500 000.00	3.44%
NI	998 700.00	6.88%
Pfizer	1 330 870.00	9.17%
Gran Total	14 518 345.00	100.00%

Nota. Elaboración propia a partir de Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE), (2021)

Los datos presentados en la Tabla 28 revelan una característica distintiva en la estrategia de adquisición de vacunas de Costa Rica: la dependencia exclusiva de proveedores occidentales, tanto en las dosis obtenidas mediante compra directa como a través de donaciones. Esta concentración geográfica en el origen de las vacunas refleja una limitada diversificación de proveedores, lo cual incidió significativamente en la disponibilidad y el ritmo de abastecimiento de dosis durante el proceso de inmunización.

Finalmente, como parte del proceso de adquisición de vacunas en Costa Rica, se desprende un elemento que resulta clave en la estrategia de inmunización:

la transparencia informativa.

La implementación de la política de vacunación en Costa Rica refleja características distintivas de su régimen democrático, particularmente en lo referente a la transparencia y rendición de cuentas. El país se distinguió en el contexto centroamericano por su compromiso con la divulgación sistemática de información sobre el proceso de adquisición y distribución de vacunas, evidenciado en dos dimensiones fundamentales: la publicación regular de datos sobre la recepción de lotes a través de la Comisión Nacional de Emergencias (CNE) y la transparencia en la gestión de acuerdos contractuales con farmacéuticas.

Esta aproximación a la gestión informativa, que logró equilibrar la confidencialidad comercial con el derecho ciudadano a la información, encuentra su fundamento teórico en los planteamientos de Wigley y Akkoyunlu (2011), quienes sostienen que los regímenes democráticos tienden a desarrollar mejores políticas de salud

debido a tres factores esenciales: la obligación de rendir cuentas, la influencia de grupos de interés organizados y la sensibilidad ante la crítica pública.

La confianza institucional es uno de los elementos fundamentales a la hora de llevar a cabo campañas de vacunación masiva, no tanto porque los usuarios desconfíen del sistema público de salud, sino porque desconfían de las recomendaciones de los gobiernos. El mantenimiento de la confianza institucional es fundamental para los programas de inmunización masiva frente a la Covid-19. Un claro ejemplo lo tenemos en los bajos niveles de vacunación durante la pandemia por H1N1. La falta de confianza en las instituciones implicadas en la vacunación durante la pandemia H1N1, pudo haber generado un incremento de los escépticos ante la vacunación. Todo esto, junto a las teorías de la conspiración y las especulaciones acerca de que la respuesta a la pandemia por parte de los gobiernos había estado influenciada por los intereses comerciales de las grandes farmacéuticas, lo cual afectó los niveles de inmunización de la mayoría de los países (González-Melado & Di Pietro, 2021).

El proceso de adquisición de vacunas contra la COVID-19 en Costa Rica revela una paradoja significativa entre la capacidad institucional demostrada en la gestión inicial y los resultados efectivos en términos de disponibilidad de vacunas. Si bien el país destacó por su temprana iniciativa negociadora y por la transparencia en la gestión del proceso, características propias de su régimen democrático, la estrategia adoptada presentó limitaciones importantes que afectaron el desempeño en la campaña de vacunación.

La decisión de Costa Rica de priorizar exclusivamente vacunas occidentales, aunque fundamentada en rigurosos criterios científicos de calidad y eficacia, tuvo implicaciones significativas en múltiples dimensiones. En términos de cobertura, esta selectividad restringió la diversificación de proveedores, resultando en una disponibilidad limitada de dosis durante el primer semestre de 2021 -período crítico de la pandemia- cuando solo se logró cubrir aproximadamente al 30% de la población. En términos económicos, como lo evidencia el estudio de Augustovski et al. (2023), los costos adicionales asociados con la implementación de la campaña de vacunación superaron los ahorros generados por la reducción en los gastos de atención médica relacionados con los casos de Covid-19 que se evitaron. Esto significa que, aunque la vacunación previno un número significativo de casos, hospitalizaciones y muertes, los costos de la campaña (como la adquisición de vacunas, logística, y otros gastos operativos) fueron lo suficientemente altos como para que el balance neto resultara en un costo adicional en lugar de un ahorro (Augustovski et al., 2023).

La gradualidad en la recepción de vacunas, manifestada en la fragmentación del suministro en múltiples lotes y la concentración del 67.77% de las dosis en el segundo semestre de 2021, generó desafíos sustanciales para la planificación y ejecución de la campaña de vacunación. Esta situación contrasta con la experiencia de otros países de la región como El Salvador y Chile, que lograron un abastecimiento más robusto en etapas tempranas mediante la diversificación de proveedores.

No obstante, es importante destacar que el proceso también evidenció fortalezas institucionales significativas. La transparencia en la gestión informativa, característica distintiva del régimen democrático costarricense, contribuyó a mantener la confianza pública en el proceso, factor crucial para el éxito de campañas de vacunación masiva. Esta apertura informativa, que logró equilibrar la confidencialidad comercial con el derecho ciudadano a la información, distinguió a Costa Rica en el contexto centroamericano.

La experiencia costarricense plantea una interrogante crucial sobre por qué no se consideraron otras vacunas autorizadas por la OMS. Una mayor diversificación en el portafolio de vacunas podría haber acelerado el proceso de inmunización durante el pico de la pandemia, aprovechando el período de mayor receptividad de la población hacia la vacunación motivada por el temor al virus.

En síntesis, aunque Costa Rica demostró capacidades robustas en términos de gestión transparente y fundamentación técnica de decisiones, la rigidez en los criterios de selección de vacunas limitó la velocidad y alcance inicial de la campaña de vacunación, además de afectar su eficiencia económica. Esta experiencia sugiere la importancia de balancear los estándares de calidad con consideraciones pragmáticas de disponibilidad y costo-efectividad en contextos de emergencia sanitaria global.

Administración de la vacuna

Diseño del plan de vacunación

La implementación de la campaña de vacunación contra la COVID-19 en Costa Rica constituye una clara manifestación de los postulados teóricos de Scartascini y Tommasi, quienes conciben las instituciones como componentes esenciales y expresiones distintivas del régimen político. El diseño e implementación temprana de un marco institucional robusto para la vacunación evidencia elementos fundamentales de la relación entre el régimen político costarricense y su estrategia de inmunización.

Esta relación se materializa en tres dimensiones críticas: primero, la preexistencia de estructuras institucionales consolidadas, como la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y el Ministerio de Salud, que facilitaron una articulación expedita de la respuesta sanitaria; segundo, una delimitación precisa de roles y responsabilidades entre las distintas entidades estatales involucradas; y tercero, la presencia de organismos técnicos especializados, ejemplificados en la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE), con capacidad para establecer criterios de priorización fundamentados en evidencia científica.

Esta estructura institucional, como señalan Scartascini y Tommasi, propicia mejores resultados tanto en la formulación e implementación de políticas públicas como en los indicadores sociales y económicos derivados de estas (Scartascini & Tommasi, 2012, p. 5)

Diciembre de 2020 marcó un hito en la respuesta de Costa Rica ante la pandemia de COVID-19 con la llegada de las primeras vacunas y el inicio formal de la campaña de vacunación. Simultáneamente, se publicó el primer manual de procedimientos para guiar este proceso: “Manual de Procedimientos para la ejecución de vacunación contra COVID-19 en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social”. A diferencia de sus vecinos Nicaragua y El Salvador, Costa Rica presentó desde el inicio una estrategia de vacunación detallada, la cual se fue ajustando de manera gradual conforme avanzaba la implementación.

Según el documento de la CCSS, en diciembre de 2020 pasado, solo se contaba con una vacuna autorizada para iniciar la inmunización en el país. La Tabla 29 detalla las opciones de vacunas disponibles

Tabla 29

Vacunas contra Covid-19 aprobadas en Costa Rica, diciembre, 2020

Mecanismo	Vacuna	Características
COVAX	Se desconoce aún tipo de vacuna (Plataforma) o características de esta.	Esta vacuna se distribuirá a través del Fondo Rotatorio de la OPS. No se tiene certeza en qué fecha exacta del 2021 ingresaría al país. A través de este mecanismo se va a adquirir 2 millones de dosis.

Acuerdo Bilateral #1	BionTech/Pfizer	Esta vacuna es una vacuna de RNAm. Se mantiene estable por 6 meses a temperaturas de ultra baja temperatura (-70°C). Su estabilidad es de 5 días (120 horas) cuando se encuentra almacenada de 2 a 8 °C. Una vez preparada se debe de utilizar en las próximas 6 horas. De esta vacuna se han adquirido 3 millones de dosis, para vacunar a 1,5 millones de personas. Código almacenable: 1-11-44-0015
Acuerdo Bilateral #2	AztraZeneca/Universidad de Oxford	Esta vacuna es de vector viral replicante. Aún se desconoce otras características de esta vacuna. En el momento en que se conozcan estos datos se realizaría una actualización a este manual de procedimientos

Nota. Elaboración propia a partir de “Manual de Procedimientos para la ejecución de vacunación contra COVID-19 en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social”, (2024)

De acuerdo con el manual de procedimientos indicado, la CCSS establecía como objetivo principal implementar “a la brevedad la vacunación, con el objeto de retomar las actividades humanas normales para mediados o finales del año 2021, a través de la principal herramienta contra el COVID-19; su población vacunada e inmunizada”(Caja Costarricense del Seguro Social, 2020). Sin embargo, la limitada disponibilidad de vacunas durante el primer semestre de ese año dificultó significativamente el cumplimiento de esta meta.

La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) será la entidad encargada de administrar la vacunación contra la COVID-19. Las áreas responsables de supervisar este proceso serán(Caja Costarricense del Seguro Social, 2020):

- Gerencia de Logística
- Subárea de Vigilancia Epidemiológica – Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
- Dirección de Red de Servicios de Salud
- Coordinación Nacional de Enfermería
- Coordinación Nacional de Servicios farmacéuticos

El Ministerio de Salud, junto con sus direcciones y áreas rectoras, será el ente encargado de supervisar la implementación de la vacunación contra la COVID-19 a nivel nacional. Además, brindará apoyo a la CCSS en la planificación y ejecución de la Jornada de Vacunación contra COVID-19 (Caja Costarricense del Seguro Social, 2020).

Tomando en cuenta que las vacunas contra Covid-19 ingresarán a lo largo de todo el año 2021 en tramos, la CCSS destaca la importancia de apegarse a la priorización de

los grupos de vacunar. La Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE) estableció los siguientes grupos de riesgo (Caja Costarricense del Seguro Social, 2020):

Tabla 30

Grupos de riesgo para vacunar durante la Vacunación contra Covid-19

Primer grupo	Segundo grupo	Tercer grupo	Cuarto grupo	Quinto grupo
• Funcionarios y población internada en dichos centros de Larga Estancia. • Trabajadores de primera respuesta: CCSS, Salud, sector privado de salud, CNE, bomberos, Cruz Roja, cuerpos policiales de seguridad, tránsito, migración, penitenciarios, municipales, OIJ.	• Adultos de 58 años y más. (Independientemente del riesgo).	• Población de 18 años a menos de 58 años (57 años, 11 meses, 29 días) con presencia de alguna de las siguientes enfermedades: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Cardiopatías, Enfermedad Respiratoria Crónica, Asma, Epoc (Enfisema Pulmonar, Bronquitis Crónica), Enfermedad Renal Crónica, Obesidad Grado III y Mórbita, Cáncer	• Trabajadores del Ministerio de Educación Pública y privada, trabajadores de Poder Judicial, trabajadores del 911, PANI, CAI, que no están incluidos en los otros grupos anteriormente enumerados.	• Privados de Libertad no incluidos en los grupos anteriores. • Estudiantes de Ciencias de la Salud y técnicos afines que están realizando campos clínicos dentro de los establecimientos de salud de la CCSS) • Población de 40 años a 57 años que no estén incluidos en ninguno de los otros grupos de riesgo y que laboren en actividades de contacto al público que tenga impacto en el sector productivo: choferes, restaurantes, construcción, agricultura, atención al público, etc.

Nota. Elaboración propia a partir de “Manual de Procedimientos para la ejecución de vacunación contra COVID-19 en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social”, (2024)

Con respecto a la estrategia de vacunación, la CCSS destaca la importancia de que sea un proceso seguro y controlado, por lo que se estableció un procedimiento en cohortes de 3 semanas. En la primera cohorte de 3 semanas se aplicarían vacunas de primeras dosis. Y en la segunda cohorte de 3 semanas estarían aplicándose las segundas dosis. La institución indica que es de gran importancia que durante la Cohorte de 3 semanas

correspondiente a segundas dosis, se consideren todas las posibles actividades para garantizar que cada persona vacunada con la primera dosis reciba la 2da dosis de la misma vacuna (Caja Costarricense del Seguro Social, 2020). La Figura 11 sintetiza la estrategia descrita:

Figura 11

Estrategia de vacunación en cohortes de 3 semanas



Nota. Caja Costarricense del Seguro Social, “Manual de Procedimientos para la ejecución de vacunación contra COVID-19 en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social”, 2020

La micro planificación fue un componente fundamental de la estrategia de vacunación. La CCSS definió este proceso como la elaboración de listados detallados de las personas a vacunar en cada institución, incluyendo una evaluación previa de antecedentes médicos como alergias o contraindicaciones. Para los demás grupos poblacionales, se recomendó utilizar los listados existentes en el Expediente Digital Único en Salud (EDUS) y seguir un proceso de micro planificación similar (Caja Costarricense del Seguro Social, 2020).

De acuerdo con la institución, la micro planificación es esencial para garantizar una vacunación eficiente y segura. Es necesario definir claramente los grupos a vacunar cada semana y realizar una revisión exhaustiva antes de cada aplicación, considerando

los requerimientos específicos de esta vacuna, como tiempos, técnicas y procedimientos (Caja Costarricense del Seguro Social, 2020).

Esta aproximación metodológica propuesta por la CCSS refleja múltiples dimensiones de la capacidad estatal costarricense: primero, su efectividad para ejercer control territorial y materializar objetivos de política pública; segundo, su competencia en la gestión de recursos humanos e infraestructura sanitaria; y tercero, su habilidad para coordinar y sincronizar eficazmente los diversos componentes operativos orientados a mitigar el impacto de la pandemia.

Sobre los sitios de vacunación, la estrategia de vacunación contempla tanto sitios intramuros como extramuros. La CCSS reitera la importancia de una estrategia planificada, que no aumente el riesgo de contraer Covid-19 y que permita realizar una vacunación segura y controlada, garantizando la estabilidad de cada una de las vacunas aplicar así como la seguridad de las personas a vacunar (Caja Costarricense del Seguro Social, 2020).

La vacunación extramuros incluirá visitas domiciliarias, especialmente dirigidas a la población vulnerable. Estas visitas se realizarán siguiendo las pautas establecidas para profesionales de enfermería, jefes de departamento en áreas de salud, enfermeros de Atención Primaria, personal Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP) así Auxiliares de Enfermería, del Primer Nivel de Atención (Caja Costarricense del Seguro Social, 2020).

La institución destaca que no se vacunará a personas en cuarentena o con orden sanitaria. Además, se recomienda coordinar previamente las visitas para evaluar posibles contraindicaciones o alergias (Caja Costarricense del Seguro Social, 2020).

La vacunación intramuros debe tener coordinación y acceso con servicios de emergencias del establecimiento de salud así como tener coordinación previa con la Cruz Roja para que colaboren en caso de ser necesario ante una reacción anafiláctica (Caja Costarricense del Seguro Social, 2020).

La estrategia de vacunación contra la COVID-19 en Costa Rica refleja una diversificación en la provisión del servicio, en términos de las arquitecturas de la política de vacunación. Este abordaje dual, que integró tanto visitas domiciliarias como la utilización de establecimientos del sistema de salud para la aplicación de dosis, permite considerar la diversidad de poblaciones que recibirán el beneficio de la vacunación.

La información a la población también formó parte de la estrategia de vacunación en el país. La CCSS indica que la educación al usuario debe de ser obligatoria antes,

durante y después de la vacunación, por lo que se deben de seguir las siguientes pautas(Caja Costarricense del Seguro Social, 2020):

- Antes de vacunar, preguntar si padece de alguna alergia, si está embarazada, si es una persona anticoagulada (uso de heparina o Warfarina). Ya que en caso de cualquiera de estas condiciones la vacunación debe de ser intramuros.
- Explicar al usuario cual vacuna se le aplicará (Si Pfizer/BioNTech o si AstraZeneca) e indicarle que la segunda dosis debe de ser de la misma¹⁴. Además, se debe de reiterar la importancia de cumplir con la fecha de aplicación de la segunda dosis tal.
- Anotaren el carné de vacunación el tipo de vacuna y la fecha de aplicación de la primera y de la segunda dosis.
- Brindar información al usuario sobre los beneficios de recibir la vacuna y sobre los principales efectos secundarios y su manejo.
- Informar sobre los efectos secundarios reportados y sobre los que podrían presentarse cuando la misma empieza a aplicarse de manera masiva en la población.
- Explicar la forma en que se deben de notificar a la institución en caso de que se presenten efectos secundarios después de vacunados.

De acuerdo con la CCSS, la estrategia de vacunación incluirá un riguroso sistema de evaluación y monitoreo. Se implementará un instrumento de supervisión que permitirá realizar un seguimiento detallado del proceso a nivel local, regional y central. A nivel local, la evaluación se realizará mensualmente, mientras que a nivel regional se llevará a cabo trimestralmente. El nivel central, por su parte, realizará un monitoreo continuo de la supervisión en los niveles inferiores, ajustando la frecuencia según las necesidades identificadas (Caja Costarricense del Seguro Social, 2020).

Implementación del plan de vacunación: segura y controlada

De acuerdo con el procedimiento establecido, Costa Rica inició la vacunación contra la COVID-19 el 24 de diciembre de 2020. Según el Ministerio de Salud, como regalo de navidad, los primeros en recibir la dosis fueron dos adultos mayores del centro PROPAM y dos funcionarios del Centro Especializado de Atención de Pacientes con Covid-19 (CEACO) de la CCSS, según informó el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, 2020y).

¹⁴ Para diciembre de 2020, solamente se había aprobado el uso de Pfizer/BioNTech, sin embargo esto cambiará en abril de 2021, cuando se aprueba el uso de AstraZeneca. También, meses después, se aceptará la combinación de tipos de vacunas para completar el protocolo.

Según Leandra Abarca, coordinadora del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de la CCSS, la vacunación contra la Covid-19 se extenderá a lo largo de 2020 y 2021 de manera gradual, requiriendo la colaboración ciudadana para cumplir con el orden establecido de grupos prioritarios. Por su parte, Román Macaya, presidente ejecutivo de la CCSS, aseguró que la vacunación será segura y controlada, gracias a la capacitación del personal de salud (Ministerio de Salud, 2020y).

En enero del 2021, el Ministerio de Salud de Costa Rica informa que 2,455 personas recibieron la primera dosis de la vacuna contra la COVID-19 al inicio del nuevo año. De acuerdo con la institución, la vacunación se llevó a cabo en 27 establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), incluyendo hospitales y áreas de salud.

Los establecimientos en los que se lleva a cabo el proceso de vacunación consisten en un elemento destacado de la arquitectura de la política de vacunación en Costa Rica, específicamente en el componente ¿Quién provee el cuidado y dónde? La implementación de un modelo de vacunación descentralizado tiende a generar resultados más efectivos que uno centralizado debido a su capacidad para mejorar la accesibilidad y la agilidad operativa del proceso. Este modelo no solo reduce las barreras geográficas y facilita el acceso a poblaciones vulnerables, sino que también distribuye eficientemente la carga logística entre múltiples unidades de atención, evitando la concentración de personas en puntos únicos y optimizando el uso de recursos humanos y materiales a nivel local.

Adicionalmente, la descentralización fortalece la capacidad de respuesta y adaptación a las condiciones específicas de cada comunidad, mientras promueve la participación local y el aprovechamiento de recursos existentes en cada zona. Este enfoque tiende a facilitar la vinculación con líderes y organizaciones comunitarias, generando mayor confianza en el proceso, además contribuye a la sostenibilidad del proceso al basarse en infraestructura preexistente.

Sin embargo, a pesar de esto, el país también debió enfrentar las disposiciones de entrega de vacunas, establecidas por las empresas farmacéuticas. Como se puede observar en la Tabla 27, entre el 19 de enero y el 17 de febrero de 2021, el país no recibe ningún lote de vacunas, lo cual representa alrededor de un mes sin ingresos de dosis. El 21 de enero de 2021, el Gobierno de Costa Rica informa que recibió una comunicación formal de Pfizer en la que la empresa notifica que retomará envíos al país a mediados de febrero (Ministerio de Salud, 2021l).

En este contexto, la Caja Costarricense de Seguro Social comunica a la población que:

...la campaña de vacunación en el país no se detendrá, ya que la estrategia diseñada por las autoridades contempla un uso racional y ordenado de las vacunas e insumos, por lo que el abastecimiento actual permitirá continuar con la administración de la segunda dosis a las personas que ya recibieron la primera (Ministerio de Salud, 2021l).

La institución reitera que todas aquellas personas que ya recibieron su primera dosis tienen asegurada su segunda vacunación 21 días después (Ministerio de Salud, 2021l).

La obligatoriedad de la vacuna es otro elemento destacado durante esta etapa de atención de la pandemia. En febrero de 2021, la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología de Costa Rica, mediante Decreto Ejecutivo No.42889-S aprobó la obligatoriedad de la vacuna contra Covid-19 para los funcionarios del sector salud. Esta medida incluye a los empleados del Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social y aquellos que trabajan en la red de servicios de atención directa del Instituto Nacional de Seguros. La obligatoriedad también se extiende al personal de salud privado que se encuentre en las mismas condiciones de riesgo que el personal del sector público (Ministerio de Salud, 2021a). Esta disposición revela una robusta capacidad estatal para formular e implementar políticas públicas vinculantes y alcanzar objetivos sanitarios estratégicos.

La tensión entre el derecho colectivo a la salud y la libertad individual de cada persona fue un punto central en el debate sobre la obligatoriedad de la vacuna contra el COVID-19. Mientras se reconocía el derecho de la comunidad a protegerse de las epidemias, surgieron interrogantes sobre cómo lograr altas tasas de vacunación sin coartar las libertades individuales (Álvarez & Rumbo-Prieto, 2023), (González-Melado & Di Pietro, 2021), (Capella & Jääskeläinen, 2023).

En marzo de 2020, el país continuó con el plan de vacunación establecido, ajustando las disposiciones según la disponibilidad de vacunas. La Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología instruyó a la Caja Costarricense de Seguro Social a reducir la cantidad de vacunas contra COVID-19 en reserva, con el objetivo de agilizar la inmunización de adultos mayores ante una posible nueva ola de contagios. Así, las

reservas de tres semanas de dosis, que se mantenían desde el inicio de la campaña, se reducirán a una semana. Esta nueva disponibilidad de vacunas se destinará a la cobertura del grupo 2, mientras que el 20% ya programado para el grupo 1 continuará avanzando paralelamente (Ministerio de Salud, 2021b).

El caso costarricense revela una notable paradoja en su campaña de vacunación contra la COVID-19: mientras el país demostró una sobresaliente capacidad para la administración de dosis, evidenciada en su potencial para inmunizar a un volumen de población superior a las vacunas disponibles, simultáneamente enfrentó limitaciones significativas en su capacidad para asegurar un suministro suficiente de vacunas, particularmente durante el primer trimestre de 2021. Esta dicotomía pone de manifiesto las complejidades inherentes a la implementación de programas de vacunación en contextos de alta demanda global.

Según el Ministro de Salud, se está asumiendo un riesgo en caso de posibles retrasos o suspensiones en las entregas de vacunas por parte de las empresas farmacéuticas. Sin embargo, ante una inminente tercera ola de contagios, es vital sopesar estos riesgos y acelerar el ritmo de vacunación para la población de adultos mayores, con la esperanza de aumentar el porcentaje de inmunizados cuando esta nueva ola recrudezca, especialmente considerando la circulación de nuevas variantes del virus en el territorio nacional (Ministerio de Salud, 2021b).

En abril, con la llegada de las vacunas AstraZeneca, la CNVE autorizó a los centros de salud que ya habían vacunado al 80% del grupo 2 a iniciar la inmunización del grupo 3, compuesto por personas de 18 a 57 años con al menos un factor de riesgo. Con el objetivo de mantener el ritmo de vacunación, así como tener mayores opciones de utilización de la vacuna de AstraZeneca.

De acuerdo con el gerente Médico de la CCSS, Mario Ruiz Cubillo, la vacunación de personas con factores de riesgo entre 18 y 57 años se realizará con cita, comenzando con los de 57 a 50 años, utilizando listados del Sistema de identificación, agendas y citas (SIAC) del Expediente Digital Único en Salud (Edus). Las citas se asignarán mediante llamadas telefónicas desde las áreas de salud y la plataforma del Centro de Contacto de la Caja (905-2252000), que también resolverá dudas sobre adscripción y actualización de datos. Las personas con factores de riesgo atendidas en centros privados deben inscribirse a través de esta línea y presentar un dictamen médico al ser citadas. El jerarca de la Caja instó a las áreas de salud a localizar a las personas de 58 años y más aún no vacunadas y

pidió a este grupo mantener actualizados sus datos de contacto (Ministerio de Salud, 2021c)

El ministro de Salud, Daniel Salas Peraza, afirmó que la vacuna de Pfizer se seguirá utilizando en el grupo priorizado 2 debido a su menor intervalo entre dosis, acelerando así la inmunización de esta población vulnerable. La vacuna de AstraZeneca se aplicará a personas del grupo 1 y a mayores de 18 años con factores de riesgo, excepto mujeres embarazadas. También se autorizó su uso en personas del grupo 2 encamadas o en zonas de difícil acceso, y en mujeres en periodo de lactancia (Ministerio de Salud, 2021c).

De acuerdo con el jerarca, tomando en cuenta esta nueva medida, la CCSS debe fortalecer acciones para equiparar el avance en la vacunación entre áreas de salud, tales como el apoyo entre establecimientos de salud, para que aquellas con mejor avance, mayor capacidad instalada o condiciones más favorables den soporte a las que evidencian un menor avance (Ministerio de Salud, 2021c).

En el mes de mayo, el Gobierno de Costa Rica insiste en la necesidad de acelerar el proceso de vacunación para lograr la inmunidad de rebaño. La Comisión Nacional de Emergencias (CNE) está apoyando la aceleración de la campaña de vacunación mediante el préstamo y la instalación de carpas. Estas carpas se utilizarán tanto para la vacunación como para la realización de pruebas de Covid-19, con el objetivo de aumentar la capacidad de atención y facilitar el acceso a la vacunación en diferentes regiones del país. La medida busca mejorar la cobertura y accesibilidad para la población, reducir las aglomeraciones en los centros de salud y aumentar la velocidad de vacunación y detección de casos de Covid-19. La implementación de esta iniciativa se realiza en coordinación con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) para asegurar la logística y operación eficiente de las carpas (Casa Presidencial, 2021a).

Sumado a esto, se destaca tanto el arribo de vacunas como las nuevas compras gestionadas por el país. La Presidencia de la República comunica que el país ha decidido comprar 2 millones de dosis adicionales de la vacuna de Pfizer/BioNTech, que comenzarán a llegar en julio de 2021. La adquisición de estas dosis tiene como objetivo acelerar el proceso de vacunación, especialmente para el grupo 3. Se espera completar la vacunación de las personas mayores de 65 años para el 15 de mayo y del grupo 2 antes de finales de junio. La nueva adquisición también permitirá considerar la vacunación de menores de edad entre 16 y 18 años y servirá como reserva en caso de que se autorice la

vacunación para niños de hasta 12 años o para una eventual tercera dosis (Casa Presidencial, 2021b).

También, durante el mes de mayo se amplía el rango de edad del grupo 3, de manera que ya es posible vacunar a las personas entre 16 y 58 años con factores de riesgo. Sumado a esto, la CNVE indicó dar inicio con la inmunización de recolectores de residuos, personal de educación pública y privada, y otros sectores incluidos en el grupo 3 de vacunación. Esta decisión busca proteger a trabajadores esenciales que están en contacto constante con la comunidad y, por lo tanto, tienen un mayor riesgo de exposición al Covid-19 (Casa Presidencial, 2021c).

Además, debido a los avances simultáneos de distintos grupos, la CNVE asignó porcentajes específicos para cada uno. Se destinará el 80% de las dosis a la vacunación de los Grupos 2 y 3, así como a los casos restantes del Grupo 1, y hasta un 20% a las estrategias de inmunización del Grupo 4. Esto se realizará sin dejar de lado las estrategias específicas que pueda implementar la CCSS para abarcar a una mayor cantidad de población en menos tiempo (Casa Presidencial, 2021c).

Seguidamente, el 18 de mayo de 2020, el Gobierno de Costa Rica comunica que implementará cinco áreas de acción para enfrentar la pandemia de Covid-19, dentro de las cuales se destaca la aceleración en la vacunación. Por lo tanto, se llevará a cabo un plan para acelerar la vacunación contra el Covid-19, con el objetivo de aumentar el acceso a más dosis y fortalecer la aplicación de la vacuna en todas las regiones del país. Como parte de dicho plan, se destaca el inicio de la vacunación del grupo 4, así como la realización de gestiones con el Gobierno de China para adquirir la vacuna Sinopharm, que ya está en la lista de la Organización Mundial de la Salud, y se mantienen conversaciones con Estados Unidos para acceder a nuevos lotes de vacunas. Sin embargo, como se indicó anteriormente, la adquisición de la vacuna Sinopharm será desestimada por las autoridades competentes del país (Casa Presidencial, 2021d).

Durante el mes de mayo, la estrategia de vacunación en Costa Rica se caracteriza por limitaciones en la disposición de vacunas, que dificultan el avance del proceso de inmunización. Para este momento, habían arribado al país un total de 2.148.535 dosis. Una muestra de esto es la carta dirigida a la comunidad internacional, por parte Carlos Alvarado, presidente de la República, y otros jefes de Estado de América Latina y el Caribe, mediante la cual hacen un “llamado vehemente” para que el acceso a las vacunas contra el Covid-19 en el mundo sea equitativo (Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, 2021).

Durante el mes de junio, continúa ampliando la población a vacunar, la CNVE aprueba el uso de la vacuna de Pfizer para personas entre 12 y 16 años, quienes se incluyen en el grupo 3 (con factores de riesgo) y en el grupo 5 (sin factores de riesgo). También autoriza la vacunación contra Covid-19 de los internos universitarios en ciencias de la salud y técnicos afines que se incorporan a sus actividades académicas dentro de la Caja Costarricense del Seguro Social (Ministerio de Salud, 2020j), (Ministerio de Salud, 2021n).

Para este mes, se incorporaron nuevos lugares a la estrategia de vacunación del país. Las áreas de salud de Heredia-Cubujuquí, Heredia-Virilla y Belén-Flores establecieron un centro de vacunación en el mall Oxígeno, operando de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. El objetivo es aplicar gradualmente hasta 2.000 vacunas diarias a la población del tercer grupo. El único requisito es estar adscrito a estas áreas de salud y pertenecer al grupo 3. Además, en el mall Paseo de las Flores, en las instalaciones de la Universidad Americana, se habilitará un centro de vacunación el sábado 5 de junio, dirigido a las personas adscritas al Área de Salud Heredia-Virilla, enfocado en el grupo 3 y funcionando de 8:00 a.m. a 2:00 p.m., sin necesidad de cita previa (Casa Presidencial, 2021e).

La coordinación efectiva entre el sector público y privado durante la campaña de vacunación contra la COVID-19 en Costa Rica demuestra una dimensión significativa de la capacidad estatal: la habilidad para movilizar y articular recursos más allá del aparato gubernamental. Además, al igual que en otros meses, se destacan los avances en la estrategia de vacunación y especialmente aquellos relacionados con la disponibilidad de vacunas. El 7 de junio, la Presidencia de la República señala que el país ha superado las metas de aplicación e ingreso de vacunas contra el Covid-19 antes de lo proyectado para finales de junio de 2021. Se indica que han recibido más de 2.5 millones de dosis, permitiendo acelerar el proceso de vacunación y alcanzar una cobertura significativa en la población prioritaria. Además, se subraya la colaboración entre el gobierno, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y otras instituciones para lograr estos avances, así como el compromiso de continuar con la estrategia de vacunación para proteger a la población y avanzar hacia la recuperación económica y social (Casa Presidencial, 2021f).

Al cierre del primer semestre de 2021, la relación entre vacunas recibidas y aplicadas en Costa Rica demuestra una alta capacidad de administración, aunque la disponibilidad de vacunas sigue siendo insuficiente. La CCSS informó que, al 29 de junio, se habían administrado 2.440.385 dosis (Casa Presidencial, 2021g), mientras que el país

había recibido aproximadamente 2.714.055 dosis. Es decir, Costa Rica había administrado el 90% de las dosis recibidas. Considerando la reserva de dosis necesarias para una semana en caso de retrasos en la llegada de nuevos lotes, el país estaría utilizando prácticamente el 100% de las dosis disponibles.

A inicios de julio, el Ministerio de Salud confirmó que la posible habilitación del último grupo de vacunación contra la COVID-19 (personas mayores de 12 años y menores de 58 sin factores de riesgo) depende del incremento en la entrega de vacunas de Pfizer previsto para finales de mes. Esto implica que la apertura de la vacunación para toda la población está condicionada por la disponibilidad de vacunas y no por retrasos en la vacunación de los grupos anteriores (Ministerio de Salud, 2021m).

En julio, Costa Rica registró el mayor ingreso de dosis de vacunas. Según la Comisión Nacional de Emergencias (CNE), entre julio y septiembre llegarán más de 2.500.000 dosis para iniciar la vacunación de personas sin factores de riesgo y aplicar la segunda dosis a grupos vulnerables. La institución confirmó que durante el trimestre abril-junio, las autoridades habían establecido la meta de recibir 2,2 millones de vacunas, cifra que fue superada al alcanzar casi 2,8 millones de dosis. Esto permitió fijar una nueva meta de recibir más de 5,3 millones de vacunas provenientes de contratos de compra antes del 30 de septiembre. Hasta la fecha, Pfizer/BioNTech ha entregado 2.266.485 dosis y ha comunicado que, como parte del contrato con Costa Rica, enviará 2.355.210 dosis adicionales entre julio y septiembre. Los nuevos envíos serán más cuantiosos a partir de la segunda quincena de julio, y el total de vacunas recibidas en el trimestre julio-septiembre superará todas las recibidas durante los primeros seis meses del año (Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias, 2021a).

En julio, con el aumento en la disponibilidad de vacunas, comenzó la vacunación del grupo 5, ampliando significativamente la población que puede acceder a este beneficio. Durante el fin de semana del 16 y 17 de julio, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) llevó a cabo una maratónica campaña de vacunación contra el SARS-CoV-2, con el objetivo de aplicar 500 mil dosis en 10 días a personas de 40 años o más, con o sin factores de riesgo. Según el Gobierno, esto marca una transición de la vacunación por grupos priorizados a grupos etarios (Casa Presidencial, 2021i).

Para alcanzar esta meta, la institución se organizó y preparó en sus 105 áreas de salud y varios centros hospitalarios. Las áreas de salud vacunaron a la población de 40 años o más adscrita a cada área, mientras que los centros hospitalarios realizaron la

vacunación independientemente del lugar de residencia, hasta agotar existencias (Casa Presidencial, 2021i).

Se destaca que la distribución de las dosis es proporcional a la cantidad de personas pendientes de vacunar en cada región. Esta etapa no requiere citación previa; las personas deben presentarse en los puntos de vacunación según las indicaciones de su área de salud (Casa Presidencial, 2021i). Este enfoque ha sido un elemento clave en la estrategia de vacunación del país, permitiendo ajustar el plan nacional a los avances registrados localmente.

El mes de junio finaliza con la ampliación etaria del grupo 5, de manera que las personas mayores de 20 años ya pueden tener acceso a la vacuna contra el COVID-19. De acuerdo con el Gobierno, la decisión responde al interés de ir ampliando el acceso de la población a la primera dosis, manteniendo la disposición de que las áreas de salud continúen inmunizando a personas adscritas a su área en tanto a los centros de vacunación de hospitales pueden asistir personas de cualquier parte del país (Casa Presidencial, 2021j).

Durante el mes de agosto, la mayor disponibilidad de vacunas se hizo evidente, ya que las principales acciones de la estrategia de vacunación se orientaron a incentivar a la población a vacunarse. En su visita al centro de vacunación extramuros del Área de Salud Desamparados 3, ubicado en Parque La Libertad, el presidente de la República, Carlos Alvarado, aseguró que toda persona que reciba su primera dosis contra la COVID-19 tendrá garantizada la segunda dosis. El mandatario confirmó la disponibilidad de vacunas para la segunda dosis y reiteró que se están realizando esfuerzos para asegurar más dosis y acelerar el proceso de vacunación. Además, hizo un llamado a la población para que asuma su responsabilidad y se vacune (Casa Presidencial, 2021k).

En esta misma línea, y con el objetivo de completar la mayor cantidad de esquemas de vacunación en el menor tiempo posible, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) adelanta la aplicación de la segunda dosis de la vacuna a la población de entre 30 y 57 años. Según explicó el doctor Mario Ruiz Cubillo, gerente médico de la institución, la intención es reducir el intervalo entre las dos dosis de la vacuna contra la Covid-19 de 12 a 8 semanas para este grupo etario. Esta decisión responde al escenario epidemiológico del momento, caracterizado por un incremento de casos tras la llegada de la variante Delta al país. De acuerdo con el funcionario, este cambio constituye una respuesta dinámica a las variaciones observadas en el comportamiento de la enfermedad (Casa Presidencial, 2021l).

Durante el mes de setiembre, el país continúa ampliando la población que podrá recibir el beneficio de la vacunación. Mediante una iniciativa ejecutada por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en colaboración con el Ministerio de Salud y el Sistema de Naciones Unidas¹⁵, el país ha iniciado la vacunación de la población migrante regular, irregular y refugiada residente en el país, siempre que cumplan con los requisitos establecidos en el manual de vacunación vigente, tales como documento de identidad y demostración de arraigo en el territorio. Es importante destacar que la condición de aseguramiento no es requisito para la vacunación (Ministerio de Salud, 2021f).

En esta misma línea, se destaca la vacunación de personas en situación de calle, logrando avances significativos en San José, Pérez Zeledón, Cartago, Puntarenas, Quepos y Limón, entre otros lugares. Las autoridades han reconocido la valiosa colaboración de organizaciones locales, religiosas y de la sociedad civil, que han establecido alianzas con las autoridades de salud para facilitar este progreso (Casa Presidencial, 2021m).

Durante el mes de septiembre, con el objetivo de facilitar el acceso a la vacuna para las personas trabajadoras, el área de salud Heredia-Virilla ha implementado vacunatorios en las instalaciones de zonas francas y empresas privadas con alta concentración de personas. Según la Presidencia de la República, esta estrategia ha sido desarrollada en coordinación con la administración de las zonas francas y empresas con alto volumen de empleo, marcando un avance significativo en la ruta hacia la inmunidad colectiva necesaria en el país, así como una innovación en la estrategia. Zonas francas ubicadas en Lagunilla, La Aurora y Barreal de Heredia son algunos de los parques industriales que han adoptado esta estrategia, beneficiando a numerosos usuarios que encuentran difícil asistir a otros vacunatorios (Casa Presidencial, 2021n). Este es otro ejemplo de la coordinación efectiva entre el sector público y privado durante la campaña de vacunación contra la COVID-19

Finalmente, durante el mes de setiembre, la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología aprobó la obligatoriedad de la vacunación contra la Covid-19 para todos los funcionarios públicos, mandato establecido mediante Decreto Ejecutivo No.42889-S. Además, se ha facultado a los empleadores del sector privado para que también puedan establecer la vacunación obligatoria en sus empresas. De acuerdo con Casa Presidencial,

¹⁵ La Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE) acuerda que, del 8 al 14 de octubre del 2021 en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, se realizará una jornada especial de vacunación contra COVID-19 dirigida a población migrante irregular residente.

esta medida busca aumentar la cobertura de vacunación y proteger la salud pública en el país (Ministerio de Salud, 2021g)¹⁶.

A lo largo del mes de octubre, se continúa ampliando la población a vacunar y se incluye como parte de la estrategia, la aplicación de las dosis de refuerzo. De acuerdo con el Ministro de Salud, a partir del lunes 25 de octubre de 2021, se abrirá la vacunación contra la Covid-19 para menores de edad entre 12 y 17 años, quienes podrán vacunarse en cualquier vacunatorio habilitado y en los horarios y cantidad de dosis disponibles en cada centro. El gerente médico de la CCSS destaca que es la disponibilidad de vacunas lo que permite dar inicio con este grupo (Ministerio de Salud, 2021h).

En esta misma línea, el 25 de octubre de 2021, la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE) confirma que suscribió un nuevo contrato con la empresa Pfizer-BioNTech para garantizar la obtención de vacunas para el año 2022, con el objetivo de asegurar las dosis necesarias para proteger a la niñez, así como las terceras dosis del personal de primera respuesta, población adulta mayor y personas inmunosuprimidas (Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias, 2021b).

Además, durante este mes, debido a la disponibilidad actual de dosis de la vacuna AstraZeneca y al tiempo transcurrido desde que el personal de las instituciones de primera respuesta completó su esquema de vacunación contra la Covid-19, la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE) acordó que los funcionarios de estas entidades, que hayan completado su esquema con AstraZeneca o Pfizer, puedan recibir, de forma voluntaria¹⁷, una dosis única de refuerzo (Ministerio de Salud, 2021i).

En noviembre de 2021, se retoma la discusión sobre la obligatoriedad de la vacuna, de manera que, la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE) ratificó que la inmunización contra Covid-19 es obligatoria para todas las personas menores de edad. De acuerdo con el Gobierno de Costa Rica, esta decisión se toma

¹⁶ De acuerdo con el Informe de Estado de la Nación 2022, en agosto de 2021, se registró la primera acción colectiva del período de estudio en la que se criticó la vacunación obligatoria, ya que fue considerada como experimental, peligrosa y en detrimento de la integridad de las personas usuarias. Para octubre, la protesta en contra de la vacunación comenzó a tomar mayor fuerza, lo que demandó espacios de diálogo a la Defensoría de los Habitantes, así como al Poder Legislativo en general. En este caso, la narrativa en contra de la vacunación también cuestionó la posibilidad del estado de obligar a la niñez a vacunarse, lo cual fue considerado como una amenaza a la salud de las niñas y los niños, así como al papel de las madres, los padres y las personas tutoras.

¹⁷ En febrero de 2022, La Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE) acuerda la obligatoriedad de tercera dosis de vacuna contra el Covid-19 para funcionarios públicos y menores entre 12 y 18 años.

amparados en la Ley General de Salud, el Código de la Niñez y la Adolescencia, en resguardo del principio del interés superior del niño, la niña y el adolescente y considerando que desde marzo 2021 la vacuna contra Covid-19 es parte del esquema básico oficial de vacunación. Además, se destaca que padres, madres, representantes legales así como las instituciones públicas, tienen la responsabilidad de que la vacunación obligatoria de las personas menores de edad se lleve a cabo oportunamente, (Ministerio de Salud, 2021o).

La CNVE aprobó en diciembre la administración de una dosis de refuerzo contra la COVID-19 para las personas que residen o trabajan en hogares de larga estancia, incluyendo adultos mayores y personas con discapacidad. Esta medida es completamente voluntaria (Ministerio de Salud, 2021j). El Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) comunican que la aplicación de dosis de refuerzo para la población restante, dependerá de la disponibilidad de vacunas (Ministerio de Salud, 2021j).

Conforme avanza el mes, la aplicación de terceras dosis se irá expandiendo a otros sectores de la población. Por ejemplo, el Ministerio de Salud comunica que, a partir del 14 de diciembre, bajo el eslogan “Reforzá tu escudo”, los equipos vacunadores de la CCSS colocarán la tercera dosis de la vacuna a las personas de 65 años y más que se aproximen a los establecimientos de salud (Ministerio de Salud, 2021k).

Durante la última semana de diciembre, el personal de salud de la CCSS intensificó la campaña de vacunación contra la COVID-19 en más de 263 puntos a lo largo del país. El objetivo principal es completar los esquemas de vacunación con la tercera dosis en personas mayores de 65 años. Sin embargo, ante la baja demanda en algunos centros, se autorizó la vacunación de personas a partir de los 60 años. Además, se continúan aplicando primeras y segundas dosis según disponibilidad (Casa Presidencial, 2021o)

El Gobierno de Costa Rica destaca que cada establecimiento de salud desarrolla diferentes estrategias y activa planes de contingencia según disponibilidad de vacunas y características del contexto, por ejemplo, algunas áreas de salud incorporan las visitas domiciliarias para personas que presentan problemas de movilidad o que viven en localidades de difícil acceso (Casa Presidencial, 2021o).

Esta capacidad de adaptación contextual se alinea con los planteamientos teóricos de Boda y Sebők (2021), quienes argumentan que los patrones de estabilidad y cambio en las políticas públicas están intrínsecamente vinculados al tipo de régimen político.

Específicamente, los autores sostienen que los regímenes democráticos se caracterizan por desarrollar sistemas de formulación de políticas con mayor capacidad adaptativa, característica que se evidencia claramente en la flexibilidad del modelo costarricense.

Costa Rica demostró una notable agilidad en la administración de vacunas contra la COVID-19 durante 2021. El balance al cierre de diciembre de ese año revela una gestión óptima del suministro: de las 8.421.615 dosis recibidas, se administraron 7.756.348, manteniendo una reserva estratégica de 665.267 dosis. Esta relación entre dosis recibidas y administradas evidencia una capacidad sobresaliente en la implementación del programa de inmunización.

Esta efectividad en la gestión puede comprenderse a la luz de los planteamientos de Blofield et al. (2023), quienes argumentan que los legados de política pública delimitan el marco de opciones disponibles para los tomadores de decisiones. En el contexto de la pandemia, donde la premura temporal fue un factor crítico, la preexistencia de herramientas institucionales cobró especial relevancia. Los autores señalan que en países con programas de inmunización consolidados, como Costa Rica, los decisores políticos pudieron aprovechar no solo infraestructuras preexistentes -como bases de datos de usuarios y redes de distribución-, sino también utilizarlas como modelo para una mayor expansión de la protección social (Blofield et al., 2023, p. 26).

El primer semestre del 2022 es un mes de transición en cuanto a la estrategia de vacunación en el país. Por un lado, porque en febrero de 2022 se llevan a cabo las elecciones nacionales para elegir la Presidencia de la República así como la Asamblea Legislativa y los resultados conllevan a un cambio significativo en la administración. Además, porque la pandemia entra en otra etapa, en la que los niveles de riesgo se van reduciendo, en gran medida por los resultados de la vacunación, por lo que las acciones llevadas a cabo por los gobiernos también cambian.

De esta forma, entre enero y mayo de 2022, período restante de la administración Carlos Alvarado, los elementos destacados de la estrategia de vacunación son la aplicación de las dosis de refuerzo, especialmente para los grupos prioritarios así como la administración de dosis pediátricas.

El 11 de enero de 2022, la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE) anunció el inicio de la aplicación paulatina de vacunas en niños y niñas de entre 5 y 11 años. La institución comenzará con el grupo de 11 años y reducirá la edad de vacunación en un año, aproximadamente cada tres o cuatro semanas, hasta llegar al grupo de 5 años. Este proceso dependerá de la confirmación y llegada de las vacunas pediátricas,

que según Pfizer/BioNTech, se extenderá a lo largo del primer semestre (Ministerio de Salud, 2022a).

En esta misma línea, la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE) indica que, durante el 2022, el país ha priorizado la recepción de dosis pediátricas para acelerar la inoculación de los niños y niñas de 5 a 11 años. El Presidente de la CNE, Alexander Solís, destaca que actualmente se cuenta con suficientes vacunas para adultos que permiten cubrir el esquema de tercera dosis, por lo que el país ha priorizado en las últimas semanas el ingreso de la vacuna pediátrica de cara al ingreso de las lecciones presenciales (Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias, 2022).

A partir de abril de 2022, Costa Rica amplió la cobertura vacunal contra la Covid-19, ofreciendo la tercera dosis a toda la población mayor de 18 años. Con el reciente arribo del lote 88 de vacunas, el Presidente de la República, garantiza la disponibilidad de dosis suficientes para inmunizar a todas las personas mayores de 5 años, según corresponda (Casa Presidencial, 2022).

En mayo del 2022, inicia una nueva etapa en la campaña de vacunación en Costa Rica, tanto por el momento en el que se encontraba la pandemia como por el cambio de administración. Una de las primeas medidas de la nueva Ministra de Salud, Joselyn Chacón Madrigal, emite el decreto ejecutivo No.43543-S, mediante el cual se “insta a todas las instituciones públicas del Estado y al sector privado costarricense a no aplicar sanciones de despido en los casos de funcionarios que no cuentan con el Esquema de Vacunación Covid-19 (Presidencia de la República de Costa Rica, 2022).

Esta medida ha sido respaldada por las declaraciones del nuevo Presidente de la República, Rodrigo Chaves, en su cuenta de Twitter. En su mensaje, el Presidente recomendó a la población vacunarse, aunque subrayó que Costa Rica es un país democrático y que “este Gobierno respeta la autonomía de la voluntad de los costarricenses; es decir, su libertad. En ese sentido hemos emitido un decreto que le permite a usted ejercer esa voluntad de manera individual y personal” (Semanao Universidad, 2022b).

Por su parte, la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología (CNVE), acordó en la sesión ordinaria XII-2022 del 26 de mayo, mantener la obligatoriedad de la vacunación contra Covid-19 en trabajadores del sector público y sector privado, según el Decreto Ejecutivo 43249-S de octubre 2021 (Ministerio de Salud, 2022b).

Los eventos de mayo de 2022 marcan un punto de inflexión significativo en la política de vacunación costarricense, caracterizado por una reconfiguración fundamental tanto en el enfoque como en la conceptualización de la inmunización. Esta transformación evidencia cómo los diferentes estilos de liderazgo político y los roles ejercidos, pueden impactar sustancialmente la implementación de políticas públicas, incluso en ámbitos técnicos como la salud pública.

En primer lugar, se evidencia un cambio paradigmático en la aproximación a la salud pública, transitando desde un modelo basado en la obligatoriedad y la responsabilidad colectiva -promovido por el liderazgo de la administración Alvarado- hacia uno que privilegia la autonomía individual bajo el gobierno de Chaves. La emisión del decreto ejecutivo No.43543-S, que desalienta las sanciones laborales relacionadas con la vacunación, representa no solo un distanciamiento significativo del enfoque previo, sino también una manifestación concreta de cómo diferentes estilos de liderazgo pueden reinterpretar y reconfigurar políticas públicas existentes. Este giro se refuerza con el posicionamiento explícito del Presidente Chaves, quien enmarca la vacunación como una decisión estrictamente personal, evidenciando cómo el liderazgo político puede reconfigurar narrativas en torno a políticas públicas.

En segundo término, esta transformación refleja cómo distintos tipos de liderazgo pueden redefinir el rol del Estado en la gestión de crisis sanitarias. Mientras el liderazgo de la administración Alvarado se caracterizó por un ejercicio activo de la capacidad regulatoria estatal para promover la vacunación masiva como herramienta de protección colectiva, el estilo de liderazgo de Chaves adopta una postura más distante, priorizando la no intervención estatal en decisiones individuales sobre la salud. Este contraste ilustra cómo los liderazgos políticos pueden moldear no solo la implementación práctica de políticas públicas, sino también la interpretación fundamental de la relación entre Estado, salud pública y derechos individuales.

Esta evolución en la política de vacunación costarricense demuestra que, incluso en políticas públicas con un fuerte componente técnico, el liderazgo político puede ser un factor determinante en su implementación y en la forma en que estas son comunicadas y legitimadas ante la sociedad. El caso evidencia cómo diferentes estilos de liderazgo pueden resultar en interpretaciones y aplicaciones distintivas de una misma política pública, incluso cuando las condiciones institucionales y técnicas permanecen relativamente constantes.

En este contexto, varios gremios del sector salud en país criticaron la postura del Presidente Rodrigo Chaves sobre la obligatoriedad de la vacunación contra el Covid-19 y el uso de mascarillas. Los sindicatos consideran estas medidas incongruentes con la situación epidemiológica actual, ya que el país atraviesa la quinta ola de la pandemia. Edwin Solano, presidente de la Unión Médica Nacional, expresó su preocupación por la falta de protección en los centros de salud y exigió al gobierno presentar los criterios técnicos que justifican la eliminación de estas disposiciones. Asimismo, el Sindicato Nacional de Enfermería (Sinae Afines) solicitó claridad sobre las decisiones tomadas al respecto y un informe técnico que las respalde. Los gremios subrayan la importancia de mantener medidas preventivas para proteger tanto a los pacientes como al personal de salud (Semanario Universidad, 2022a)

En agosto de 2022, durante una conferencia de prensa, el Presidente Rodrigo Chaves cuestionó el desempeño de la Comisión Nacional de Vacunación (CNVE). Según el mandatario, la CNVE ha sesionado de forma ilegal desde 2020, ya que dos de sus miembros continuaron en sus cargos a pesar de que sus nombramientos habían vencido, lo que invalidaría todos los actos de dicha instancia conforme a la ley de Costa Rica. Además, el Presidente solicitó a la Ministra de Salud investigar la compra masiva de vacunas contra la Covid-19, argumentando que se adquirieron “millones de dólares en vacunas en un momento en que la tasa de vacunación estaba disminuyendo. Ahora vamos a tener una cantidad considerable de vacunas que no se usarán porque se vencerán”. Finalmente, Chaves pidió a la Ministra suspender la obligatoriedad de la vacunación debido a la ilegalidad en la que operó la CNVE desde 2020, pero mantener la disponibilidad de vacunas para quienes deseen inmunizarse (Semanario Universidad, 2022c).

La discusión sobre si la vacuna contra Covid-19 debería o no formar parte del esquema de vacunación del país se extendió hasta el mes de marzo del 2023, cuando el Presidente de la República, emite decreto ejecutivo que establece que la vacunación contra la Covid-19 ya no es obligatoria en personas mayores de edad. El mandatario comunica esta decisión de la siguiente forma:

Compatriotas les tengo muy buenas noticias: misión cumplida. El ministro interino y yo acabamos de firmar un decreto que hace que las personas que quieran vacunarse contra la Covid-19 tengan acceso a la vacuna pero que las personas que no quieran vacunarse en el ejercicio de la independencia de su voluntad no tengan

obligatoriamente que vacunarse y que no vayan a perder sus trabajos (Ministerio de Salud, 2023).

Si bien no es posible establecer el impacto de esta situación en el proceso de vacunación en Costa Rica, es importante tomar en cuenta la influencia de un liderazgo como el de Rodrigo Chaves en el desarrollo de esta política. Una vez superada la etapa más crítica de la pandemia en términos epidemiológicos, la administración de Chaves incentiva la concepción de la vacunación como un tema individual y no como un asunto colectivo para el bienestar de la población. Las razones y consecuencias de este giro se deberán de profundizar en futuros trabajos.

Si bien el alcance de este análisis no permite determinar el impacto específico en el proceso de vacunación costarricense, resulta pertinente considerar las implicaciones del cambio en el liderazgo político con la llegada de Rodrigo Chaves a la presidencia. Una vez superada la fase más crítica de la emergencia epidemiológica, la nueva administración promovió un giro significativo en la conceptualización de la vacunación, transitando desde una perspectiva de salud pública colectiva hacia un enfoque centrado en la decisión individual.

Este cambio paradigmático en el abordaje de la política de inmunización plantea interrogantes relevantes para futuras investigaciones, particularmente en lo referente al papel de los liderazgos presidenciales en la implementación de política social.

¿Cómo explicar el desempeño de vacunación en Costa Rica?

La base del desempeño costarricense se asienta en un robusto legado de sus políticas de salud pública, especialmente en materia de vacunación. Este legado se evidenció en la capacidad que tuvo el país en la administración de las vacunas disponibles. De los más de 8.4 millones de dosis recibidas durante el 2021, el país logró administrar cerca de 7.7 millones, manteniendo solo una reserva estratégica necesaria.

La provisión del beneficio, parte de la arquitectura de su política de inmunización, se caracterizó por su versatilidad, desplegando estrategias diversificadas que incluían tanto vacunación intramuros como extramuros, visitas domiciliarias, centros de vacunación en espacios comerciales y alianzas público-privadas para llegar a zonas francas.

Sin embargo, el principal obstáculo que enfrentó Costa Rica fue la limitada capacidad para asegurar un suministro adecuado de vacunas, especialmente durante el

primer semestre de 2021. La arquitectura de la política de vacunación en el país presentó limitaciones en el componente de financiamiento, ya que, si bien lograron adquirir un importante porcentaje de vacunas mediante compras directas, al depender principalmente de un número reducido de proveedores, afectaron inicialmente la velocidad de sus campañas de inmunización.

Partiendo de esto, es pertinente preguntarse por qué Costa Rica presentó un desempeño de vacunación tan diferente al de países como Chile, con los que comparte similitudes en cuanto a factores sectoriales que pueden influir en el proceso de vacunación contra la Covid-19. Ambos países contaban con programas de inmunización robustos durante el año de la pandemia, lo que podría indicar que los legados de la política de vacunación generarían mejores condiciones para la implementación de la política de vacunación contra la Covid-19. Además, los dos casos registran una alta capacidad administrativa.

Sin embargo, cuando se comparan indicadores como, por ejemplo, el porcentaje de población vacunada con una dosis durante el primer semestre del 2021, las diferencias entre Chile y Costa Rica son significativas. OWD muestra que, con el último corte de cada país en junio del 2021, Chile reportaba la vacunación del 64.91% de la población, mientras que Costa Rica un 31.45%. Esto a pesar de que ambos países iniciaron la campaña en el mes de diciembre.

Tomando en cuentas las diferentes áreas del desarrollo de la política de vacunación, se considera que el principal obstáculo que enfrentó Costa Rica fue el de adquirir y asegurar el acceso a la vacuna (Maldonado et al., 2023). Durante el primer semestre del 2021, Costa Rica había recibido vacunas suficientes para vacunar con dos dosis al 26% de su población, mientras que, para este mismo momento, Chile contaba con las vacunas necesarias para vacunar al 68.79% de su población.

La mayor cantidad de vacunas disponibles utilizadas en Chile se relaciona estrechamente con la variedad de las vacunas adquiridas. Costa Rica utilizó solamente vacunas occidentales: Pfizer, AstraZeneca y Moderna (esta última mediante la donación de un solo lote). Por su parte, Chile hizo uso de vacunas tanto occidentales como no occidentales: Pfizer, AstraZeneca, CanSino y Sinovac.

Como se mencionó anteriormente, al finalizar el año 2021, el saldo de vacunas no aplicadas en Costa Rica fue considerablemente reducido. De hecho, se puede afirmar que las vacunas no aplicadas correspondían a las necesarias para mantener la reserva de una semana establecida por el Ministerio de Salud. Por lo tanto, se podría concluir que,

durante dicho período, las tasas de vacunación en el país no aumentaron significativamente debido a la falta de vacunas disponibles para administrar. Esta situación pone sobre la mesa la pregunta ¿Por qué el país no consolidó acuerdos bilaterales para adquirir otro tipo de vacunas?

La respuesta a esta pregunta introduce un eje de discusión complejo, ya que cada una de las formulaciones de las vacunas disponibles entre 2020 y 2021 presenta ventajas y desventajas en el contexto latinoamericano. Todas estas vacunas ofrecen cierta protección contra el COVID-19, pero con distintos niveles de eficacia (Drexler & Hoffmann, 2021, p. 7). Además, los debates sobre la eficacia de cada una de las vacunas durante la pandemia no llegaron a un consenso, lo que llevó a que cada país desarrollara sus propias discusiones internas.

Teniendo claro lo anterior, sin omitir la importancia de la discusión sobre la eficacia pero reconociendo que es una variable que se sale del presente estudio, los resultados de la vacunación en el caso de Costa Rica, se vieron influenciados por las acciones del gobierno para adquirir y asegurar el acceso a la vacuna, porque a pesar de basar su decisión en la selección de una de las mejores vacunas, el Gobierno no logró asegurar la cantidad suficiente para satisfacer la demanda, especialmente durante el primer semestre del 2020.

Con respecto a los factores explicativos de la dimensión política, Costa Rica es el único país de la región considerado como una democracia liberal a lo largo del período estudiado. Como se indicó anteriormente, en relación con las políticas del sector salud, Wigley y Akkoyunlu (2011), argumentan que las democracias tienden a implementar mejores políticas y resultados de atención médica, debido a factores como la rendición de cuentas, la presión de los grupos de interés y la susceptibilidad a la crítica pública (Wigley & Akkoyunlu-Wigley, 2011, p. 4).

Sin embargo, en el proceso de vacunación en Costa Rica, se registra un cambio que evidencia la importancia del liderazgo político como factor explicativo. Durante los primeros dos años de la pandemia, el presidente de la República, Carlos Alvarado, se caracterizó por cumplir los roles de soberano, facilitador y simbólico, con un compromiso alto para enfrentar la pandemia. Participando sistemáticamente en la toma de decisiones para enfrentar la pandemia, coordinado con las diferentes instancias involucradas y se posicionó como un actor clave en este contexto. Sin embargo, el cambio de gobierno en el país pone al frente a una figura que asume otros roles, así como un nivel de compromiso distintos con el tema.

Tal y como se indicó anteriormente, el nuevo Gobierno liderado por el Presidente Rodrigo Chaves con el apoyo de la recién designada Ministra de Salud, refuerzan la idea de la vacunación como una decisión individual contraria a entenderla como una necesidad social. Durante esta nueva gestión, se presentan importantes cambios en la política de atención de la pandemia en general y de la vacunación en específico:

- Eliminación de la obligatoriedad de la vacuna contra la COVID-19 para empleados públicos: Chaves decretó que la vacunación contra la COVID-19 ya no sería obligatoria para los empleados del sector público.
- Eliminación de la obligatoriedad de vacunación en menores de 12 años: suspensión de la aplicación de los alcances del decreto ejecutivo n°43364 del 13 de diciembre del 2021, que reformó el Reglamento a la Ley Nacional de Vacunación (decreto ejecutivo n°42889-s) que hizo obligatoria la vacuna COVID-19 para las personas menores de edad, específicamente en cuanto a sus alcances para niños de 12 a 17 años.
- Retiro del uso obligatorio de mascarillas: Se eliminó la obligatoriedad del uso de mascarillas, excepto para los funcionarios de salud de primera línea.

Este tipo de medidas se llevaron a cabo en un momento en el que, si bien se habían alcanzado las metas de primeras y segundas dosis, el porcentaje de personas que habían recibido al menos una dosis de refuerzo, era de apenas el 50%.

Como ya se ha mencionado, en regímenes presidencialistas, como los que predominan en la región, la figura del presidente ostenta un poder inigualable para moldear el curso de las políticas públicas. El presidente, como líder máximo del país, tiene la capacidad de definir la agenda política, asignar recursos, comunicar mensajes y movilizar a la población, acciones todas ellas cruciales para el éxito de una campaña de vacunación efectiva. Por lo tanto, se considera que este cambio en el liderazgo puede contribuir a explicar el desempeño de un país como Costa Rica en términos de sostenibilidad del proceso de vacunación.

Panamá: legados robustos, democracia electoral y escasez de vacunas

En el contexto centroamericano, Panamá destacó, junto con Costa Rica, por su desempeño en la política de vacunación, posicionándose como el segundo país con mejores resultados en las dimensiones de cobertura, suficiencia y equidad.

La presencia de instituciones especializadas como el Instituto Gorgas de Estudios de la Salud fortaleció la capacidad nacional para la realización de pruebas diagnósticas de COVID-19 y el seguimiento epidemiológico del virus. No obstante, a pesar de contar

con esta infraestructura sanitaria robusta y la inversión realizada, Panamá registró una tasa de exceso de mortalidad significativamente superior a la de Costa Rica durante 2021, situándose entre los países con mayor incremento a nivel regional (Ortiz, 2021, p. 71).

Es notable que, aun compartiendo características estructurales con Costa Rica, como un sólido legado en políticas públicas y una alta capacidad administrativa, Panamá mostró resultados divergentes en indicadores clave. Por ejemplo, en el indicador de Cobertura durante el primer período (T1), su desempeño fue inferior al costarricense, con una diferencia de alrededor de 10 puntos porcentuales.

El análisis del caso panameño evidencia que los factores sectoriales, como un legado institucional robusto y elevadas capacidades administrativas no constituyen, por sí mismos, garantía suficiente para asegurar un desempeño óptimo ante situaciones de shock. Esta observación subraya la necesidad de examinar variables adicionales que podrían incidir significativamente en los resultados de las campañas de vacunación. En el contexto centroamericano, la experiencia de Panamá se erige como un caso que ilustra la complejidad inherente a la implementación de políticas públicas durante periodos de emergencia

Despliegue institucional, control sanitario y resistencia

Plan protégete Panamá

La respuesta inicial de Panamá ante la emergencia del COVID-19 se caracterizó por un temprano despliegue institucional orientado hacia la prevención y el control sanitario. El 28 de enero de 2020, anticipándose a la confirmación de casos en el territorio nacional, el gobierno panameño estableció mediante el Decreto No.64 un marco normativo que facultaba al Ministerio de Salud (MINSa) para implementar las medidas sanitarias necesarias contenidas en el Plan Nacional Ante la Amenaza por el Brote del Coronavirus (Ministerio de la Presidencia, 2020a).

Desde el mes de febrero de 2020, El Centro de Operaciones de Emergencias de Salud (CODES) del Ministerio de Salud de Panamá (MINSa) se mantiene en sesión permanente para monitorear el comportamiento del nuevo Coronavirus. El viceministro de Salud, Luis Francisco Sucre, destacó la importancia de esta vigilancia continua, que incluye la coordinación con diversas autoridades como el Servicio Nacional de Migración y el Aeropuerto de Tocumen, así como con puertos, fronteras y la Autoridad del Canal de Panamá. Según el MINSa, El objetivo es proteger la salud de la población mediante una vigilancia y respuesta constante (MINSa Panamá, 2020b).

En el mes de marzo, la Comisión de Asesores del Ministerio de Salud de Panamá inició su proceso de acompañamiento para minimizar los efectos del Covid-19. En su primera reunión, la ministra de Salud, Rosario Turner, destacó que la situación se está abordando como un tema de Estado. Se han asignado presupuestos para la adquisición de insumos y equipos necesarios para la atención de posibles casos de Covid-19. La comisión, compuesta por expertos en salud y logística, apoyará los protocolos y planes estratégicos para fortalecer los procesos en hospitales, policlínicas y centros de salud (MINSA Panamá, 2020c).

Durante estos primeros meses, el MINSA, reúne con influenciadores y periodistas para discutir la campaña de prevención del Covid-19. Durante la sesión, se enfatizó la importancia de reforzar los servicios de salud, la vigilancia y la provisión de insumos en todo el país. Además, se anunció la disponibilidad de una línea de emergencia para la atención y orientación en caso de registrarse casos de Covid-19. La ministra de Salud, Rosario Turner, liderará las conferencias de prensa y se emitirán comunicados diarios para mantener informada a la población (MINSA Panamá, 2020d).

El 9 de marzo de 2020, el MINSA confirmó el primer caso de Covid-19 en el país. A partir de este acontecimiento, la institución empieza implementar medidas epidemiológicas para pasar de una fase de contención a mitigación, con el objetivo de reducir la propagación del virus (MINSA Panamá, 2020e). En ese sentido, MINSA confirma que sigue los protocolos de la OMS/OPS y ha implementado medidas como la suspensión de actividades masivas y clases en ciertas regiones hasta el 7 de abril. Además, insta a la población a seguir medidas preventivas como el lavado de manos y evitar saludos físicos (MINSA Panamá, 2020f).

Como parte de las medidas de contención de la pandemia, el Gobierno de Panamá implementa estrategias de coordinación con distintos sectores de la sociedad civil. El Ministerio de Salud (MINSA) firmó un convenio con universidades públicas y privadas del país. Este acuerdo tiene como objetivo fortalecer la colaboración en áreas de investigación, formación académica y desarrollo de proyectos conjuntos. De acuerdo con la institución, la alianza busca mejorar la calidad de la educación y la salud en Panamá, promoviendo la innovación y el intercambio de conocimientos entre las instituciones educativas y el sector salud (MINSA Panamá, 2020g).

En esta misma línea, se destaca la coordinación del MINSA con otros sectores como el de transportistas, con el que también se estableció una alianza para utilizar los vehículos de transporte como vallas móviles para difundir mensajes de prevención y

educación. Los transportistas se comprometieron a apoyar las campañas del MINSA y a ser agentes multiplicadores de las medidas de prevención (MINSA Panamá, 2020h).

Lo anterior evidencia cómo los regímenes democráticos requieren y fomentan la participación de múltiples actores en la toma de decisiones, así como la existencia de diversos controles institucionales.

Durante el mes de marzo, por medio de constantes comunicados de prensa, el MINSA posiciona el problema en torno al cumplimiento de las medidas sanitarias establecidas por el Gobierno. El MINSA, amparado en el decreto 472 que prohíbe la aglomeración de personas, lleva a cabo constantes acciones de inspección y control, tanto en locales comerciales como en eventos privados (MINSA Panamá, 2020j) (MINSA Panamá, 2020i).

A partir de la conceptualización de capacidad estatal propuesta por Skocpol (1985), que la define como la habilidad del Estado para movilizar recursos, controlar el territorio y cumplir sus objetivos políticos, es posible identificar limitaciones significativas en la respuesta gubernamental panameña durante la fase inicial de la pandemia. Específicamente, se evidenció una brecha entre la formulación de políticas sanitarias y su efectiva implementación, manifestada en la persistente resistencia de la sociedad civil para acatar las medidas de restricción de movilidad establecidas. Esta disparidad entre las disposiciones gubernamentales y su cumplimiento efectivo reveló desafíos sustanciales en la capacidad del Estado para ejercer control territorial y alcanzar los objetivos de política pública en el contexto de la emergencia sanitaria. El 20 de marzo de 2020, el país anuncia la implementación del “Plan protégete, Panamá” para combatir la propagación del Covid-19. Este plan se compone de seis anillos de seguridad:

- Quédate en Casa: Campaña para que las personas permanezcan en sus hogares si no tienen actividades esenciales.
- Programa ROSA: Consultorio virtual para atender casos con síntomas respiratorios a través de WhatsApp o la línea 169.
- Módulos de Atención: Instalación de módulos en centros de salud para atender pacientes con síntomas respiratorios.
- Notificación Individual de Caso Obtenido (NICO): Notificación de resultados de pruebas a los pacientes en sus hogares, con seguimiento y atención domiciliaria si es necesario.

- Hospital Modular: Un hospital con 200 camas para atender a pacientes graves de COVID-19.
- Fase de Recuperación: Uso de hoteles para que los pacientes completen su recuperación con monitoreo clínico adecuado.

Como parte de este plan, el MINSA destaca la implementación de tecnologías de la información. En colaboración con la Autoridad de Innovación Gubernamental (AIG), subraya la implementación exitosa de la plataforma virtual R.O.S.A. (Respuesta Operativa de Salud Automática). De acuerdo con la institución, esta herramienta permite que las personas con síntomas de Covid-19 sean atendidas de manera virtual a través de WhatsApp o la línea telefónica 169. Dependiendo de la evaluación inicial, los pacientes pueden recibir atención médica virtual, visitas de equipos de respuesta rápida o ser trasladados en ambulancia si es necesario (MINSA Panamá, 2020). En esta misma línea, el MINSA presentó el portal web <https://yomeinformopma.org>, como centro de información oficial sobre el Covid-19 en Panamá.

La implementación de estas iniciativas demuestra la capacidad del Estado panameño para movilizar recursos tecnológicos en su estrategia de contención pandémica, evidenciando un proceso de innovación institucional que posteriormente se extendería a la fase de inmunización. Esta adaptación tecnológica refleja la habilidad estatal para desarrollar e incorporar herramientas digitales como instrumentos de política pública, tanto en la gestión inicial de la crisis sanitaria como en el posterior proceso de vacunación. En el marco del “Plan protégete Panamá”, el Gobierno Nacional de Panamá anunció el inicio de una cuarentena nacional obligatoria a partir del 25 de marzo de 2020. El Presidente de la República, Laurentino Cortizo Cohen, informó que la cuarentena comenzaría a las 5:01 a.m. Sumado a esto, el MINSA informó que las reglas de movilidad, se implementarán de manera gradual y de acuerdo con el último número de la cédula de identidad personal o del pasaporte (MINSA Panamá, 2020k).

A pesar de lo anterior, el Gobierno Nacional de Panamá implementó nuevas reglas de movilidad a partir del 1 de abril de 2020 para reducir los contagios de Covid-19. De acuerdo con las autoridades de salud, debido a la gran cantidad de personas que seguían circulando a pesar de la cuarentena obligatoria, se decidió que la movilidad estaría condicionada por el sexo registrado en la cédula de identidad. Las mujeres podían salir los lunes, miércoles y viernes, mientras que los hombres podían hacerlo los martes, jueves y sábados. Los domingos, todos debían permanecer en sus hogares (MINSA Panamá, 2020l)

En este sentido, el MINSA señala que ningún país estará totalmente preparado para combatir el virus, si la población no asume la responsabilidad de proteger la salud individual y colectiva de sus habitantes (MINSA Panamá, 2020l). Este posicionamiento institucional evidencia cómo, incluso con una capacidad administrativa alta, el cumplimiento de las medidas de control de la movilidad parece no estar siendo efectivo. Lo anterior subraya una tensión fundamental entre la capacidad formal del Estado para establecer medidas y su dependencia de la colaboración activa de la sociedad civil para alcanzar los objetivos propuestos.

Durante el mes de abril, el país le da especial importancia a la realización de pruebas para la detección del virus. El Ministerio de Salud de Panamá (MINSA) ha instalado un centro de toma de muestras de Covid-19 en los estacionamientos del Centro de Convenciones de Amador. Este centro está destinado a pacientes referidos por la línea 169 y cuenta con un equipo técnico de respuesta rápida. De acuerdo con la institución, esta iniciativa forma parte de la estrategia para masificar las pruebas de hisopado y detectar oportunamente casos positivos de COVID-19, permitiendo así iniciar el tratamiento necesario de manera rápida (MINSA Panamá, 2020m). Además, el MINSA ha habilitado otros puntos de toma de muestras, como el Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación, que opera de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. (MINSA Panamá, 2020n).

En esta misma línea, el MINSA inicia operaciones de un nuevo centro de hisopado masivo “auto rápido” en las instalaciones de la Empresa Nacional de Autopistas (ENA). Este centro permite a las personas realizarse la prueba sin bajarse del auto y recibir los resultados en 24 horas. Los pacientes citados por la línea 169 llegan a los cubículos, donde dos enfermeras toman el hisopado. Si el resultado es negativo, se notifica a través de la “Notificación Individual de Caso Obtenido” (NICO); si es positivo, un personal de salud informa al paciente para iniciar el proceso de atención médica (MINSA Panamá, 2020r).

El gobierno de Panamá destaca que Panamá se ha posicionado como el tercer país de la región que más pruebas de Covid-19 realiza por millón de habitantes, después de Canadá y Chile. De acuerdo con el MINSA, esta estrategia ha permitido la detección temprana de casos, lo que ha contribuido a evitar que los contagios evolucionen a casos graves y decesos (MINSA Panamá, 2020s).

La capacidad demostrada por el Estado panameño en la implementación de estrategias de detección y trazabilidad del virus refleja su desempeño en la gestión tanto del recurso humano como de la infraestructura sanitaria durante una crisis sin precedentes. Esta experiencia estableció los fundamentos operativos necesarios para la posterior fase

de inmunización masiva. En términos de comunicación, durante este mes se destaca el programa “Yo me informo Panamá” transmitido por SERTV, en el cual la Ministra de Salud de Panamá, Rosario Turner Montenegro, participó respondiendo a preguntas del público a través de redes sociales. Turner enfatizó la importancia de que las personas se mantengan en casa debido a las semanas difíciles que se avecinan para el sistema sanitario. La jerarca destaca la labor del gobierno, que si bien ha tomado medidas sanitarias, en ocasiones un poco drásticas, se hace por la seguridad colectiva (MINSA Panamá, 2020o).

Durante el mes de abril, el Gobierno de Panamá insiste en la importancia de que la población se mantenga en casa para combatir la propagación del Covid-19. El Ministro de Seguridad, Juan Pino, enfatizó que el virus necesita un ser vivo para transportarse y que, si las personas se quedan en casa, el virus morirá. En el comunicado No.43 del MINSA, también informó sobre las medidas de seguridad implementadas, señalando que 797 personas fueron detenidas por violar la cuarentena, incluyendo 43 menores de edad. Las provincias con mayor incidencia de detenciones fueron Panamá Oeste, Panamá Centro, Herrera y Chiriquí (MINSA Panamá, 2020p).

Los datos anteriores evidencian que la implementación de las restricciones a la movilidad en este país presenta deficiencias significativas en su nivel de cumplimiento y efectividad. En esta misma línea, como parte de las medidas de seguridad, el día 8 de abril de 2020, el presidente de la República, Laurentino Cortizo Cohen, informó a través de su cuenta de Twitter que “por la seguridad sanitaria del país y para preservar la vida de los panameños, durante el sábado 11 y domingo 12 nadie podrá salir a la calle para cumplir con la cuarentena total”. El Ministro de Seguridad, Juan Pino, informó que 589 personas han violado la cuarentena en las últimas 24 horas, incluyendo 46 menores de edad. Ante este relajamiento, se están evaluando medidas más estrictas, como la suspensión de la licencia de conducir por tres meses para los infractores (MINSA Panamá, 2020q).

Otra de las medidas de seguridad adoptadas por las autoridades competentes fue la de implementar “cercos sanitarios. Por ejemplo, el 18 de abril de 2020, el MINSA informa que la comunidad de Koskuna, ubicada en el corregimiento de Veracruz mantiene un alto contagio de Covid-19, razón por la cual, han tomado la decisión de aplicar un cerco sanitario en este sector del distrito de Arraiján. El Viceministro de Salud, Luis Francisco Sucre, afirma que estas estrategias de salud pública están basadas en la alta propagación del virus en este sector (MINSA Panamá, 2020u).

En seguimiento al “Plan Protégete Panamá”, en el mes de abril se inaugura el hospital Integrado “Panamá Solidario”, en Albrook, para atender a pacientes graves de Covid-19. El MINSA destaca que esta obra fue construida en 28 días, cuenta con 100 camas, 20 cuartos individuales, tres centrales de enfermería, una sala de cuidados intensivos y semi intensivos, área de farmacia, laboratorio clínico, área de tomografía, esclusas de bioseguridad y zonas de descanso para el personal de salud. De acuerdo con el comunicado de prensa, el hospital fue entregado por el Ministro de Obras Públicas, Rodolfo Sabonge, al Presidente de la República, Laurentino Cortizo, y a la Ministra de Salud, Rosario Turner (MINSA Panamá, 2020t).

Por medio del comunicado No. 63, presentado a finales del mes de abril, la Ministra de Salud advirtió que la cuarentena por la pandemia de Covid-19 no ha terminado, a pesar de cierta confusión en la población. Expresó su preocupación por el aumento de la circulación de vehículos en las calles y destacó que el índice de contagio creció con respecto a la semana anterior. También, se destaca el número de personas detenidas por violar las medidas de cuarentena total, de las cuales 343 son adultos (MINSA Panamá, 2020v).

En esta misma línea, en el comunicado No.64, la Ministra de Salud enfatizó que quedarse en casa sigue siendo crucial para enfrentar la pandemia de COVID-19 y avanzar hacia la “nueva normalidad”. También, se informa que el Gobierno Nacional está evaluando los mecanismos para llevar al país hacia esta “nueva normalidad”. Proceso que, de acuerdo con el MINSA, se realizará de manera gradual y basado en criterios científicos que aseguren la paz y la salud de todos, sin importar raza, religión, nacionalidad o clase social. Sin embargo, el MINSA insiste en que las cifras recientes de personas que infringen la cuarentena nacional decretada para evitar la propagación del virus indican que una parte de la población aún no ha comprendido que quedarse en casa es esencial para salvar sus vidas y las de sus familiares, amigos y vecinos (MINSA Panamá, 2020w).

En el mes de mayo, las autoridades gubernamentales, continúan haciendo un llamado al cumplimiento de las medidas sanitarias. El viceministro de Salud de Panamá, Luis Sucre, solicita a la ciudadanía respetar las medidas sanitarias establecidas por el Gobierno Nacional, destacando la importancia del distanciamiento físico para evitar la propagación del Covid-19. Sucre expresó su preocupación por el incumplimiento de la cuarentena tanto por hombres como por mujeres, lo que ha dificultado la reducción del índice de transmisión efectiva del virus (MINSA Panamá, 2020x).

En el marco de lo que el Gobierno de Panamá ha denominado la “nueva normalidad”, durante los primeros días del mes de mayo, se anuncia la reapertura de ferreterías, permitiendo que estas vendan sus productos en línea y los entreguen a domicilio, sin contacto físico con los clientes. Según el MINSA, esta medida forma parte de un esfuerzo más amplio para reactivar la economía mientras se mantienen las precauciones necesarias para evitar la propagación del virus. El MINSA también desarrolló una guía sanitaria específica para estas ventas en línea (MINSA Panamá, 2020y).

Paralelamente, el MINSA informó que sus direcciones regionales están llevando a cabo inspecciones en supermercados a nivel nacional. El objetivo de estas inspecciones es asegurar que los establecimientos cumplan con las medidas sanitarias establecidas para prevenir la propagación del Covid-19. Entre las medidas verificadas se encuentran el distanciamiento físico, el uso obligatorio de mascarillas y la disponibilidad de gel antibacterial. Durante las inspecciones, los directores regionales hicieron un llamado a los comercios para que garanticen el cumplimiento de estas medidas, especialmente en las largas filas que se forman para canjear los “bonos digitales”. Estas filas representan un riesgo significativo de contagio, por lo que se instó a los supermercados a regular el número de personas dentro de los locales (MINSA Panamá, 2020z).

A lo largo de este mes, el Ministerio de Salud de Panamá (MINSA) reitera la necesidad de prepararse para la “nueva normalidad” post Covid-19. La ministra de Salud subrayó que las instrucciones del MINSA no son opcionales, sino esenciales para preservar la salud y la vida de los panameños. La nueva hoja de ruta del MINSA incluirá una estricta vigilancia epidemiológica y el cumplimiento de normativas de bioseguridad (MINSA Panamá, 2020aa).

La vigilancia del cumplimiento de normas sanitarias es una característica fundamental durante esta etapa. El 9 de mayo de 2020, el MINSA emitió un comunicado informando sobre las inspecciones realizadas a nivel nacional para asegurar el cumplimiento de las normas sanitarias establecidas para prevenir la propagación del Covid-19. Estas inspecciones verificaron que tanto los negocios como las personas respeten las disposiciones sanitarias, incluyendo la venta de licor únicamente a través de entrega a domicilio. La institución confirma que esta medida fue reforzada debido a la circulación de videos y fotografías que mostraban violaciones a las disposiciones sanitarias (MINSA Panamá, 2020ab). Esta será una actividad constante a lo largo de este período.

La persistencia en el incumplimiento de las normativas sanitarias en Panamá puede vincularse con características específicas de su sistema político. Si bien el país mantiene un régimen democrático, el Instituto V-Dem le asigna una calificación inferior a la de Costa Rica. Esta disparidad institucional también se evidencia en el Índice de Percepción de la Corrupción 2021 (CPI, por sus siglas en inglés), elaborado por Transparencia Internacional, que evalúa los niveles percibidos de corrupción en el sector público de 180 países y territorios. La metodología del índice, basada en evaluaciones de expertos y empresarios, establece una escala de 0 a 100, donde el valor máximo indica ausencia de corrupción. En esta medición, Panamá registra una calificación de 36 puntos, significativamente inferior a los 58 puntos obtenidos por Costa Rica.

Como parte de la preparación para la “nueva normalidad”, el Ministerio de Salud, valida los lineamientos sanitarios generales para la reapertura de empresas. En ese contexto, la Ministra de Salud enfatizó que el proceso será gradual y asimétrico, involucrando a la familia y a diversos actores sociales del país. La reapertura incluye una guía sanitaria específica para las operaciones de ventas al por menor con modalidad en línea y entrega a domicilio. La jerarca destaca que, gracias a las estrategias desarrolladas por el Gobierno Nacional, se ha logrado mantener la continuidad de los servicios de salud y evitar su colapso, a diferencia de lo ocurrido en otras naciones (MINSA Panamá, 2020ac).

El 13 de mayo marca el inicio de la “nueva normalidad” en Panamá, tras dos meses de estrictas medidas para contener la propagación del Covid-19. El Ministerio de Salud (MINSA) ha anunciado que, debido a una tasa de letalidad del 2.8% y un tiempo de duplicación de casos de 20 días, se ha decidido comenzar una reapertura gradual y controlada de diversas actividades económicas (MINSA Panamá, 2020ad).

En esta primera fase, se permitirá la reanudación del comercio electrónico, talleres de mecánica, servicios técnicos como plomería y electricidad, así como la pesca y acuicultura industrial. Este plan de reapertura está dividido en seis bloques, cada uno con actividades específicas que podrán reiniciar una vez se cumplan los protocolos sanitarios establecidos por el MINSA (MINSA Panamá, 2020ad).

El bloque 2 incluirá la construcción, minería no metálica y actividades sociales y deportivas. El bloque 3 abarcará el comercio al por menor y mayor, venta de autos y servicios profesionales y administrativos. En el bloque 4 se permitirá la reapertura de hoteles, restaurantes y transporte aéreo. El bloque 5 incluirá la educación, transporte público de pasajeros, deportes, bares y sitios de esparcimiento. Finalmente, el bloque 6

contemplará eventos masivos como conciertos, ferias y carnavales (MINSA Panamá, 2020ad).

Las empresas deberán cumplir con cinco puntos clave: monitoreo de síntomas de empleados y clientes, toma de temperatura al ingreso, informar a Recursos Humanos sobre cualquier síntoma, y manejo del estrés laboral con pausas durante la jornada (MINSA Panamá, 2020ad).

Sin embargo, las autoridades estatales informan que la progresión hacia la “nueva normalidad” dependerá estrictamente del comportamiento epidemiológico. La Ministra de Salud, subrayó que la apertura de espacios públicos como parques, medios de transporte masivos, restaurantes y actividades deportivas será evaluada en función del índice de transmisión efectiva (RT) y la capacidad instalada del sistema sanitario nacional. Destaca que para avanzar a los siguientes bloques de reapertura, es crucial mantener las medidas sanitarias y la conducta responsable observada en los últimos días. El MINSA ha reiterado que este proceso no solo es responsabilidad del Gobierno Nacional, sino también de empresarios y ciudadanos, quienes deben respetar las normativas legales y sanitarias para retomar el camino hacia un Panamá mejor (MINSA Panamá, 2020ae).

A pesar de las medidas implementadas, los operativos de vigilancia sanitaria han revelado sistemáticos incumplimientos tanto del sector comercial como de la población general. Este comportamiento puede explicarse, en parte, por factores socioculturales que influyeron en la respuesta ciudadana ante la pandemia, particularmente en lo referente a la percepción sobre la gravedad del virus. En este sentido, Pearson et al. documentan que diversos grupos poblacionales en Panamá mantuvieron sus actividades sociales durante la emergencia sanitaria, comportamiento que potencialmente contribuyó a intensificar la transmisión viral (Pearson et al., 2021).

La confianza en las instituciones políticas constituye un factor determinante en la configuración de la percepción del riesgo y la gravedad de la crisis sanitaria. Los niveles de confianza institucional inciden directamente en la disposición ciudadana para adherirse a las recomendaciones sanitarias, particularmente en lo referente a la inmunización. Esto se debe a que cuando la población reconoce y confía en la capacidad estatal para gestionar situaciones de crisis, disminuyen los niveles de incertidumbre y aumenta la propensión a acatar las directrices sanitarias (Devine et al., 2024, p. 662).

Durante el mes de mayo, el rastreo de casos mediante la toma de muestras forma parte de la estrategia del MINSA. El 21 de mayo de 2020, mediante comunicado No.87,

el MINSA anuncia un incremento en la capacidad diagnóstica para Covid-19, destacando la recepción de 5,000 pruebas rápidas que serán aplicadas a personas con mayor riesgo de contagio. Además, el Gobierno Nacional ha asignado una partida de 2 millones de balboas al Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) para la adquisición de más pruebas rápidas, con el objetivo de mejorar el tamizaje y la detección oportuna de casos positivos (MINSA Panamá, 2020ag).

A partir del 1 de junio, se iniciará la apertura del segundo bloque de actividades económicas. De acuerdo con las instituciones competentes, esta fase exige una responsabilidad compartida de toda la sociedad, ya que se pasará del control de la movilización por cédula a un toque de queda de 7 p.m. a 5 a.m. Los niños podrán movilizarse de 4 p.m. a 7 p.m. acompañados de sus padres o tutores. Sin embargo, esta flexibilización no incluye actividades grupales sociales, culturales, festivas, visitas a playas, deportes de contacto, o cualquier otra que incumpla el distanciamiento físico (MINSA Panamá, 2020ah).

La importancia de la responsabilidad colectiva es reiterada por otras autoridades en materia de salud pública del país. La subdirectora de la Región Metropolitana de Salud, Dra. Yamileth López, destacó que la apertura requiere una responsabilidad compartida entre la sociedad y el Estado. La Dra. López enfatizó que el comportamiento social será crucial para evaluar la posibilidad de abrir los próximos bloques sin afectar negativamente el comportamiento epidemiológico. Además, recuerda a la población que la apertura del bloque dos reactivará parcialmente la economía (MINSA Panamá, 2020ai).

En el mes de junio, una de las medidas destacadas de la estrategia de contención de la pandemia fue la obligatoriedad en el uso de la mascarilla. El Ministerio de Salud de Panamá, a través de la Resolución 1420 del 1 de junio de 2020, estableció el uso obligatorio de mascarillas en todo el territorio nacional. De acuerdo con la institución, esta medida se implementa en respuesta a la relajación observada en la población tras la reapertura del segundo bloque económico. Para asegurar que todos los ciudadanos tengan acceso a las mascarillas, el Ministerio ha distribuido masivamente mascarillas y gel alcoholado, además de brindar educación sanitaria casa por casa. Las autoridades señalan que la población no tendrá excusa para no cumplir con la medida, ya que el Ministerio ha hecho todo lo posible para facilitar el acceso a estos insumos (MINSA Panamá, 2020ak).

En el marco de la apertura del bloque 2, el Ministerio de Salud de Panamá decide reinstaurar la medida de restricción de movilidad por horarios de acuerdo con el sexo y número de cédula en las provincias de Panamá y Panamá Oeste a partir del 8 de junio.

Según el comunicado No.103, esta decisión se tomó debido al aumento de casos positivos de Covid-19 y al relajamiento en el cumplimiento de medidas sanitarias como el uso de mascarillas y el distanciamiento físico. La ministra de Salud, Rosario Turner, junto con su equipo de trabajo y otros asesores, evaluaron la situación y concluyeron que era necesario reforzar las medidas para evitar la propagación del virus (MINSA Panamá, 2020al).

El MINSA destaca que el país implementa estrategias similares a las de otros países que luchan contra la Covid-19, por ello la medida conocida como apertura y cierre busca frenar el nivel de contagio en la población, especialmente en los corregimientos con mayor número de casos (MINSA Panamá, 2020am).

Durante el mes de junio, el MINSA explica el concepto de “burbujas sociales” como una estrategia para reducir la propagación de la Covid-19. Rodrigo De Antonio, del Comité Asesor del Ministerio de Salud, detalló que las burbujas sociales consisten en grupos de personas que conviven en el mismo espacio y que, al estar seguros de que están sanos, se convierten en la primera fuente de protección. Las autoridades señalan que este concepto ha sido exitoso en otros países y permite mantener el contacto físico dentro del grupo, mientras se previene el contagio del virus (MINSA Panamá, 2020an)

Sin embargo, las instituciones competentes continúan haciendo énfasis en la importancia de que la población respete las medidas de distanciamiento físico, lavado de manos y uso correcto de mascarillas para prevenir el contagio del virus.

En el mes de junio, en el marco de la apertura del bloque 2, el país presenta un considerable aumento de casos. De acuerdo con el comunicado No.107, del 11 de junio de 2020, el MINSA incrementa las medidas para evitar el colapso del sistema sanitario ante el comportamiento reflejado en los últimos reportes epidemiológicos. Se indica que se ha reforzado la capacidad instalada en los hospitales mediante la adquisición de insumos, camas y recursos humanos. También, se confirma que las medidas de confinamiento domiciliario implementadas han dado resultados positivos, logrando disminuir el porcentaje de contagios en el país (MINSA Panamá, 2020ao),

Como parte de las medidas para evitar el colapso del sistema sanitario, el MINSA autoriza el uso gradual, progresivo y condicionado del Hospital Panamá Solidario de Albrook, tras la aprobación del Consejo Técnico de Salud. Los primeros cinco pacientes, ya han sido trasladados a este nuevo hospital. De acuerdo con el comunicado No.108, se ha completado la fase inicial de nombramiento del personal necesario, así como la dotación de insumos, equipos y mobiliario, y la sanitización de la estructura. Además, se

espera culminar con el equipamiento del laboratorio clínico en pocos días (MINSA Panamá, 2020ap).

Además, el Ministerio de Salud (MINSA) y la Caja de Seguro Social (CSS) realizan adecuaciones en sus instalaciones, para garantizar la capacidad hospitalaria y de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), ante el impacto de la pandemia en el país (MINSA Panamá, 2020at).

Las evidencias presentadas demuestran el desempeño del Estado panameño en la administración coordinada del capital humano y la infraestructura sanitaria, estableciendo así el marco operativo esencial para la subsecuente fase de vacunación poblacional. Los operativos de verificación, inspección y cumplimiento de las normativas por el Covid-19 ejecutadas por los Centros de Salud, se mantienen constantes durante este período. Continúan los reportes sobre actividades masivas que no cumplen con las medidas de bioseguridad (MINSA Panamá, 2020au)

El país continúa destacando la aplicación de pruebas para detección de casos como una de sus principales estrategias. El MINSA señala que Panamá se encuentra entre los tres primeros países del continente americano en la aplicación de pruebas para detectar casos de Covid-19. Sin embargo, también reconoce que a pesar de esto, el país sigue experimentando un incremento en el número de casos positivos, ocupando la posición 11 en número de casos y tasa de letalidad en la región latinoamericana (MINSA Panamá, 2020aq).

Un elemento relevante en la respuesta sanitaria panameña ha sido el trabajo desarrollado por el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) en la detección y análisis genómico del SARS-CoV-2. El Ministerio de Salud (MINSA) señala que, paralelamente a la identificación de casos positivos, el equipo científico del ICGES realiza estudios de secuenciación viral para determinar patrones de trazabilidad genética. Esta capacidad investigativa ha consolidado el liderazgo de Panamá en la región en materia de investigación sobre COVID-19 (MINSA Panamá, 2020as).

Como parte de la estrategia de trazabilidad, el MINSA en colaboración con el Ministerio de Seguridad Pública, ha creado el Centro de Operaciones para el Control y la Trazabilidad Comunitaria (COCYTC). Este centro tiene como objetivo monitorear y controlar la situación del coronavirus en todas las zonas del país, evaluando los casos positivos y proporcionando la trazabilidad necesaria para evitar la propagación del virus. El equipo multidisciplinario que lidera este centro está compuesto por representantes del MINSA, los ministerios de Seguridad Pública, Desarrollo Social y la Presidencia, la Caja

de Seguro Social y las gobernaciones. Además, cuenta con el apoyo de autoridades locales, líderes comunitarios, comités de salud, grupos cívicos y la iglesia católica (Ministerio de Seguridad Pública de Panamá, 2020).

En esta misma línea, el MINSA afirma que incrementa los esfuerzos para combatir el virus, especialmente en los 56 corregimientos en los que se ha observado un incremento de casos. En ese sentido, se destaca el reforzamiento de la trazabilidad con acciones intersectoriales junto con los Ministerios de Seguridad, de Desarrollo Social, de Desarrollo Agropecuario, Caja de Seguro Social y los gobiernos locales, para aumentar la capacidad de atención de pacientes positivos (MINSA Panamá, 2020ar)

En el contexto del aumento de casos durante el mes de junio, el presidente de Panamá, Laurentino Cortizo, realizó cambios significativos en su gabinete presidencial. El 24 de junio, en una conferencia de prensa, anunció la salida de la Ministra de Salud, Rosario Turner, quien fue reemplazada por el exviceministro Luis Francisco Sucre e Iveth Odalis Berrío fue designada como la nueva viceministra de Salud. El presidente Cortizo destacó la labor de la exministra Rosario Turner durante la pandemia, reconociendo su liderazgo y determinación en los momentos más difíciles. Sin embargo, no se explicaron las razones específicas de su salida (La Estrella de Panamá, 2020).

Durante el segundo semestre del año 2020, las medidas implementadas en Panamá son muy similares a las del primer semestre:

El Ministerio de Salud de Panamá (MINSA) ha intensificado sus esfuerzos mediante la instalación de centros de trazabilidad en todo el país. De acuerdo con el comunicado No.131, estos centros, coordinados con las autoridades locales, tienen como objetivo principal llevar el control y aplicar pruebas en cada comunidad, realizando visitas casa por casa a los contactos de los contagiados y asintomáticos. La estrategia del MINSA busca sumar a las autoridades locales y a las organizaciones comunales en la lucha contra la COVID-19, asegurando que la población participe activamente para que las acciones sean más efectivas. Hasta la primera semana de julio, se habían inaugurado centros de trazabilidad en Panamá Oeste, San Miguelito, Panamá Este, Herrera, Veraguas y Chiriquí, además de la sede central en el área Metropolitana (MINSA Panamá, 2020av).

Sumado a esto, el presidente Cortizo Cohen, firmó un decreto para nombrar promotores de trazabilidad como parte de las acciones para enfrentar la pandemia. De acuerdo con las autoridades, este decreto tiene como objetivo dotar de recursos humanos a las diferentes regionales que se dedican al rastreo de casos positivos y sus contactos,

asegurando que cada centro de trazabilidad cuente con el personal necesario para brindar la atención requerida.

También, persiste el control para el cumplimiento de las medidas de bioseguridad. El MINSA inicia procesos administrativos contra varias personas y actividades que violan las medidas de cuarentena establecidas para controlar la propagación del virus. Se destaca el caso de fiestas y eventos que fueron ampliamente difundidos en redes sociales y medios de comunicación, en abierta violación a las normas sanitarias (MINSA Panamá, 2020aw). Las autoridades competentes subrayan que se aplicarán sanciones a quienes incumplan las medidas sanitarias establecidas, estas se basarán en lo permitido por la ley y dependerán del tipo de incumplimiento. Según el artículo 308 del Código Penal, quienes propaguen una enfermedad peligrosa o infrinjan las medidas sanitarias adoptadas por las autoridades competentes serán sancionados con prisión de cuatro a seis años. Si se trata de una enfermedad contagiosa, la pena será de diez a quince años de prisión (MINSA Panamá, 2020ay).

Sumado a esto, como parte de las medidas para la contención del virus, el MINSA implementa patrullas mixtas en la provincia de Chiriquí para atender a hogares con casos activos. De acuerdo con la institución, estas patrullas, compuestas por personal técnico del MINSA, el Ministerio de Desarrollo Social, el Sistema Nacional de Protección Civil (Sinaproc), las Juntas Comunales y miembros de los estamentos de seguridad del Estado, tienen como objetivo principal garantizar que los pacientes activos y sus contactos se mantengan confinados en sus domicilios para evitar la propagación del virus. Se destaca que las patrullas realizan visitas diarias a cientos de hogares, coordinando la entrega de medicamentos, insumos sanitarios y alimentos, además de promover medidas de prevención y buscar posibles nuevos casos mediante el seguimiento de contactos directos (MINSA Panamá, 2020ax).

Además, para este período, el MINSA comunica los avances en el proyecto de habilitación del antiguo Centro de Convenciones Figali, ubicado en el área de Amador, para la atención de pacientes moderados o leves de COVID-19. Según la institución, las instalaciones están siendo adaptadas para albergar 160 cubículos con sus respectivas camas y el equipo necesario para la atención médica. Esta semana se inició la limpieza y esterilización del edificio para asegurar que esté en condiciones adecuadas para recibir a los pacientes. La Dra. Yelkys Gill, directora Nacional de Provisión, detalló que la capacidad instalada de los hospitales se evalúa de manera permanente para adecuar recursos e insumos tanto en los hospitales existentes como en las nuevas instalaciones.

La habilitación del Figali no ha requerido una inversión significativa, ya que se están utilizando equipos médicos y camas que estaban en reserva en el MINSA, con el apoyo de la CSS (MINSA Panamá, 2020ba).

En el marco de la estrategia de apertura y cierre descrita anteriormente, las autoridades competentes implementan nuevas acciones regionales debido al aumento de contagios en la capital. El 15 de julio de 2020, el Dr. Israel Cedeño, director de la Región Metropolitana, explicó que se retomará la cuarentena total los sábados y domingos para las provincias de Panamá y Panamá Oeste, con el objetivo de reducir la movilidad de personas que no requieren desplazarse por motivos laborales. Además, Cedeño destaca que se está evaluando la apertura del bloque 3 y algunos negocios del bloque 4 en ciertas provincias, buscando un equilibrio entre la economía y la salud pública (MINSA Panamá, 2020az).

En esta misma línea, el 22 de julio de 2020, el ministro de Salud de Panamá, Luis Francisco Sucre, anunció nuevas medidas de apertura en diversas actividades empresariales como parte de las acciones para la recuperación económica del país. Estas medidas se aplicarán en las provincias de Coclé, Herrera y Los Santos, donde se ha registrado una disminución en el número de casos. Las actividades que podrán reabrir incluyen la venta de autos, construcciones privadas autorizadas y servicios profesionales y administrativos (MINSA Panamá, 2020bb).

Otro elemento que persiste en la estrategia empleada por el gobierno panameño es la insistencia en la responsabilidad ciudadana. Las autoridades de salud de Panamá, en coordinación con el Centro de Operaciones para el Control y Trazabilidad Comunitaria contra el COVID-19, hicieron un llamado a la población para que actúe con responsabilidad y tome conciencia sobre la importancia de cumplir con las medidas de bioseguridad. Destacan que el sistema de salud está haciendo su parte en la lucha contra el virus, pero que es esencial que la población también cumpla con las medidas de bioseguridad para lograr vencer la pandemia (MINSA Panamá, 2020bc).

En el mes de julio, se reporta la primera acción del Gobierno de Panamá para adquirir y asegurar el acceso a la vacuna. El presidente de Panamá, Laurentino Cortizo Cohen, anunció que un consorcio de científicos panameños, en colaboración con el Gobierno, estaba llevando a cabo negociaciones con laboratorios internacionales para asegurar un acceso rápido y seguro a una vacuna contra la Covid-19. De acuerdo con la Presidencia de la República, este esfuerzo se enmarca en un contexto global donde se desarrollan más de 200 proyectos de vacunas, de los cuales varios ya se encuentran en

fases avanzadas de prueba en países como Estados Unidos, Reino Unido y China. El Dr. Eduardo Ortega, miembro del Consorcio de Vacunas Covid-19, destacó que Panamá ha sido preseleccionada para participar en al menos tres proyectos de investigación relacionados con la vacuna. Uno de estos proyectos es liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que planea iniciar ensayos en octubre de 2020. Ortega también mencionó que se espera que una vacuna de urgencia sea aprobada para finales de 2020, priorizando a los grupos más vulnerables, como el personal de salud y las personas mayores (Ministerio de la Presidencia, 2020b).

A lo largo del mes de agosto, no se presentan variaciones en la estrategia seguida por el Gobierno de Panamá: se continúan preparando instalaciones para la atención de pacientes de Covid-19 y los equipos de trazabilidad siguen trabajando, dándole seguimiento y control a los casos positivos y posibles contactos.

Un elemento destacado es la incorporación de pruebas rápidas de antígeno como parte de las labores de trazabilidad, las cuales se han distribuido en la red de laboratorios clínicos de la Región de Salud de Herrera. Se han entregado a hospitales y centros de salud de la provincia, con el objetivo de mejorar la detección temprana del virus y, por ende, controlar su propagación (MINSa Panamá, 2020bd).

En esta misma línea, cabe resaltar la incorporación de las comunidades de fe en los procesos de trazabilidad. El 15 de agosto de 2020, el Ministro de Salud de Panamá, Luis Francisco Sucre, junto con otras autoridades del Ministerio de Salud (MINSa), se reunió con las comunidades de fe para fortalecer las estrategias en los Centros de Operaciones para el Control y Trazabilidad Comunitaria (COCYTC). Durante este encuentro, se presentó la propuesta de líneas de acción de apoyo de las comunidades de fe ante la COVID-19, basada en una carta de entendimiento entre el MINSa y estas comunidades (MINSa Panamá, 2020be).

De igual forma, siguiendo con la estrategia de apertura y cierre, se anuncian modificaciones a las restricciones de movilidad y toque de queda en algunas provincias. Paralelamente, el MINSa emitió la Resolución 792, que autoriza la reactivación de actividades como bienes raíces, promotoras, empresas de avalúos y comercio al por mayor, a partir del 24 de agosto. De acuerdo con el comunicado No.179, estas actividades deberán cumplir con los lineamientos del plan de retorno hacia la nueva normalidad, incluyendo el uso de implementos de bioseguridad y el cumplimiento de medidas sanitarias (MINSa Panamá, 2020bf).

Durante el mes de agosto, las referencias a la disposición de una posible vacuna empiezan a formar parte de la discusión sobre la estrategia del país para hacerle frente a la pandemia. Sin embargo, las autoridades son enfáticas en que esta posibilidad no se ha concretado, pero que además no implicaría un levantamiento de las disposiciones establecidas hasta el momento. El MINSA emitió un comunicado subrayando que la vacuna contra la COVID-19 no es una panacea, sino una herramienta más en la estrategia de prevención (MINSA Panamá, 2020bg).

En esta misma línea, la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas del Ministerio de Salud de Panamá ha emitido un comunicado advirtiendo que, hasta la fecha, Panamá no cuenta con vacunas contra la Covid-19. Esto luego de recibir una denuncia en donde se promocionaba en redes sociales la aplicación de la vacuna MMR (sarampión, papera y rubeola), para contrarrestar las complicaciones del COVID-19. La directora de la entidad, Elvia Lau, explicó que por el momento solo se ha autorizado una vacuna para su respectiva investigación (MINSA Panamá, 2020bh).

A lo largo del mes de setiembre se mantienen las mismas medidas descritas hasta el momento, tanto en términos de bioseguridad como de reaperturas económicas. El Gobierno insiste en la necesidad de que la ciudadanía cumpla las disposiciones necesarias para el control del virus. El 12 de septiembre de 2020, el Ministerio de Salud de Panamá emitió el comunicado No. 200, informando sobre la publicación del decreto 1078 en la Gaceta Oficial. Este decreto levantó las restricciones de movilidad impuestas debido a la pandemia. Se mantuvieron condiciones especiales en Bocas del Toro, Colón y Chiriquí, Panamá y Panamá Oeste, regiones en las que el número de contagios es mayor que el promedio del país (MINSA Panamá, 2020bi).

Con respecto a las acciones del Gobierno de Panamá para adquirir y asegurar el acceso a la vacuna. El 23 de septiembre de 2020, el MINSA emitió el comunicado No. 212, en el cual la viceministra Ivette Berrío explicó que el Gobierno Nacional había abonado un 15% del costo total de las vacunas contra la COVID-19 mediante el mecanismo Covax. La jerarca destacó la importancia de realizar reservas presupuestarias para asegurar el acceso a las vacunas una vez se realice el abono inicial (MINSA Panamá, 2020bj).

El 28 de septiembre de 2020, el Gobierno Nacional de Panamá presentó su plan para la adquisición de una vacuna segura y eficaz contra la COVID-19. La viceministra de Salud, Ivette Berrío, en representación del equipo de Gobierno encargado de diseñar esta estrategia, enfatizó que la vacuna debe ser debidamente testada y autorizada por la

Organización Mundial de la Salud (OMS) antes de su adquisición. Hasta esa fecha, ninguna vacuna había cumplido con estos requisitos (Ministerio de la Presidencia, 2020c).

Por su parte, Itzel de Hewitt, directora del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), indicó que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) establece los grupos de mayor riesgo que deben recibir la vacuna en una primera fase: los trabajadores de la salud y las personas mayores de 60 años. En una segunda fase, la vacuna se destinará a pacientes con enfermedades crónicas y a los estamentos de seguridad pública. Asimismo, se explicó que esta etapa será liderada por el Programa Ampliado de Inmunización del Ministerio de Salud (MINSA) y comenzará una vez que la vacuna haya pasado los controles de licencia y autorización que demuestren su efectividad y seguridad (Ministerio de la Presidencia, 2020c).

Además, se mencionó que el MINSA trabajará en la adecuación y fortalecimiento de la cadena de frío para recibir y distribuir la vacuna, la cual deberá cumplir con los estándares sanitarios y regulatorios establecidos por la Dirección de Farmacia y Drogas, e implementados por el Programa Ampliado de Inmunización (Ministerio de la Presidencia, 2020c).

De igual manera, a lo largo del último trimestre del 2020, el MINSA y demás autoridades competentes continúan implementando las medidas descritas hasta el momento. La diferencia sustancial de la estrategia radica en los avances en las acciones para adquirir y asegurar el acceso a la vacuna. El 17 de noviembre de 2020, el Ministerio de Salud (MINSA) de Panamá, siguiendo las instrucciones del Presidente Cortizo Cohen, evaluó los avances de las farmacéuticas proponentes para la adquisición de una vacuna contra la COVID-19. De acuerdo con la institución, el objetivo es encontrar una vacuna que sea segura y eficaz, aprobada por las autoridades regulatorias internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La meta es aplicar la vacuna de forma gratuita y alcanzar una cobertura superior al 70% a nivel nacional (MINSA Panamá, 2020bk).

Según el MINSA, la estrategia de vacunación prioriza al personal de salud, tanto de instituciones públicas como privadas, y a los miembros de las instituciones de seguridad, quienes están en la primera línea de contacto con la pandemia. Posteriormente, se vacunará a las personas mayores de 60 años y a los pacientes con enfermedades crónicas. El Gobierno Nacional ha destinado 48 millones de balboas para la adquisición de la vacuna. Además, expertos recomendaron al MINSA la combinación de dos vacunas

a nivel nacional para llegar a toda la población, tanto urbana como rural. Para las áreas rurales de difícil acceso, se sugiere aplicar una vacuna de una sola dosis (MINSA Panamá, 2020bk).

El 25 de noviembre de 2020, el Gobierno de Panamá anunció un acuerdo significativo con Pfizer Panamá y BioNTech SE, para la adquisición de tres millones de dosis de la vacuna candidata BNT162b2, diseñada para combatir el SARS-CoV-2. De acuerdo con la Presidencia, este acuerdo es un paso crucial en la estrategia del gobierno panameño para enfrentar la pandemia y está condicionado al éxito de los estudios clínicos y a la aprobación regulatoria que se espera para el año 2021 (Ministerio de la Presidencia, 2020d).

El presidente de Panamá, Laurentino Cortizo Cohen, enfatizó la importancia de proporcionar a la población una vacuna que sea segura y eficaz, destacando que el Consejo de Gabinete ha aprobado los desembolsos necesarios para facilitar esta adquisición. Cortizo subrayó que el objetivo es asegurar que la vacuna esté debidamente autorizada y licenciada, lo que es fundamental para controlar la pandemia de manera efectiva (Ministerio de la Presidencia, 2020d).

Además, el acuerdo establece que las entregas de las dosis se realizarán de manera progresiva a lo largo del año 2021, siempre bajo la supervisión y aprobación del Ministerio de Salud (Minsa). Se destaca que este enfoque refleja el compromiso del gobierno panameño de priorizar la salud pública y garantizar el acceso a una vacuna que cumpla con los estándares internacionales de seguridad y eficacia, en colaboración con organismos como la OMS (Ministerio de la Presidencia, 2020d).

La gestión de la pandemia en Panamá durante el año 2020 reveló un panorama complejo que conjugó importantes capacidades estatales con desafíos significativos en su implementación. El país demostró una notable aptitud técnica y operativa, evidenciada principalmente en su sistema de detección y trazabilidad viral, que lo posicionó como uno de los líderes regionales en términos de pruebas realizadas. Esta capacidad se vio particularmente reforzada por el trabajo del Instituto Conmemorativo Gorgas en materia de secuenciación genómica, así como por una efectiva coordinación interinstitucional en la gestión de recursos humanos e infraestructura sanitaria.

La respuesta estatal también se caracterizó por un significativo componente de innovación institucional, manifestado en la implementación de herramientas tecnológicas como la plataforma R.O.S.A. y el establecimiento de centros de trazabilidad. Estas iniciativas fueron complementadas por estrategias novedosas de coordinación

intersectorial, que incluyeron alianzas con diversos actores sociales como universidades, transportistas y comunidades de fe, demostrando la capacidad del Estado para articular respuestas integrales ante la crisis sanitaria.

Sin embargo, este período también evidenció brechas significativas entre la formulación de políticas sanitarias y su efectiva implementación. Los persistentes incumplimientos de las medidas de restricción revelaron limitaciones tanto en la capacidad coercitiva del Estado como en la legitimidad de las disposiciones sanitarias. Estos desafíos parecen estar vinculados con niveles de confianza institucional y factores socioculturales que influyeron en la adherencia ciudadana a las medidas establecidas.

La experiencia acumulada durante esta fase de contención resultó fundamental para la posterior etapa de inmunización. La capacidad demostrada en la gestión de recursos humanos e infraestructura, junto con la temprana gestión para la adquisición de vacunas -incluyendo acuerdos con Pfizer y la participación en el mecanismo COVAX- estableció bases operativas sólidas para el proceso de vacunación. Asimismo, el desarrollo de alianzas intersectoriales y sistemas de coordinación territorial generó precedentes valiosos para la implementación del programa de inmunización.

Este período configuró así un marco institucional y operativo que, si bien demostró importantes capacidades estatales, también reveló desafíos persistentes en términos de cumplimiento ciudadano y legitimidad institucional, aspectos que resultarían cruciales para la posterior implementación de la vacunación.

Programa de vacunación: entre los desafíos de abastecimiento, la solidez estratégica y la desconfianza

Adquisición de la vacuna

El proceso de inmunización en Panamá enfrentó un desafío crítico en la adquisición y el aseguramiento del acceso a las vacunas contra COVID-19, constituyendo este el principal obstáculo en la implementación de su política de vacunación. Esta limitación se manifestó de manera particularmente significativa durante el primer semestre de 2021, período durante el cual el país recibió apenas el 21.30% del total de dosis comprometidas, lo que condicionó sustancialmente el avance del programa de inmunización.

El 5 de diciembre de 2020, el Ministerio de Salud (MINSAL) de Panamá, bajo la dirección de la viceministra Ivette Berrío, anunció la organización y coordinación para la llegada de las primeras dosis de la vacuna contra la COVID-19 en el primer trimestre de

2021. La viceministra Berrío destacó que se han firmado acuerdos con los desarrolladores de vacunas para vacunar aproximadamente al 80% de la población panameña de manera escalonada. Las primeras 450,000 dosis de la vacuna Pfizer llegarán al país en el primer trimestre de 2021 y se distribuirán a grupos prioritarios, incluyendo funcionarios de salud, personal de seguridad nacional, adultos mayores de 60 años encamados y aquellos en asilos y casas hogares (MINSA Panamá, 2020bl).¹⁸

El MINSA comunica que han diseñado un plan de vacunación con los grupos prioritarios, entre ellos: los funcionarios de la salud, la seguridad nacional, adultos mayores de 60 años encamados y los que se encuentren en asilos y casas hogares. Destaca que el proceso se llevará a cabo respetando las medidas de bioseguridad (MINSA Panamá, 2020bl).

La coordinadora del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), Itzel de Hewitt, señaló que en la primera fase no se vacunará a niños menores de 12 años ni a mujeres embarazadas. En una segunda fase, se espera la llegada de 1.1 millones de dosis de la vacuna de AstraZeneca, destinada a adultos mayores. En la tercera fase, Panamá recibirá 300,000 dosis de la vacuna Johnson & Johnson, que se distribuirán entre la población indígena y de difícil acceso. En la cuarta fase, se espera la llegada de 1.1 millones de dosis de la vacuna Covax, destinada a personas con enfermedades crónicas. Finalmente, en la quinta fase, se recibirá otro lote de la vacuna Pfizer para estudiantes mayores de 12 años (MINSA Panamá, 2020bl).

Además, se destaca que el MINSA está organizando la construcción de un cuarto frío de 160 metros cúbicos y cuatro cuartos fríos adicionales para las 15 regiones del país, así como la adquisición de 15 congeladores a -70 grados para cada región (MINSA Panamá, 2020bl).

El 23 de diciembre de 2020, el Instituto Conmemorativo Gorgas para Estudios de la Salud (ICGES) anunció que estaba preparado para recibir el primer lote de la vacuna de Pfizer y BioNTech contra la COVID-19. Panamá cuenta con cuatro congeladores capaces de almacenar las vacunas a una temperatura de -80°C, lo cual es esencial para mantener la integridad de las vacunas de ARN mensajero. El director del ICGES, Juan Miguel Pascale, explicó que tres de estos congeladores están ubicados en el Banco de

¹⁸ El 16 de diciembre de 2020, mediante comunicado No.295 del MINSA se anuncia que el Gobierno Nacional aprobó el uso por emergencia de la vacuna Pfizer contra la COVID-19, en base al marco legal que establece la ley 97 del 4 de octubre de 2019 y del Decreto Ejecutivo 36 del 17 de enero de 2020 (artículo 40 – numeral 2 y 3).

Suero del ICGES y uno en el Instituto de Investigaciones Científicas y Servicios de Alta Tecnología de Panamá (INDICASAT) (MINSA Panamá, 2020bm).

De acuerdo con Pascale, para garantizar el correcto almacenamiento, los congeladores están conectados a un programa informático que monitorea la temperatura y emite alertas en caso de irregularidades. Además, comentó que el ICGES cuenta con una planta eléctrica para asegurar el funcionamiento continuo de los congeladores en caso de fallas en el suministro eléctrico. Pascale también mencionó que las vacunas de otras farmacéuticas que lleguen al país podrían almacenarse en sistemas de refrigeración normales, con temperaturas entre 2°C y 4°C (MINSA Panamá, 2020bm).

El 4 de enero de 2021, la canciller Erika Mouynes, junto con las autoridades del Ministerio de Salud (MINSA), anunció que Panamá recibiría 40,000 dosis de la vacuna contra la COVID-19 de Pfizer entre el 18 y el 25 de enero. De acuerdo con la jerarca, este primer envío forma parte de los esfuerzos del Gobierno Nacional para combatir la pandemia y proteger a la población. La canciller Mouynes destacó la importancia de este paso y aseguró que el país está preparado para recibir y distribuir las vacunas de manera eficiente (Ministerio de la Presidencia, 2021a).

El 19 de enero de 2021, el MINSA anunció que el primer lote de vacunas Pfizer llegaría al país el miércoles 20 de enero. Este lote, compuesto por 12,840 dosis, arribó al Aeropuerto Internacional de Tocumen a las 2:00 a.m. y fue recibido por representantes de la farmacéutica Pfizer y autoridades nacionales. Aunque inicialmente se esperaba la llegada de 40,000 dosis entre el 18 y el 25 de enero, Pfizer informó que, debido a un ajuste temporal en su capacidad de producción, los envíos se reducirán globalmente durante tres semanas. Sin embargo, de acuerdo con la farmacéutica, a partir del 15 de febrero se acelerarán los envíos para cumplir con el compromiso de entregar 450,000 dosis a Panamá en el primer trimestre de 2021 (MINSA Panamá, 2020a).

Un aspecto que merece especial atención en el análisis del proceso de inmunización panameño es la limitada transparencia en el acceso a la información sobre la adquisición de vacunas. A pesar del carácter democrático del régimen, las gestiones realizadas ante el Programa Ampliado de Inmunizaciones, tanto de manera directa como a través del Centro Internacional de Estudios Políticos y Sociales, resultaron infructuosas en la obtención de datos oficiales sobre este proceso.

Esta opacidad en el acceso a la información pública resulta particularmente significativa, considerando la estrecha relación entre las características del régimen político y el desarrollo e implementación de políticas públicas, especialmente en lo

referente a su legitimidad y aceptación ciudadana. La restricción en el acceso a datos sobre la adquisición de vacunas no solo plantea interrogantes sobre la transparencia institucional, sino que también podría tener implicaciones en la confianza y adhesión de la población a la estrategia de inmunización. Se debe tener presente que la falta de confianza en el gobierno y en los científicos se ha identificado como el factor más fuerte asociado con la negativa a vacunarse (Bajos et al., 2022)

Ante estas limitaciones, la reconstrucción de los datos sobre la adquisición de vacunas se realizó mediante la triangulación de cuatro fuentes principales: los comunicados oficiales emitidos por el Gobierno de Panamá, el Market Dashboard de UNICEF, los informes de la CEPAL y una exhaustiva investigación hemerográfica con corte a junio de 2021. Esta metodología permitió obtener una aproximación al proceso de adquisición de vacunas, aunque evidencia las restricciones en materia de transparencia y acceso a la información pública en el país.

En la Tabla 31 se presenta un desglose de las vacunas adquiridas por Panamá de acuerdo con la información de las fuentes citadas:

Tabla 31

Vacunas adquiridas por Panamá, 2021-2022

FECHA	LOTE	CANTIDAD	ADQUISICION	TIPO_VX	ORIGEN_VX	ORIGEN_DON
21/1/2021	1	12 480	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
17/2/2021	2	67 860	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
24/2/2021	3	77 200	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
3/3/2021	4	87 550	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
10/3/2021	5	42 210	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
17/3/2021	6	63 180	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
24/3/2021	7	70 200	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
31/3/2021	8	36 270	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
5/4/2021	9	77 220	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
16/4/2021	10	77 220	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
16/4/2021	Lote 1 AstraZeneca	204 000	Compra	AstraZeneca	Occidente	NA
21/4/2021	11	77 220	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
28/4/2021	12	78 390	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
4/5/2021	13	70 200	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
11/5/2021	Lote 2 AstraZeneca	110 400	COVAX	AstraZeneca	Occidente	NA
11/5/2021	14	70 200	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
19/5/2021	15	108 810	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
25/5/2021	16	109 980	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
12/6/2021	17	204 000	COMPRA	AstraZeneca	Occidente	NA
8/6/2021	18	40 950	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA

15/6/2021	19	42 120	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
22/6/2021	20	43 290	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
30/6/2021	21	43 290	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
8/7/2021	22	62 010	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
13/7/2021	23	121680.00	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
20/7/2021	24	363 870	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
21/7/2021	25	503 100	Donación	Pfizer	Occidente	Estados Unidos
22/7/2021	26	100 612	COVAX	Pfizer	Occidente	NA
27/7/2021	27	456 300	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
3/8/2021	28	375 570	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
8/8/2021	29	163 200	COMPRA	AstraZeneca	Occidente	NA
17/8/2021	30	375 570	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
19/8/2021	Lote 6 AstraZeneca	163 200	COMPRA	AstraZeneca	Occidente	NA
24/8/2021	31	375 570	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
31/8/2021	32	375 570	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
8/9/2021	33	375 570	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
14/9/2021	34	375 570	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
16/9/2021	35	74 400	COVAX	AstraZeneca	Occidente	NA
21/9/2021	36	375 570	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
28/9/2021	37	368 550	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
5/10/2021	38	97 110	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
19/10/2021	39	97 110	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
26/10/2021	40	98 280	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
2/11/2021	41	100 620	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
9/11/2021	42	100 620	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
16/11/2021	43	100 620	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
23/11/2021	44	402 480	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
25/11/2021	45	198 900	COVAX	Pfizer	Occidente	NA
30/11/2021	46	100 620	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
7/12/2021	47	100 620	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
14/12/2021	48	100 620	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
21/12/2021	49	100 620	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
28/12/2021	50	98 280	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
12/1/2022	51	60 000	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
12/1/2022	52	60 000	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
1/2/2022	53	252 000	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
1/3/2022	54	126 000	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
1/4/2022	55	480 000	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
1/6/2022	56	250 700	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA
1/7/2022	57	252 200	COMPRA	Pfizer	Occidente	NA

Nota. Elaboración propia, con datos de Ministerio de la Presidencia y Ministerio de Salud de Panamá, el COVID-19 Market Dashboard de UNICEF, CEPAL e investigación hemerográfica a junio de 2022.

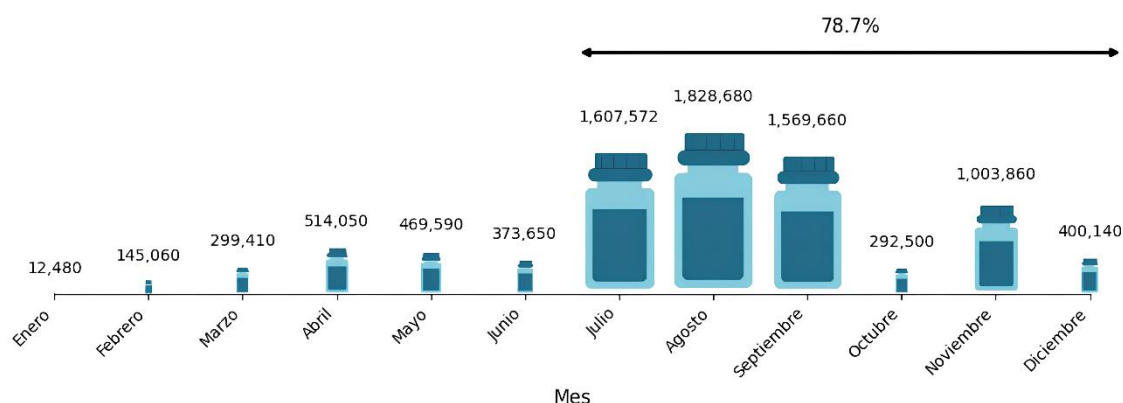
El análisis de los datos presentados en la Tabla 31 evidencia que Panamá recibió aproximadamente 8.516.652 dosis de vacunas contra COVID-19, distribuidas en 50 lotes, durante el año 2021. Sin embargo, la distribución temporal de estas entregas revela una marcada asimetría: durante el primer semestre del año, el país recibió únicamente 1.814.240 dosis, lo que representa el 21,30% del total de vacunas obtenidas en ese año.

Considerando el requisito del esquema de dos dosis por persona para lograr una inmunización efectiva, la disponibilidad de vacunas durante este período permitía cubrir aproximadamente a 907.120 personas, equivalente al 21% de la población panameña proyectada para 2021. Esta limitada disponibilidad inicial de vacunas condicionó significativamente el ritmo de implementación del programa de inmunización durante la primera mitad del año.

Aunque Panamá exhibió notables capacidades estatales en múltiples dimensiones de la respuesta sanitaria ante la pandemia, el proceso de adquisición de vacunas reveló limitaciones sustanciales en la implementación de mecanismos eficientes de aprovisionamiento. Esta situación, si bien se desarrolló en un contexto de intensa presión global por el acceso a las vacunas, se vio exacerbada por la decisión de circunscribir las opciones de inmunización a un número reducido de proveedores, lo que incrementó la complejidad del proceso de adquisición. De acuerdo con la Figura 12, el país muestra un significativo aumento en la recepción de vacunas en Panamá entre julio y septiembre de 2021, con 4.842.712 dosis adicionales que representaron el 57.66% del total. Sumado a esto, se evidencia que el mayor porcentaje de dosis recibidas por el país se concentró durante el segundo semestre de 2021, período en el cual arribaron el 78.70% del total. En concordancia con este aumento en la recepción de vacunas, la proporción de la población con dos dosis completas se elevó del 11.60% en junio al 60.50% en octubre.

Figura 12

Total de vacunas adquiridas por mes, Costa Rica, 2020-2021



Nota: elaboración propia, con datos de Ministerio de la Presidencia y Ministerio de Salud de Panamá, el COVID-19 Market Dashboard de UNICEF, CEPAL e investigación hemerográfica a junio de 2022

En términos de la arquitectura de esta política, específicamente en el componente de financiamiento, del análisis de los datos presentados en la Tabla 32 revela que la estrategia de adquisición de vacunas contra COVID-19 en Panamá se caracterizó por un marcado predominio de las negociaciones directas con los fabricantes. La distribución porcentual de las adquisiciones muestra que el 90,12% de las dosis se obtuvieron mediante acuerdos bilaterales de compra, mientras que el mecanismo COVAX y las donaciones representaron proporciones significativamente menores, con 4,84% y 5,03% respectivamente.

Esta preponderancia de los acuerdos bilaterales posicionó a Panamá como el país de la región con el mayor volumen de adquisiciones directas, una estrategia que resultó determinante para asegurar el acceso a las vacunas en un contexto global caracterizado por restricciones en la oferta y una demanda sin precedentes. La capacidad del Estado panameño para establecer y ejecutar negociaciones directas con los fabricantes evidencia una efectiva movilización de recursos estatales en un momento crítico de la emergencia sanitaria. Sin embargo, es importante señalar que la estrategia de adquisición, aunque fundamental, constituye solo uno de los múltiples factores que determinan el éxito general de un programa nacional de inmunización.

Tabla 32

Características de las vacunas adquiridas por Costa Rica a lo largo del 2021 y primer semestre de 2022

Adquisición	Suma de cantidad	Porcentaje de dosis

COMPRA	9 010 140.00	90.12%
OCCIDENTE	9 010 140.00	90.12%
AstraZeneca	734 400.00	7.35%
Pfizer	8 275 740.00	82.78%
COVAX	484 312.00	4.84%
OCCIDENTE	484 312.00	4.84%
AstraZeneca	184 800.00	1.85%
Pfizer	299 512.00	3.00%
DONACIÓN	503 100.00	5.03%
OCCIDENTE	503 100.00	5.03%
Pfizer	503 100.00	5.03%
Total	9 997 552.00	100.00%

Nota: elaboración propia, con datos de Ministerio de la Presidencia y Ministerio de Salud de Panamá, el COVID-19 Market Dashboar

d de UNICEF, CEPAL e investigación hemerográfica a junio de 2022.

La Tabla 32 revela un patrón distintivo en la estrategia de inmunización panameña: la dependencia exclusiva de vacunas de origen occidental. La totalidad de las dosis adquiridas, tanto mediante compras directas como por donaciones, provino de fabricantes occidentales. Esta decisión estratégica, si bien garantizó ciertos estándares específicos, también implicó una significativa concentración de la dependencia en un número limitado de proveedores, lo que se tradujo en una recepción restringida de vacunas durante el primer semestre de 2021.

Resulta particularmente significativo que la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas de Panamá había establecido un marco regulatorio inclusivo, otorgando aprobación a un diverso portafolio de vacunas, según se detalla en la Tabla 33. Este respaldo técnico-regulatorio, que incluía vacunas de origen no occidental, contrasta notablemente con la estrategia de adquisición adoptada, sugiriendo que factores adicionales a los meramente técnicos influyeron en las decisiones de aprovisionamiento.

A pesar de esta apertura en el marco regulatorio que potencialmente ampliaba las opciones de aprovisionamiento, el gobierno panameño optó por no diversificar sus fuentes de suministro, manteniendo una estrategia de adquisición circunscrita a proveedores occidentales. Esta decisión, aunque posiblemente fundamentada en consideraciones técnicas y geopolíticas, tuvo implicaciones directas en el ritmo de implementación del programa de inmunización, particularmente durante sus etapas iniciales.

Tabla 33

Vacunas autorizadas para uso de emergencia por la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas de Panamá

Vacuna	Indicación	Fecha
Pfizer-BioNTech	Para la inmunización activa para prevenir la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) en personas de 16 años y mayores.	18-02-2021
Oxford-AstraZeneca	Para la inmunización activa para prevenir la Covid-19 causada por SARS-CoV-2, en personas de 18 años y mayores.	02-03-2021
Covaxina (Bharat Biotech),	Para la inmunización activa contra la infección por el virus del SARS-CoV-2 para la edad años. La vacuna está permitida para mayores de 18 años.	07-03-2021
Sputnik V	Para la prevención de infección del nuevo coronavirus (COVID-19) en adultos mayores de 18 años.	01-04-2021
CoronaVac	Para la prevención de la enfermedad causada por el Virus SARS-CoV-2 en personas mayores de 18 años.	9-04-2021
Moderna	Para la inmunización activa para prevenir la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) en personas de 6 meses de edad y mayores.	05-09-2022

Nota: elaboración propia, con datos de Ministerio de Salud de Panamá sobre autorizaciones de uso de emergencia de vacunas, 2021-2022

A pesar de la aprobación de vacunas no occidentales, en mayo de 2021, el Gobierno de Panamá informa que ha decidido no adquirir las vacunas contra la COVID-19 desarrolladas por China (Sinovac) y Rusia (Sputnik V). De acuerdo con las autoridades, la razón principal de esta decisión es que los desarrolladores de estas vacunas no garantizan la entrega en los tiempos requeridos por el país (SWI, 2021), (DELFINO, 2021)

El Secretario Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación y asesor del Consorcio de Investigación de Vacunas de Panamá, Eduardo Ortega, argumenta que si las dosis de dichas casas farmacéuticas “no podían llegar antes de julio, agosto y septiembre” del presente año, ya no serían necesarias, especialmente porque el país consolidó acuerdos para acceder a 9,2 millones de dosis de las vacunas de Pfizer, AstraZeneca y del mecanismo Covax, con entregas masivas a partir de julio (SWI, 2021), (DELFINO, 2021).

En ese sentido, Ortega destacó que en reiteradas ocasiones el Ministerio de Salud y la Cancillería se sentaron a discutir el acceso a ambas vacunas: el país solicitó 3 millones de dosis de la vacuna de Rusia e inició conversaciones con China, sin embargo, ninguno de los dos afirmó tener capacidad para entregarlas en las fechas solicitadas (SWI, 2021), (DELFINO, 2021).

La decisión de no diversificar el portafolio de vacunas merece un análisis crítico, particularmente considerando que una mayor variedad de opciones podría haber facilitado una implementación más ágil del programa de inmunización. Esta observación adquiere especial relevancia al considerar los momentos de mayor incidencia de la pandemia, períodos durante los cuales la elevada percepción del riesgo podía coincidir con una mayor disposición de la población a recibir la vacuna, creando una ventana de oportunidad que pudo haber sido mejor aprovechada con un esquema más diversificado de opciones de inmunización.

El análisis de la estrategia de adquisición de vacunas contra COVID-19 en Panamá revela un panorama complejo caracterizado tanto por fortalezas institucionales como por limitaciones significativas en su implementación. El país demostró una notable capacidad para establecer acuerdos bilaterales directos con fabricantes, que resultaron en la adquisición del 90,12% de sus vacunas por esta vía, posicionándose como líder regional en este tipo de negociaciones. Esta capacidad de gestión directa evidencia una efectiva movilización de recursos estatales en un momento crítico de la emergencia sanitaria.

Sin embargo, la decisión estratégica de concentrar las adquisiciones en un número limitado de proveedores occidentales, principalmente Pfizer-BioNTech, generó vulnerabilidades significativas en el proceso de inmunización. Esta dependencia se manifestó claramente durante el primer semestre de 2021, cuando el país recibió apenas el 21,30% del total de dosis comprometidas, lo que permitió cubrir solamente al 21% de la población con el esquema completo de vacunación durante este período crítico.

Resulta particularmente significativo que esta restricción en el portafolio de vacunas no respondió a limitaciones regulatorias, ya que la Dirección Nacional de Farmacia y Drogas había aprobado el uso de emergencia de diversas vacunas, incluyendo opciones no occidentales como Sputnik V y CoronaVac. Si bien las autoridades justificaron la no adquisición de estas alternativas por problemas en los tiempos de entrega, esta decisión merece un análisis más profundo, considerando que una mayor diversificación podría haber acelerado el proceso de inmunización durante los momentos de mayor incidencia pandémica.

Otro aspecto relevante fue la limitada transparencia en el acceso a la información sobre el proceso de adquisición de vacunas, lo cual no solo dificultó el análisis detallado de la estrategia implementada, sino que también podría haber afectado la confianza ciudadana en el programa de inmunización. Esta opacidad resulta particularmente

significativa considerando la relación entre transparencia institucional y legitimidad de las políticas públicas en contextos democráticos.

La experiencia panameña sugiere que, si bien la capacidad de negociación directa con fabricantes es una fortaleza del Gobierno, la concentración excesiva en un número limitado de proveedores puede crear vulnerabilidades significativas en la implementación de programas de inmunización masiva, especialmente en contextos de alta demanda global y oferta limitada.

Administración de la vacuna

Diseño del plan de vacunación: Operación PanavaC-19

La implementación del programa de inmunización contra COVID-19 en Panamá evidenció una significativa capacidad estatal para diseñar y ejecutar estrategias complejas de salud pública en un contexto de shock. La creación de la Operación PanavaC-19 demostró la habilidad del Estado panameño para articular una respuesta institucional coordinada, que integró efectivamente diversos actores gubernamentales y sociales en un esfuerzo nacional sin precedentes. Esta capacidad operativa se manifestó particularmente en el desarrollo de sistemas logísticos robustos y en la implementación de innovaciones tecnológicas para la gestión del proceso de vacunación.

La Operación PanavaC-19 es también evidencia de la fortaleza institucional del país, por medio de esta se elaboró una estructura organizativa sofisticada que incluyó la participación coordinada de múltiples entidades estatales, desde el Ministerio de Salud hasta la Autoridad de Innovación Gubernamental. Esta articulación permitió el desarrollo de herramientas tecnológicas avanzadas como el sistema RAISA, la plataforma de registro digital y el vacunómetro, elementos que facilitaron tanto la gestión de la información como el acceso ciudadano al proceso de inmunización.

El 13 de enero del 2021, el Gobierno Nacional de la República de Panamá presenta el Plan Nacional de Vacunación contra el Covid-19, elaborado por el equipo de PanavaC-19. De acuerdo con las autoridades de Salud será un proceso “continuo, seguro, transparente y eficaz” (MINSA Panamá, 2021a).

Según un comunicado del Ministerio de Salud (MINSA), el equipo PanavaC-19 ha establecido que el esquema de vacunación se llevará a cabo de manera gradual, conforme al proceso de llegada de las vacunas al país. Las fases del Plan Nacional de Vacunación contra la Covid-19 se presentan en la Tabla 34 (MINSA Panamá, 2021a):

Tabla 34

Fases del Plan Nacional de Vacunación contra la Covid-19, Panamá

Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
• Etapa 1A: trabajadores de la salud y personal de apoyo en la primera línea, tanto del sistema público como privado, así como a los adultos mayores de 60 años encamados y en casas hogar. • Etapa 1B: trabajadores de la salud no priorizados en la Etapa 1A, tanto del sistema público como privado, y a los grupos esenciales en primera línea, como la Fuerza Pública, SINAPROC, Bomberos y Cruz Roja, entre otros. También incluye a la población mayor de 16 años con discapacidad certificada en la SENADIS hasta el 31 de diciembre de 2020 y a los encamados.	• Etapa 2A: adultos mayores de 60 años y a la población de 16 a 59 años con enfermedades crónicas. • Etapa 2B: docentes y administrativos de escuelas y universidades públicas y privadas, así como al personal de los CAIPIS.	• Etapa 3A: población de las comarcas y de áreas de difícil acceso. • Etapa 3B: población dedicada a ocupaciones de riesgo, como los trabajadores de aeropuertos, aduanas y migración, así como a los conductores de transporte público y de carga, y a los privados de libertad. Abril-	• Es la única con una sola etapa, abarca a la población de 16 a 59 años sin enfermedades crónicas y a la población en general.

Nota. Elaboración propia a partir de comunicado institucional “Plan Nacional de Vacunación contra el Covid-19”, Ministerio de Salud de Panamá (MINSa), (2021)

De acuerdo con las autoridades, esperan lograr una cobertura de 3.088.134 panameños, de una población total estimada de 4.3 millones de personas en el año 2021, según datos de la Contraloría General de la República.

La operación PanavaC-19 fue una estrategia desarrollada por el Gobierno de Panamá para la administración de la vacuna contra la Covid-19 en dicho país. Esta fue presentada el 19 de enero del 2021, mediante una conferencia de prensa llamada “Equipo PanavaC-29 presenta estrategia de vacunación continua”, transmitida por el Ministerio de

Salud de Panamá (MINSA). En este espacio estuvieron el Ministro de Seguridad Pública, Juan Manuel de Pino, quien comentó que la operación PanavaC-19, tendrá un tiempo definido, que comprende desde el mes de enero hasta el momento en el que se logre la vacunación en todo el país, la cual define como una operación de mediano plazo. De cara al arribo del primer lote de vacunas al país, el mandatario define el manejo de las vacunas como una carga de alto valor, para la cual se utilizarán distintas estrategias de movilización, como el área y la marítima (De Pino, 2021)

Por otro lado, el comisionado del Ministerio de Seguridad encargado de la Fuerza de Tarea Conjunta (FTC) de la operación PanavaC-19, Yadel García, expuso la organización de las tareas alrededor del proceso de vacunación. De acuerdo con el funcionario, la misión de la FTC de la operación PanavaC-19, tiene como misión:

Coordinar los esfuerzos interinstitucionales para la planificación y ejecución de las operaciones de seguridad, aplicación y monitoreo de las vacunas contra la COVID-19 incluyendo sitios, rutas e instalaciones, con la finalidad de garantizar que las jornadas de inmunización se desarrollen de manera ordenada, ágil, segura y disciplinada (Y. García, 2021).

Continuando con la exposición de García, esta operación debe de realizarse de una forma ordenada, ágil, segura y disciplinada. Por lo que la FTC ha dispuesto de tres grandes equipos que se muestran en la Figura 13 (Y. García, 2021):

Figura 13

Equipos de la Fuerza de Tarea Conjunta (FTC) de la operación PanavaC-19



Nota: Conferencia de Prensa, MINSA, 2021

Sumado a lo anterior, el comisionado expone que la operación PanavaC-19 cuenta con las 5 fases siguientes (Y. García, 2021):

Figura 14

Fases de la Fuerza de Tarea Conjunta (FTC) de la operación PanavaC-19



Nota: Conferencia de Prensa, MINSA, 2021

De acuerdo con Yadel García, al momento de la conferencia de prensa se encontraban en la primera fase, la de “Planificación y Logística”, en la cual se está

desarrollando la etapa de sincronización, que se ha construido a través de diferentes simulacros que permiten identificar vulnerabilidades y ajustar tiempos. Con respecto a la fase de “Recepción, Almacenamiento y Distribución”, inicia con acciones administrativas realizadas por los funcionarios de la aduana al momento de la llegada de la carga de alto valor (vacunas) y la identificación de esta por parte del personal de sanidad, que son las enfermeras del Programa Ampliado de Inmunización. Posterior a esto, viene todo el proceso de recepción de la carga (Y. García, 2021).

En esta misma línea, García comenta que una vez recepcionada la carga, se inicia el traslado hacia el Depósito Nacional Biológico, el cual se realiza con una cápsula de seguridad robusta, compuesta por motocicletas de la Dirección de Operaciones de Tránsito así como por tres vehículos de las Fuerzas Especiales. Para esto, se establecieron tres rutas: Mantenemos para este ejercicio tres rutas identificadas: el Corredor Sur y una tercera ruta, en caso de cualquier contingencia, a través de una aeronave del Servicio Nacional Aeronaval, que trasladará con un helicóptero la carga de alto valor hacia el helipuerto que se mantiene en el Hospital Santo Tomás (Y. García, 2021).

Siguiendo con la exposición del funcionario, posterior a la recepción de la carga de alto valor, en el Depósito Nacional Biológico, dará inicio un proceso logístico de recepción y de sanidad, en el cual la Autoridad Nacional para la Innovación Gubernamental (AIG) va a realizar un trabajo de codificación y monitoreo de la carga, para saber cada punto de la República en el que se distribuirá la carga así como el monitoreo de la temperatura (Y. García, 2021).

Además, de acuerdo con García, una vez que inician los despachos de las cargas, se mantienen dos escenarios. El escenario de traslado hacia los Centros Regionales de Salud, que inicia con el traslado hacia el Aeropuerto Internacional Panamá-Pacífico, en donde el Servicio Nacional Aeronaval despejará sus aeronaves y hará llegar las cargas a las diferentes provincias para que sean recepcionadas por los Centros de Operaciones Provinciales, liderizados por los señores gobernadores, los jefes regionales de salud, los jefes de policía, personal de enfermería y funcionarios del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC). A partir de acá, serán trasladadas a los diferentes centros regionales donde están los depósitos regionales biológicos. Finalmente, la distribución y entrega a los puntos de vacunación (Y. García, 2021).

El otro escenario, es el traslado a las instalaciones que se encuentran en la capital: hospitales nacionales, hospitales privados, hoteles hospitales y otras instituciones en donde está destinada la carga, que una vez trasladada, identificados los puestos de

Figura 15
Recepción, Almacenamiento y Distribución, operación PanavaC-19

Proceso de Recepción y vacunación



Con respecto al componente aéreo y naval de esta operación, el comisionado Eliezer Cárdenas es el coordinador aéreo y marítimo de la operación PanavaC-19. De acuerdo con Cárdenas, tiene la misión específica de realizar el transporte aéreo desde la ciudad capital, específicamente, desde el Aeropuerto Panamá Pacífico, hacia cada uno de los centros regionales en las provincias y comarcas. Para eso, se ha dividido el área de operaciones en cuatro regiones que comprenden las provincias y comarcas, las cuales se puede ver en la Figura 16 (E. Cárdenas, 2021):

Figura 16

Regiones de operación PanavaC-19



Nota: Conferencia de Prensa, MINSA, 2021

Según Cárdenas, han identificado 15 puntos de acopio en cada una de estas provincias y también 30 áreas de interés, que son específicamente las comunidades de difícil acceso o las áreas donde están ubicadas las comunidades de difícil acceso donde se llevarán las vacunas. El funcionario destaca que este proceso se realiza en coordinación y sincronización con los jefes regionales de salud de cada una de las provincias, así como con las jefas regionales de enfermería (E. Cárdenas, 2021).

Seguidamente, en la conferencia de prensa, participó la Jefa Nacional de Enfermería del Ministerio de Salud, Eusebia Calderón de Copete, exponiendo sobre la operativización de la estrategia de vacunación contra la COVID-19. La funcionaria destacó que se han establecido 15 regiones de salud, por lo que primero se despacharan vacunas a las 6 más cercanas al Depósito Nacional Biológico y posteriormente a las restantes. El objetivo es que una vez que las vacunas llegan al país, se hará una distribución simultánea los centros de vacunación. De esta forma, las vacunas llegan a cada depósito de biológico regional, para que se realicen las distribuciones, tomando en cuenta la primera fase, que son los trabajadores de la salud que están atendiendo COVID-19, en instalaciones de salud: hospitales nacionales, regionales, rurales, hoteles hospitales, albergues hospitales así como otras instalaciones nuevas (Calderón de Copete, 2021).

Sobre la estrategia de administración de la vacuna, la Jefa Nacional de Enfermería comenta que se ha organizado de la siguiente forma (Calderón de Copete, 2021):

- Primer día: recibo y distribución de la vacuna.
- Segundo día: entrega y distribución a hoteles, hospitales, albergues hospitalarios y otras instalaciones que atienden COVID-19 que están en la capital.
- Tercer día: vacunación del personal de primera línea y todo el personal que está relacionado con la atención de los pacientes COVID-19 en la red primaria, en los centros de salud, los subcentros de salud, las policlínicas, los puestos de salud, que también hacen la tarea de hisopados y de atender todos los pacientes con problemas respiratorios que llegan a la instalación de salud.
- Cuarto día: vacunación a personas mayores de 60 años que se encuentran en los albergues, en los asilos y en los hogares establecidos en todo el país.¹⁹
- Quinto día: se ha establecido como un día de barrido, de manera que se retoman aquellos trabajadores de la salud que no se vacunaron para poder culminar las etapas anteriores, ya que el tiempo es clave por las características de las vacunas.

En esta misma línea, Calderón de Copete destaca que cuentan con un aproximado de 2400 enfermeras que van a ser las responsables de todo el proceso de vacunación. Cada punto de vacunación va a tener una enfermera responsable para vacunar, lo cual se mantendrá en todas las etapas en todo el territorio nacional. Las enfermeras van a estar apoyadas también por los técnicos en enfermería y por el resto del equipo (Calderón de Copete, 2021).

Sumado a esto, la funcionaria comenta que se irá vacunando en las diferentes fases de acuerdo con la llegada de los embarques de vacunas. En este sentido, reitera la importancia de que se confíe en el trabajo que realizan las enfermeras en el país:

Panamá tiene uno de los mejores esquemas de vacunas y Panamá también tiene uno de los mejores esfuerzos para evitar enfermedades inmunoprevenibles. Nosotras somos muy cuidadosas con la cadena de frío y por eso en alguna de las entrevistas que me han hecho yo he dicho que el panameño, nosotros, toda la población se tiene que preguntar por qué en el país no hay polio, por qué en el

¹⁹ Jefa Nacional de Enfermería del Ministerio de Salud destaca que con la experiencia de la vacuna de influenza, se estableció como una prioridad dicho grupo cautivo donde es posible llegar y vacunar, pero además también son una población de riesgo.

país no hay sarampión. Y es precisamente por el trabajo y el esfuerzo que realiza el personal de enfermería para que eso se dé. Y lo hacemos con mucha, mucha responsabilidad. Así que en ese sentido ustedes pueden estar seguros de que el equipo de salud lo va a hacer muy bien porque está comprometido. La prueba está de que desde el mes de julio nosotros estamos haciendo toda una planificación y toda una organización para que se cubra a toda la población tanto panameños como extranjeros (Calderón de Copete, 2021).

En la conferencia de prensa también participó el administrador de la Autoridad de Innovación Gubernamental (AIG), Luis Oliva, quien hizo referencia a la plataforma creada por el Gobierno Nacional para atender la pandemia. De acuerdo con Oliva, el proceso logístico desarrollado por la AIG se estructura en 4 partes:

Figura 17

Proceso logístico desarrollado por la AIG, Panamá.



Nota: Conferencia de Prensa, MINSA, 2021

El funcionario comenta que, en la parte de identificación, se ha estado utilizando el formulario de vacunación disponible en vacunas.panamasolidario.gob.pa. Hasta la fecha, 300.000 personas han completado el formulario, y el 25% de ellas ha indicado que poseen algún padecimiento crónico. Estos padecimientos están siendo validados con la

base de datos del Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social y el Censo de Salud. Se ha determinado que el 80% de estas personas, efectivamente, están en estas bases de datos y son personas con enfermedades crónicas. Oliva exhorta a toda la población a completar el formulario, independientemente de la fase en la que consideren estar, con el fin de mejorar la planificación (Oliva, 2021).

Con respecto a la segunda parte del proceso logístico, el funcionario expone debido a que estas vacunas requieren ultra bajas temperaturas, es necesario tener un control riguroso de las cadenas de frío, con temperaturas que pueden llegar a menos 70-80 grados, luego pasar a una cadena de frío de 2 a 8 grados, con una vida útil de solo 5 días para utilizar los viales. Por lo tanto, resulta fundamental colaborar con las enfermeras para evitar la pérdida de un solo vial, asegurando que cada persona que se vacune tenga la certeza de que se están tomando todas las medidas necesarias para que la vacuna sea eficaz y eficiente. En este sentido, Oliva destaca que se está llevando a cabo un monitoreo desde el Centro de Operaciones Nacionales, en conjunto con la Fuerza de Tarea Conjunta (FTC), utilizando GPS y sensores de temperatura para cada una de las cargas que se distribuirán a nivel nacional. Es importante destacar que habrá oficiales de trazabilidad que darán seguimiento a cada ingreso, despacho y recibo de la mercancía, ya que se trata de una mercancía de alto valor y es necesario saber en todo momento dónde se encuentra (Oliva, 2021).

De acuerdo con Oliva, todo esto se llevará a cabo a través de una plataforma tecnológica. En el momento en que la persona se disponga a recibir la vacuna, que corresponde a la tercera parte del proceso logístico, estará presente un oficial de trazabilidad junto con la enfermera. Este oficial utilizará un lector de códigos de barra y solicitará la cédula de identidad. Se ha trabajado en colaboración con el Tribunal Electoral para que las personas que hayan extraviado su cédula puedan imprimir un formulario en línea y presentarlo en ese momento para proceder con la vacunación (Oliva, 2021).

Según el funcionario de la AIG, a raíz de la directriz del presidente, se ha empoderado al equipo para asegurar que las personas en la fase correspondiente se vacunen. Por ello, es importante que lleven su cédula de identidad personal para verificar su elegibilidad, lo que también aumenta la transparencia del proceso. En el portal de Panamá Solidario, específicamente en la sección de vacunas, se implementará un vacunómetro digital. Este permitirá observar un mapa de calor que muestra las vacunaciones realizadas por áreas geográficas en tiempo real (Oliva, 2021).

Sumado a lo anterior, durante el proceso de vacunación, además de la tarjeta física proporcionada por las enfermeras, los ciudadanos recibirán una tarjeta digital de vacunación. Esta tarjeta digital indicará el lote de la vacuna, la instalación donde se administró y la fecha de la segunda dosis, si es necesaria. Toda esta información se gestionará a través del portal de Panamá Digital. Si alguna persona necesita modificar sus datos debido a un cambio de residencia, se le solicita que lo haga para mejorar la planificación. Se ha detectado que el 30% de las direcciones proporcionadas en los formularios no coinciden con las del Tribunal Electoral (Oliva, 2021).

Sobre los lugares de vacunación, Oliva plantea que, de acuerdo con el Presidente, se habilitarán más de mil centros de vacunación, similar a los procesos de votación anteriores. El funcionario sostiene que Panamá ha demostrado una alta participación en los procesos electorales, por lo que se espera que este proceso de vacunación sea similar, permitiendo a las personas saber que, después de 21 o 28 días, según el tipo de vacuna, podrán acudir al mismo sitio para recibir la segunda dosis. Estos centros estarán ubicados cerca de centros de salud, facilitando a las personas saber la fecha y hora en que deben acudir (Oliva, 2021).

El análisis de la arquitectura institucional de la política de inmunización en Panamá revela la adopción de un modelo descentralizado en la provisión del servicio, caracterizado por una diversificación estratégica de los puntos de vacunación. Esta aproximación reflejó un diseño orientado a maximizar la accesibilidad del programa, mediante el establecimiento de múltiples modalidades y espacios de inmunización distribuidos territorialmente, incluyendo centros comerciales, instalaciones educativas, espacios deportivos y puntos de vacunación móviles, lo que facilitó significativamente el acceso de la población al beneficio.

En relación con los mecanismos de información a la población, Oliva señala que se proporcionará a través de medios de comunicación, centros de llamadas y bots de WhatsApp. A medida que avancen las fases, las personas podrán observar el desarrollo del proceso y resolver sus dudas a través de estos medios. Además, comenta que se está trabajando en un acuerdo con entidades internacionales para desarrollar un posible pasaporte inmunitario y una tarjeta de vacunación internacional. Esto permitirá que los ciudadanos panameños, al viajar a otros países, sean de los primeros en Latinoamérica en tener toda esta información digital, posicionando a Panamá como un referente internacional en un proceso de vacunación exitoso (Oliva, 2021).

Finalmente, sobre la última fase del proceso logístico, la post vacunación, se empleará el consultorio virtual ROSA, en el que se habilitará una parte para las personas que se vacunaron reporten eventuales efectos adversos (Oliva, 2021).

Si bien la información expuesta en la conferencia de prensa del día 19 de enero de 2021 es detallada y extensa, es importante destacar que no se ha encontrado información escrita de dominio público que exponga el proceso de la operación PanavaC-19. De esta forma, la ejecución de PanavaC-19, se ha reconstruido a partir de comunicados institucionales desagregados, revisión hemerográfica y redes sociales de instituciones públicas.

El diseño del plan de vacunación panameño, materializado en la Operación PanavaC-19, evidenció una notable capacidad estatal para desarrollar estructuras organizativas complejas y coordinadas. Esta iniciativa destacó por su carácter integral, que articuló eficientemente diversos componentes institucionales, desde aspectos logísticos y de seguridad hasta elementos tecnológicos y de comunicación, demostrando una significativa capacidad de planificación por parte del Estado.

Un elemento distintivo en el diseño de la política de inmunización fue el establecimiento de una sólida plataforma de coordinación interinstitucional, materializada en la Fuerza de Tarea Conjunta (FTC), que logró integrar eficazmente diversos niveles y sectores del aparato gubernamental. Esta estructura institucional refleja la activación y aprovechamiento de legados de políticas públicas, particularmente aquellos vinculados a la gestión del riesgo, que fueron adaptados y potenciados para enfrentar las exigencias extraordinarias impuestas por la crisis sanitaria. Implementación del plan de vacunación: Operación PanavaC-19

La puesta en marcha de la Operación PanavaC-19 evidenció una significativa capacidad estatal, manifestada tanto en la preparación logística previa como en el desarrollo de estrategias adaptativas durante el proceso de inmunización.

La etapa de implementación del plan de vacunación inicia con la preparación logística previa a la llegada de la vacuna. La viceministra de salud, Ivette Berrío, informó que se están evaluando las instalaciones educativas para asegurar un flujo adecuado de personas y evitar aglomeraciones cuando inicie la vacunación. El equipo de salud está listo para recibir el primer lote de vacunas Pfizer, programado para llegar entre el 18 y el 25 de enero de 2021 (MINSA Panamá, 2021b)

De acuerdo con Berrío, se han realizado tres simulacros para preparar la recepción y aplicación de las vacunas a nivel nacional. El equipo PanavaC-19 está preparado para

la distribución, almacenamiento y logística de la vacunación. Y reitera que el presidente Laurentino Cortizo Cohen anunció que se utilizarán 1,101 centros de vacunación en todo el país, cumpliendo con los parámetros requeridos (MINSA Panamá, 2021b).

La jerarca destaca que el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) desplegará un equipo en todo Panamá para el proceso de vacunación, y la Autoridad Nacional para la Innovación Gubernamental (AIG) monitoreará y utilizará una base de datos para identificar a las personas en cada fase de vacunación (MINSA Panamá, 2021b).

El 20 de enero de 2021, inicia el proceso de vacunación, tras la llegada del primer lote de vacunas contra la COVID-19 de la farmacéutica Pfizer. Seis profesionales de la salud del Hospital Santo Tomás (HST) recibieron la primera dosis de la vacuna. El presidente Laurentino Cortizo Cohen, junto con el Ministro de Salud Luis Francisco Sucre y otras autoridades, asistieron al acto de colocación de la primera dosis (MINSA Panamá, 2021c).

Posteriormente, el 22 de enero de 2021, el MINSA informa que, según el último reporte de la Autoridad de Innovación Gubernamental (AIG), 2,728 personas han recibido la vacuna contra la COVID-19 en Panamá. Mientras que el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) ha despachado 4,926 dosis de vacunas en todo el país. La institución comunica que el miércoles 20 de enero, se distribuyeron vacunas en Panamá Oeste y en todas las instalaciones que manejan pacientes COVID-19 en el área metropolitana, incluyendo hoteles hospitales, el Hospital Santo Tomás y el Complejo Hospitalario de la Caja de Seguro Social. Y que el 21 de enero se entregaron 1,956 dosis a las provincias de Bocas del Toro, Herrera, Los Santos, Coclé, Colón, Darién y a los hospitales San Miguel Arcángel e Irma de Lourdes Tzanetatos (MINSA Panamá, 2021d).

Sumado a esto, el MINSA expone que el día 22 de enero, continuarán las distribuciones de vacunas en las provincias de Chiriquí, Comarca Ngäbe Buglé y Veraguas. Además, sostiene que el PAI distribuye las vacunas en este primer bloque de acuerdo con la cantidad de funcionarios que laboran en la primera línea de atención, priorizando las salas UCI, UCRE, salas COVID-19 y cuartos de urgencias de áreas COVID-19 (MINSA Panamá, 2021d).

Este tipo de reportes serán constantes a lo largo de la Fase 1 de vacunación, el MINSA informa sobre las vacunas despachadas, aplicadas así como las regiones beneficiadas (MINSA Panamá, 2021e).

Otro elemento que caracteriza esta etapa de la vacunación es la referencia a la transparencia del proceso. Por ejemplo, mediante comunicado de prensa del MINSA se

informa que la región de Salud de Chiriquí llevó a cabo la primera jornada de vacunación contra la COVID-19 de manera prístina, ordenada y transparente. Se destaca que el pasado viernes llegaron 480 dosis de la vacuna, que fueron aplicadas al personal de primera línea que ha estado combatiendo el virus desde el inicio de la pandemia. La directora regional de Salud, Gladys Novoa, destacó que todo el proceso se realizó conforme a lo establecido en el cuadro de fases de prioridad, sin contratiempos. Además, otra región proporcionó vacunas adicionales para cubrir al personal del hospital Dionisio Arrocha en Barú (MINSA Panamá, 2021f).

La implementación inicial del programa de vacunación estuvo significativamente condicionada por las limitaciones en el abastecimiento de vacunas. El período de 27 días transcurrido entre la recepción del primer lote (12.480 dosis) y el segundo, que arribó el 17 de febrero, evidencia las restricciones que enfrentó el país en términos de disponibilidad de dosis. Ante este escenario, el Ministerio de Salud (MINSA) se vio en la necesidad de reiterar públicamente el compromiso de Pfizer para el suministro progresivo de 450 mil dosis, mediante entregas semanales programadas hasta finales de marzo. Esta situación refleja cómo las dificultades en la adquisición de vacunas, previamente analizadas, se materializaron en desafíos concretos durante la fase inicial de implementación del programa de inmunización (MINSA Panamá, 2021g).

Durante la Fase 1 del programa de inmunización, la capacidad estatal para establecer alianzas intersectoriales se manifestó de manera significativa en la incorporación estratégica de actores no gubernamentales al proceso de vacunación. La articulación efectiva con comunidades de fe y clubes cívicos demostró no solo la habilidad del Ministerio de Salud (MINSA) para movilizar recursos comunitarios, sino también la disposición institucional para coordinar esfuerzos con diversos sectores de la sociedad civil, propia de los regímenes democráticos. El ministro de salud, Luis Francisco Sucre, se reunió con representantes de estas comunidades y el director de la AIG para organizar y reforzar las estrategias logísticas del plan nacional de vacunación. Durante el encuentro, se explicó que las comunidades de fe y los clubes cívicos apoyarán en la logística y orientación del proceso de vacunación a nivel nacional. El Arzobispo José Domingo Ulloa, en representación de la Arquidiócesis de Panamá, ofreció personal voluntario e infraestructura para la logística de vacunación. Jack Rodríguez, presidente del Club Activo 20-30, adelantó que brindarán apoyo en la coordinación durante la fase 2 del plan de vacunación, verificando el día y la hora en que las personas deben aplicarse

la dosis y dando seguimiento a la vacunación de personas con discapacidad (MINSA Panamá, 2021h), (MINSA Panamá, 2021i).

En esta misma línea, también se destaca la implementación de estrategias como la vacunación exprés dirigida a personas con discapacidad en la provincia de Colón. El MINSA comunica que decenas de personas con discapacidad, acompañadas de sus familiares, acudieron a la sede regional del MINSA en Colón para recibir la vacuna contra la COVID-19. Durante esta jornada, las enfermeras registraron a las personas con discapacidad y luego procedieron a vacunarlas dentro de sus vehículos (MINSA Panamá, 2021o).

Como se indicó anteriormente, debido a la demora en la recepción de los lotes 1 y 2, la operación PanamavaC-19 estuvo suspendida. Sin embargo, el 15 de febrero de 2021, la Viceministra de Salud, Ivette Berrio, anunció que se reanudará de inmediato los días 17 y 18 de febrero en todo el país, conforme a la planificación para la distribución, almacenamiento y vacunación. El Ministro de Salud, Luis Francisco Sucre, añadió que se continuará con lo establecido en el Plan Nacional de Vacunación, siguiendo las fases y etapas definidas en este programa a nivel nacional (MINSA Panamá, 2021j).

En este sentido, el MINSA informa que se mantendrá el plan y esquema de vacunación contemplado en el Programa Nacional de Vacunación contra la COVID-19. Destaca que a partir de la llegada del segundo lote, se iniciará de inmediato la distribución y aplicación de las vacunas, siguiendo las fases y etapas establecidas por las autoridades (MINSA Panamá, 2021k). En este sentido, la estrategia de vacunación de los hospitales es seguir con la administración de las segundas dosis al personal de salud que ya recibió la primera dosis en enero, y luego proceder con la aplicación de las primeras dosis al resto del personal sanitario (MINSA Panamá, 2021l).

Durante el mes de febrero, se registra la preparación para la Fase 2 de vacunación. La Ministra Consejera, Eyra Ruíz, se reunió con los equipos operativos del distrito así como con las instituciones públicas vinculantes, para coordinar la logística de vacunación en 19 centros educativos. Se destaca que cada equipo contará con el apoyo de médicos, enfermeras, personal de movilización, alimentación, bioseguridad, logística, aseo, almacenamiento y padrones de vacunación. La AIG se encargará de la parte tecnológica. Además, se enfatizó la importancia del voluntariado para orientar a los adultos mayores que lleguen a vacunarse. También, se exhorta a la población a registrarse en el formulario disponible en la plataforma digital de Panamá Solidario Vacuna, para obtener la información necesaria de las personas a vacunar (MINSA Panamá, 2021m).

El análisis del despliegue territorial del programa de inmunización revela una arquitectura de la política fundamentada en un modelo descentralizado de provisión del servicio. Esta estrategia se caracterizó por una deliberada diversificación de los puntos de vacunación, que incluyó desde centros educativos y espacios deportivos hasta centros comerciales y hospitales privados. La adopción de este enfoque descentralizado no solo demostró la capacidad del Estado para adaptar sus mecanismos de implementación a distintos contextos territoriales, sino que también reflejó una clara orientación hacia la maximización de la accesibilidad del programa, facilitando el acceso de la población al beneficio mediante múltiples modalidades y espacios de inmunización.

Como parte de la preparación de la Fase 2 del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19, también se lleva a cabo la inspección de varias escuelas que funcionarán como puntos estratégicos para jornadas de vacunación masiva. Funcionarios de Salud, autoridades locales, bomberos, SINAPROC, MEDUCA y la Presidencia realizaron un recorrido en centros educativos del circuito 8-8, para verificar las recomendaciones previas y habilitar salones de vacunación, post-vacuna y de urgencia (MINSA Panamá, 2021q).

De acuerdo con el MINSA, con el arribo del tercer lote, el 24 de febrero de 2021, se completará la fase 1A y se avanzará en la fase 1B del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 (MINSA Panamá, 2021n). Posteriormente, durante la primera semana de marzo, se dará inicio con la Fase 2 de la Operación PanavaC-19. De acuerdo con las autoridades, esta etapa dará inicio en las provincias de Panamá y Panamá Oeste, y luego se extenderá a Chiriquí, Colón, Veraguas y la comarca Ngäbe Buglé, basándose en los indicadores epidemiológicos (MINSA Panamá, 2021p).

A partir de marzo, comenzará la Fase 2 de la Operación PanavaC-19. Es importante tener en cuenta que, a lo largo de 2021, las etapas establecidas por esta operación se desarrollarán simultáneamente, y cada región de Panamá avanzará a un ritmo diferente. A diferencia de Costa Rica, que implementó una estrategia de vacunación con etapas claramente definidas, en Panamá se destaca un enfoque regional. A continuación, se presentan los principales elementos que caracterizan el proceso una vez iniciado la Fase 2:

Como parte de la Operación PanavaC-19, se habilita la línea telefónica gratuita 177 para facilitar el proceso. Esta línea permite a las personas inscritas en el circuito 8-6 conocer el día, hora y lugar donde deben recibir la vacuna. Además, se está trabajando en nuevas opciones para la línea 177, como la posibilidad de reprogramar citas y registrar

datos de personas interesadas en vacunarse. La línea 177 es accesible desde teléfonos fijos y celulares, y requiere el número de cédula o pasaporte para brindar la información correspondiente (MINSa Panamá, 2021s).

Se habilita el asistente virtual RAISA (Registro Asistido de Información en Salud) a partir del 12 de marzo de 2021. RAISA está diseñada para apoyar la Estrategia Continua de Vacunación contra la COVID-19 y puede ser contactada a través de WhatsApp o Telegram. RAISA proporcionará citas inmediatas a las personas que pertenecen a la Fase 2 Etapa 2A del circuito 8-6, indicando el día, hora y carril correspondiente para la aplicación de la primera dosis de la vacuna (MINSa Panamá, 2021w).

Se llevan a cabo ensayos preparativos para la vacunación, por ejemplo, en el circuito 8-8, se ejecutó un ensayo con todo el personal y voluntarios de Operación Panavac-19 en varios centros habilitados, en donde a partir del 9 de marzo se iniciará la jornada masiva de vacunación contra la COVID-19 para adultos mayores de 60 años. Ana Lorena Chang, jefa de Salud Pública de la región Metropolitana de Salud, confirmó que están preparados para recibir a 55 mil adultos mayores y que se está verificando el padrón electoral para asegurar que nadie quede fuera del proceso. Las autoridades destacan que el ensayo es crucial para verificar la efectividad de las planificaciones y corregir cualquier detalle necesario (MINSa Panamá, 2021r).

Con respecto a los lugares habilitados para administrar las vacunas, además de los puntos exprés, centros educativos y centros de salud, se destacan espacios abiertos como parques. Por ejemplo, el Parque Recreativo y Cultural Omar, en el que se llevó a cabo una jornada de vacunación a personas con discapacidad. Durante esta jornada, se aplicaron 174 vacunas de Pfizer a personas previamente citadas del circuito 8-8. La vacunación se realizó en modalidad de autoservicio, donde los beneficiados fueron atendidos en sus automóviles (MINSa Panamá, 2021u). Este es otro ejemplo del modelo descentralizado de provisión del servicio

Sin embargo, dicha estrategia se combina con otras como la implementación de un centro de vacunación exprés denominado VACUNATON 20-30, en colaboración con el Club Activo 20-30. Este centro estará ubicado en las instalaciones de la Ciudad Deportiva Irving Saladino y funcionará a partir del 13 de marzo de 2021, en un horario de 7:00 a.m. a 5:00 p.m. El objetivo principal de este centro es facilitar la vacunación de personas con discapacidad y encamadas que no han podido vacunarse. El centro contará con 8 carriles para la aplicación de dosis y espacios refrigerados para el equipo de salud y la atención al paciente. Se espera aplicar un total de 1,000 vacunas diarias. El Ministro

de Salud, Luis Francisco Sucre, afirmó que “estas son estrategias de primer mundo y gracias a la iniciativa del Club Activo 20-30 y del Gobierno Nacional se ha ido buscando la forma de poder facilitar el proceso de vacunación y poder dar accesibilidad y facilidad a toda la población”(MINSA Panamá, 2021v).

En la Fase 2, el MINSA comparte periódicamente las jornadas de vacunación en las distintas regiones del país. El 7 de marzo se informa sobre una de las jornadas de vacunación masiva de la Operación Panavac-19, que se llevará a cabo del 9 al 14 de marzo en el circuito 8-8. Durante esta operación, se aplicarán más de 55 mil dosis de la vacuna a adultos mayores de 60 años. Para esto, se habilitaron 14 planteles educativos como centros de vacunación en los corregimientos de Parque Lefevre, Río Abajo, Juan Díaz y Don Bosco (MINSA Panamá, 2021t).

Como se indicó anteriormente, no todas las regiones en Panamá se encontraban en la misma etapa de vacunación. Por ejemplo, el 15 de marzo de 2021, el MINSA informa sobre los preparativos para la segunda fase de vacunación en la provincia de Chiriquí. La directora regional de Salud, Gladys Novoa, junto con el gobernador de la provincia, Juan Carlos Muñoz, encabezaron una junta técnica para establecer las estrategias de vacunación. Novoa afirma que están coordinando esfuerzos para habilitar más de 117 centros de vacunación, incluyendo escuelas, colegios y puestos de salud (MINSA Panamá, 2021x). Esto evidencia que la provincia de Chiriquí no había dado inicio con la Fase 2.

Durante el mes de marzo, el MINSA comunica una medida particular: la Dirección General de Salud Pública recomendó que la segunda dosis se suministre a la cuarta semana y que las personas que ya se recuperaron del virus solo reciban una dosis. Si bien la institución fundamentó esta decisión en evidencia científica que sugería una inmunidad superior al 90% con una sola dosis en personas previamente infectadas, el timing de esta medida coincide sugestivamente con un período de restricciones en el suministro de vacunas. Esta convergencia temporal entre la modificación del esquema y las limitaciones en la disponibilidad de dosis sugiere que la decisión, aunque respaldada por evidencia científica, podría haber respondido también a consideraciones pragmáticas relacionadas con la gestión de un recurso escaso (MINSA Panamá, 2021y). Paralelamente a la aplicación de primeras dosis a la población de la Fase 2, se están aplicando segundas dosis. De acuerdo con el MINSA, la jornada de aplicación de las segundas dosis incluye al personal de salud no priorizado, la Fuerza de Tarea Conjunta, bomberos, SINAPROC, personas encamadas y discapacitadas, además del personal de la autoridad de aseo.

También se menciona que los pacientes que fueron afectados por la COVID-19 y recibieron la primera dosis pueden optar por aplicarse la segunda dosis a discreción (MINSA Panamá, 2021z). Nuevamente se destaca la medida de aplicación de una sola dosis²⁰.

Sin embargo, hacia finales del mes de marzo, el Ministro de Salud, Luis Francisco Sucre, negó que el proceso de vacunación esté detenido y reiteró que se está vacunando a todas las personas que necesitan recibir sus segundas dosis. De acuerdo con el jerarca, para el segundo trimestre del año, se espera que la farmacéutica Pfizer entregue más dosis de la vacuna semanalmente, y también se contempla la llegada de vacunas a través del mecanismo COVAX y de AstraZeneca¹. Además, destaca que se han sostenido conversaciones con empresas para la adquisición de vacunas fabricadas en China y Rusia (MINSA Panamá, 2021aa).

En esta misma línea, Ana Lorena Chang, jefa de Salud Pública de la región metropolitana, responde en torno a las modificaciones de las jornadas de vacunación en los circuitos, afirmando que “la intención del Ministerio de Salud no es causar molestias, es salvaguardar la Salud de todos los panameños”. Explicó que las acciones, se basan en decisiones del Consejo Consultivo y en las evaluaciones epidemiológicas basadas en las estadísticas de las áreas con mayor cantidad de casos y por la cantidad de fallecidos (MINSA Panamá, 2021ab).

Este escenario ilustra cómo las limitaciones en el suministro de vacunas pudieron incidir en la legitimidad de las decisiones institucionales, potencialmente generando un ambiente de desconfianza hacia las autoridades sanitarias. La coincidencia temporal entre la escasez de dosis y la modificación de protocolos de inmunización, aunque fundamentada en evidencia científica, pudo haber erosionado la credibilidad del proceso ante la ciudadanía, revelando la compleja interacción entre restricciones materiales y percepción pública en la implementación de políticas sanitarias.

El análisis del primer semestre de 2021 revela una diferencia significativa entre las dosis recibidas y administradas en Panamá. Al 30 de junio, el país había recibido 1.814.240 dosis, de las cuales el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) reportó la administración de 1.553.711, equivalente al 85.63% del total disponible. Mientras que Costa Rica implementó una política explícita de reserva ante posibles interrupciones en

²⁰ Esta disposición será revertida en el mes de agosto cuando las autoridades vinculadas refuerzan la necesidad de vacunar con esquema completo a la mayoría de la población.

el suministro, Panamá no estableció formalmente un protocolo de almacenamiento preventivo. Esta situación resulta particularmente llamativa considerando que, a pesar del robusto despliegue institucional para la administración de vacunas y los recurrentes retrasos en las entregas por parte de los proveedores, persistía un remanente significativo de dosis sin aplicar al cierre del período.

Durante el segundo trimestre de 2021, la implementación del plan de vacunación mantuvo un ritmo muy similar al del primer trimestre. Considerando la coexistencia de distintas fases, a continuación, se presentan los principales elementos que caracterizaron el proceso durante este periodo:

Se registraron pausas en la administración de dosis durante días específicos. Por ejemplo, a inicios del mes de abril, el MINSA reiteró que durante los días 2, 3 y 4 de abril no se aplicarían vacunas contra la COVID-19 y que las jornadas de vacunación se retomarán a partir del 5 de abril (MINSA Panamá, 2021ac). No se exponen las razones de esta medida.

En esta misma línea, el MINSA informó que el centro de vacunación “Vacunatón”, ubicado en los estacionamientos de la Ciudad Deportiva Irving Saladino, permanecerá cerrado el domingo 11 de abril y retomará la aplicación de vacunas el lunes 12 de abril en horas de la mañana. Sumado a esto, indica que partir del 12 de abril, se reanudará la vacunación en el circuito 8-8, con el objetivo de vacunar a 45,000 personas. Se administrarán segundas dosis a adultos mayores de 60 años y primeras dosis a embarazadas y educadores (MINSA Panamá, 2021ag). La suspensión y continuación de las jornadas de vacunación se mantendrá a lo largo de este segundo trimestre.

La Fase 1 y la Fase 2, se continúan desarrollando paralelamente. De acuerdo con el MINSA, el 5 de abril de 2021, se llevó a cabo una jornada de aplicación de las segundas dosis a los mayores de 60 años y de la primera dosis a docentes que trabajan en el distrito de San Miguelito. El proceso se extenderá hasta el domingo 8 de abril (MINSA Panamá, 2021ae). Lo anterior, gracias al arribo del noveno lote de vacunas (MINSA Panamá, 2021ad).

El MINSA continúa informando sistemáticamente las regiones a las que llegaba la operación PanavaC-19 así como las poblaciones habilitadas para recibir el beneficio. Por ejemplo, la institución confirma que el 7 de abril de 2021 inició una jornada de vacunación en el circuito 8-1, correspondiente al distrito de Arraiján. Esta campaña está dirigida a adultos mayores de 60 años, mujeres embarazadas y docentes. Población que forma parte de la Fase 2. La ministra consejera Eyra Ruiz destacó que el proceso se está

llevando a cabo de manera dinámica, organizada y disciplinada (MINSA Panamá, 2021af).

Como parte de la operación PanavaC-19, continúan las jornadas de vacunación masiva en los corregimientos del país. En este sentido, el MINSA anuncia una jornada de vacunación masiva en el circuito 8-7, que incluye los corregimientos de Bella Vista, Calidonia, San Felipe, Curundú, El Chorrillo, Santa Ana, Ancón, Betania y Pueblo Nuevo, la cual se desarrollaría del 21 al 24 de abril de 2021. Durante esta campaña, se espera vacunar a adultos mayores de 60 años, mujeres embarazadas y educadores (MINSA Panamá, 2021ah). Esta estrategia se replicará en las distintas regiones del país.

Durante este período, el MINSA incluye poblaciones que forman parte de la Fase 3, habitantes de las comarcas y de áreas de difícil acceso. La institución desarrolla campañas de vacunación masivas en regiones como la Comarca Ngäbe-Buglé, en la que el 30 de abril de 2021, se llevó a cabo una jornada de vacunación dirigida a 1,324 educadores de los circuitos 12-1, 12-2 y 12-3, utilizando la vacuna de Pfizer. Los centros de inmunización se ubicaron en la comunidad de El Piro #1, Pueblo Nuevo y la sede regional de la comarca. Cabe destacar que en marco de esta acción, el MINSA desmintió rumores sobre el fallecimiento de una docente tras recibir la vacuna y enfatizó la importancia de seguir las cuentas oficiales para obtener información verídica (MINSA Panamá, 2021aj).

En esa misma línea, se anuncia que, a partir del 20 de abril de 2021, se habilitarán todas las plataformas para que las personas puedan inscribirse y solicitar la vacuna AstraZeneca de forma voluntaria. Esta campaña está dirigida a hombres mayores de 30 años y mujeres mayores de 50 años, los cuales forman parte de la Fase 4. Se informa que los interesados pueden inscribirse a través de los sitios web: raisa.minsa.gob.pa y vacunas.panamasolidario.gob.pa, así como mediante la línea telefónica 177. El director regional del MINSA, Israel Cedeño, destacó que la seguridad y la eficacia de las vacunas son prioritarias para el gobierno. Confirma que Panamá recibió el primer lote de 36,000 dosis de la vacuna AstraZeneca y se está evaluando su distribución a nivel nacional para lograr una mayor cobertura mediante la modalidad de “vacuna exprés” (MINSA Panamá, 2021ai).

De acuerdo con el MINSA, el 12 de mayo, los cupos para la vacuna AstraZeneca en el auto rápido ubicado en los estacionamientos de la Ciudad Deportiva Irving Saladino se agotaron en tan solo una hora. Reynaldo Herrera, Director Nacional de Informática del MINSA, explicó que se agendaron automáticamente 8,000 citas. La institución destaca

que la Operación PanavaC-19 está ultimando detalles para habilitar otros auto rápidos en diferentes provincias, utilizando una modalidad de lista de espera para que los interesados puedan inscribirse y recibir la vacuna (MINSA Panamá, 2021ak).

Conforme arriban los lotes de la vacuna AstraZeneca a Panamá, se continuará vacunando a hombres mayores de 30 años y mujeres mayores de 50 años (MINSA Panamá, 2021al). A finales de este segundo trimestre, la vacuna AstraZeneca será administrada voluntariamente a cualquier persona mayor de 30 años, independientemente de su género (MINSA Panamá, 2021ao).

Durante este período, también se registran atrasos en el arribo de lotes. El MINSA informó que la llegada del décimo quinto lote de vacunas Pfizer, inicialmente programada para el martes 18 de mayo de 2021, se programó para el miércoles 19 de mayo debido a un retraso comunicado por los proveedores. De acuerdo con la institución, este lote incluye 108,810 dosis de la vacuna, destinados a iniciar la Etapa 2A de la Fase 2 en la provincia de Veraguas, específicamente en el circuito 9-1 (Santiago), y de manera paralela en los circuitos 4-3 (Bugaba y Tierras Altas) y 4-4 (Alanje, Boquerón y Renacimiento). Además, estas dosis permitirán cubrir las segundas dosis en los circuitos 8-4 (Balboa, Chepo, Chimán y Taboga) y 8-7 (Ancón, Bella Vista, Bethania, Calidonia, Curundú, El Chorrillo, Pueblo Nuevo, San Felipe y Santa Ana) (MINSA Panamá, 2020af).

Se anuncia la apertura de un nuevo centro de vacunación con AstraZeneca en el Centro Comercial Megamall, ubicado en la 24 de diciembre. Este operará los miércoles, jueves y viernes de 7:00 a.m. a 1:00 p.m., con una capacidad inicial de 1,200 dosis diarias, y se espera administrar un total de 10,000 dosis. Además de este centro, se han habilitado otros puntos de vacunación de AstraZeneca de en la Región Metropolitana de Salud, incluyendo la Escuela República de Chile en Calidonia, la Escuela José Agustín Arango en Bethania y la Escuela José Dolores Moscote en Parque Lefevre. El Ministro destaca que esta acción forma parte de la estrategia de extender la vacunación y ampliar la cobertura, luego de confirma la recepción periódica de vacunas de Pfizer y AstraZeneca, con embarques cada vez más grandes (MINSA Panamá, 2021am).

En esta misma línea, se anuncia la incorporación de más centros comerciales como puntos de vacunación, como por ejemplo el centro comercial Albroom Mall, en el que funciona otro punto de vacunación AstraZeneca. De acuerdo con el MINSA, el objetivo de esta estrategia es facilitar el acceso a la vacunación, aprovechando la alta afluencia de personas en los centros comerciales. Además, se busca aumentar la cobertura de

vacunación y acelerar el proceso para alcanzar la inmunidad de rebaño (MINSA Panamá, 2021an).

La ampliación de la red de puntos de vacunación hacia centros comerciales refuerza el patrón de efectiva articulación intersectorial desarrollada por el gobierno panameño. Esta estrategia de colaboración público-privada no solo evidencia la capacidad estatal para establecer alianzas estratégicas con el sector empresarial, sino que también demuestra la capacidad de adaptar espacios comerciales para propósitos de salud pública, maximizando así la accesibilidad del programa de inmunización.

Al finalizar este período, se encuentran activas las Fases 1, 2 y 3 del Plan Nacional de Vacunación contra la Covid-19. Esto se puede constatar en un comunicado emitido por el MINSA, en el que se destaca la llegada de un nuevo lote de la vacuna Pfizer y se informa que a partir del 30 de junio, dichas dosis se emplearán de la siguiente manera (MINSA Panamá, 2021ap):

- Se reactivará la vacunación de las segundas dosis en la provincia de Colón, en centros de vacunación como Carlos Clement, Buena Vista, Río Gatún, Salamanca, Santa Rosa, Villas de Santa Cruz, Adelaida Herrera Escobar, Juan García Torres, Cuipo, Pablo Arosemena y Altos de Los Lagos. Además, en la Comarca Ngäbe-Buglé.
- Se continuará con segundas dosis en centros de salud ubicados en áreas de difícil acceso, como Hato Juli, Hato Chami, Buenos Aires, Ñopo, Soloy, Kusapín, Kankintú y Río Chiriquí. En Darién, la vacunación se lleva a cabo en el centro de Yaviza.
- Se aplicarán segundas dosis a enfermos crónicos y embarazadas en el Hotel El Panamá y en el Rommel Fernández, para aquellos que no pudieron vacunarse en su momento.

Según la Tabla 31, el tercer trimestre de 2021 es el período en el que se registra el mayor ingreso de dosis de vacunas a Panamá. Esto se reflejará en la estrategia de administración de la vacuna, que, aunque mantiene elementos constantes del primer semestre, también presenta cambios importantes que se describen a continuación:

Se registran acciones de “barrido” como parte de la Operación PanavaC-9. Estas consisten en vacunar a personas pendientes de fases anteriores o a toda la población de una región que presenta un comportamiento epidemiológico particular. Un ejemplo de esto fue estrategia de barrido llevada a cabo en la Región de Salud de los Santos durante la primera quincena del mes de julio, mediante la cual se abordó a personas de 16 años en adelante, en el circuito 7-1 que corresponde a los distritos de Las Tablas, Guararé, Pedasí y Pocrí. De acuerdo con el MINSA, este barrido se desarrolló con 30 equipos de

vacunación del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social con apoyo de las autoridades locales, juntas técnicas y circuitales (MINSA Panamá, 2021aq).

La implementación de estas estrategias demuestra la capacidad estatal para expandir territorialmente la cobertura de la política de inmunización, pero también la posibilidad de aprovechar infraestructura y capital humano. De acuerdo con lo expuesto por Blofield et al, el horizonte temporal comprimido hizo que las herramientas existentes, creadas por los legados de política, adquirieran una importancia crucial. En lugares donde existía un programa de inmunización relativamente sólido, los responsables políticos podían recurrir no solo a las bases de datos de usuarios y redes de distribución de beneficios preexistentes, sino también utilizar la red como modelo para una mayor expansión de la protección social (Blofield et al., 2023, p. 26) Estas acciones también se llevarán a cabo en regiones como Macaracas, Tonosí, Coclé, entre otros. El 26 de julio de 2021, se comunica que la Operación PanavaC-19, continúa con el proceso de vacunación en 10 circuitos a nivel nacional a través de barridos, abarcando personas a partir de los 16 años y en las áreas de difícil acceso desde los 12 años (MINSA Panamá, 2021ax).

También, da inicio el proceso de inscripción para personas con enfermedades crónicas mayores de 16 años en el sitio web vacunas.panamasolidario.gob.pa. Aquellos que no estén certificados por la Caja del Seguro Social o el MINSA deben solicitar un certificado a través de panamadigital.gob.pa. La vacunación para personas con enfermedades crónicas y embarazadas comenzará el jueves 8 de julio en el interior del país y el 9 de julio en la ciudad capital (MINSA Panamá, 2021au). Si bien esta población formaba parte de la Fase 2, se incluye a partir del mes de julio.

Como parte de la Fase 3, el martes 6 de julio, inicia la vacunación con AstraZeneca para los trabajadores de hoteles y restaurantes de la capital en el centro comercial Albroom Mall, los cuales forma parte de la Fase 3. De acuerdo con el MINSA, esta iniciativa cuenta con el apoyo de la Asociación de Restaurantes y Afines de Panamá (ARAP) y la Asociación Panameña de Hoteles (APATEL). Los trabajadores interesados podrán registrarse a través de la cuenta de Instagram de la ARAP (MINSA Panamá, 2021as).

Al mismo tiempo, en algunas regiones del país, se desarrolla la Fase 4 de la Operación PanavaC-19, no solamente con la vacuna AstraZeneca, como ocurría en el período anterior. Por ejemplo, se anuncia que a partir del lunes 5 de julio, inicia la vacunación contra la COVID-19 para personas mayores de 40 años en el corregimiento de San Francisco. Esta campaña se llevará a cabo en dos centros de vacunación: la escuela

Belisario Porras y el Instituto Profesional Isabel Herrera de Obaldía. La decisión de vacunar en este corregimiento se debe al aumento de casos positivos y la alta incidencia diaria de COVID-19 en la región. De igual forma, las personas interesadas en vacunarse deben inscribirse en el sitio web vacunas.panamasolidario.gob.pa para recibir su cita con fecha, hora y lugar de atención (MINSA Panamá, 2021ar).

Este proceso se ampliará a todo el país durante los primeros días del mes de julio, de manera que las autoridades informan que ante el inicio de la vacunación con Pfizer a personas desde los 40 años, solo serían inoculados los residentes de la comunidad anunciada previamente y que aparezcan en el padrón de vacunación de los circuitos (MINSA Panamá, 2021at).

La progresión de las fases del programa de inmunización estuvo directamente condicionada por las dinámicas de abastecimiento de vacunas, evidenciándose un punto de inflexión significativo en julio de 2021. Este período marca una expansión sustancial en la cobertura poblacional del programa, posibilitada por un incremento en la disponibilidad de dosis. La correlación entre el flujo de suministros y la capacidad de ampliar la población beneficiaria subraya cómo las restricciones en el aprovisionamiento de vacunas constituyeron un factor determinante en el ritmo de implementación de la política de inmunización.

Sin embargo, también es importante destacar que, para este momento, la comparación del avance en la cobertura de vacunación entre Costa Rica y Panamá revela un aspecto significativo: a pesar de que ambos países enfrentaban restricciones similares en el suministro de vacunas, Costa Rica mantenía una ventaja de diez puntos porcentuales en su tasa de inmunización. Esta diferencia sugiere que el desempeño de la política de vacunación panameña no estuvo condicionado exclusivamente por las limitaciones en el aprovisionamiento de dosis, sino que posiblemente intervinieron otros factores en su desempeño.

Durante el mes de julio, persiste el desarrollo simultáneo de las fases de vacunación en Panamá, así lo confirma el MINSA mediante su comunicado 498 (MINSA Panamá, 2021av):

- Se lleva a cabo proceso de vacunación con la vacuna Pfizer a pacientes con enfermedades crónicas previamente inscritos en la plataforma digital vacunas.panamasolidario.gob.pa opción citas web.
- Se lleva a cabo proceso de vacunación de embarazadas que recibieron una cita con anterioridad.

- Las provincias de Herrera, Los Santos, Darién, Guna Yala, Bocas del Toro, mantienen la vacunación a través de la técnica de barrido, que comprende a todas las personas mayores de 16 años, por lo que aún no iniciarán el proceso de inoculación a pacientes crónicos.
- La comarca Ngäbe-Buglé desarrolla vacunación por barrido debido a su condición geográfica.

También, durante el mes de julio se aprueba el uso de emergencia de la vacuna Pfizer-BioNTech para personas mayores de 12 años. De acuerdo con las autoridades, esta decisión se basa en estudios que demuestran la seguridad y eficacia de la vacuna en este grupo de edad. La directora nacional de Farmacia y Drogas, Elvia Lau, notificó oficialmente a farmacéutica sobre esta autorización. La vacunación para adolescentes de 12 a 16 años seguirá el mismo esquema que para los adultos, con dos dosis administradas con un intervalo de 3 a 4 semanas (MINSA Panamá, 2021aw).

Esta medida será contemplada en las estrategias de barrido llevadas a cabo en las zonas comarcales, que a partir de este momento y contemplando la disponibilidad de vacunas, incluirán a las personas mayores de 12 años.

Se incorporan nuevos lugares de vacunación, como por ejemplo el Merca Panamá, en el cual se llevó a cabo una jornada de vacunación para aplicar las primeras dosis de la vacuna Pfizer a los comerciantes del mercado. Esta iniciativa busca facilitar el acceso a la vacuna para aquellos trabajadores que, debido a sus horarios laborales, tienen dificultades para acudir a los centros de vacunación establecidos en las escuelas (MINSA Panamá, 2021ay).

Para el mes de agosto, el MINSA destaca el desarrollo simultáneo de 3 acciones de la estrategia de vacunación (MINSA Panamá, 2021az):

- Personas de 40 años y más.
- Técnica de barrido: 16 años en adelante así como 12 años en algunas regiones específicas.
- Personas con discapacidad y enfermedades crónicas: entre los 12 y los 15 años.

De igual forma, de acuerdo con la disponibilidad de la vacuna AstraZeneca, se continúa ofreciendo en distintos puntos del país a personas mayores de 30 años.

Otro elemento característico de esta etapa fue la incorporación de los hospitales privados a la estrategia. De acuerdo con el MINSA, en coordinación con el Movimiento Todo Panamá y varios hospitales privados, se ha iniciado una campaña de vacunación en

nueve centros hospitalarios ubicados en las provincias de Panamá, Chiriquí y Colón. Esta iniciativa, parte de la Operación PanavaC-19, busca ampliar el acceso a la vacunación, permitiendo que la población pueda elegir vacunarse en hospitales privados de manera gratuita. El ministro de Salud destacó que el Estado panameño proporcionará las vacunas y las jeringuillas, mientras que los hospitales privados se encargarán del resto de los insumos y del personal necesario para llevar a cabo la vacunación (MINSA Panamá, 2021ba).

Los hospitales privados habilitados en la ciudad capital incluyen la Clínica Hospital San Fernando, el Hospital Nacional, el Hospital Santa Fe, Pacífica Salud, Panamá Clinic, el Hospital Paitilla, el Hospital Brisas, el Centro Médico del Caribe y el Centro Médico Mae Lewis. Los horarios de vacunación varían según el hospital, pero en general, están abiertos de lunes a viernes, con algunos centros también operando los sábados (MINSA Panamá, 2021ba).

Se destaca de esta medida, la posibilidad de expandir a la población beneficiaria. De acuerdo con el MINSA, el proceso de inmunización en los centros hospitalarios mencionados, está dirigido a personas mayores desde los 16 años (MINSA Panamá, 2021bb).

La ampliación de la red de puntos de vacunación hacia hospitales privados refuerza el patrón de efectiva articulación intersectorial desarrollada por el gobierno panameño.

La ampliación de la cobertura continuará de manera heterogénea a lo largo del país, así lo evidencia el comunicado No. 538 del MINSA, en el que se informa que, a partir del 18 de agosto, se aplicarán primeras dosis desde los 12 años y segundas dosis desde los 16 años, en los circuitos 2-1 (Coclé); 4-1 (Chiriquí); 6-2 y 6-3 (Herrera). Así como, segundas dosis desde los 16 años en los circuitos 9-2 y 9-4. Mientras que en los circuitos 8-2 y 8-3 (Panamá Oeste) se aplicarán primeras dosis desde los 12 años (MINSA Panamá, 2021bc).

También, se habilitan puntos de vacunación que no requieren de una cita. En el mes de setiembre, se anuncia que las personas pueden sin necesidad de cita previa en varios centros comerciales del país. La directora Regional de Salud de San Miguelito, Yaritzel Ríos, destacó que estos, como por ejemplo el de Metromall, han tenido una respuesta positiva debido a su accesibilidad por la facilidad de transporte público y que se administran diariamente alrededor de 1,000 dosis de la vacuna Pfizer a personas mayores de 12 años (MINSA Panamá, 2021be).

Al finalizar el tercer trimestre del año 2021, el MINSA informa que el Panamá se encuentra en una fase abierta de vacunación, lo que significa que no es necesario tener una cita ni ser residente del área para recibir la primera y segunda dosis de la vacuna Pfizer. Esta estrategia busca facilitar el acceso a la vacunación y aumentar la inmunización de la población contra la COVID-19 (MINSA Panamá, 2021be).

Durante el último trimestre del año, las estrategias y acciones hasta el momento descrita continúan sin cambios significativos. La principal novedad es la implementación de las dosis de refuerzo mientras que continua la fase abierta del proceso:

Además de los procesos regionales, se llevan a cabo jornadas de vacunación en puntos estratégicos de la capital. La Operación PanavaC-19 ha habilitado centros de vacunación en los principales centros comerciales, como El Dorado, Soho Mall, Alta Plaza, Mega Mall y Plaza Villa Lucre, así como en la ciudad deportiva Irving Saladino, en Juan Díaz., en los cuales se ofrecen todas las dosis contra la COVID-19 (MINSA Panamá, 2021bf).

En relación con las dosis de refuerzo, el 27 de setiembre se anuncia el inicio de la aplicación de la tercera dosis de la vacuna Pfizer en la región de Los Santos. Argumenta que esta campaña está dirigida a pacientes con condiciones de salud específicas que los hacen más vulnerables al COVID-19. Entre los beneficiarios se encuentran aquellos que reciben tratamiento oncológico por tumores o cáncer en la sangre, personas con trasplante de órganos y bajo tratamientos inmunosupresores, así como aquellos que han recibido un trasplante de células madre en los últimos dos años o están tomando medicamentos inmunosupresores. También se incluye a pacientes con inmunodeficiencia primaria moderada o grave, aquellos con una infección avanzada o no tratada por VIH, y personas bajo tratamiento activo con altas dosis de corticosteroides u otros medicamentos que pueden suprimir su respuesta inmunitaria (MINSA Panamá, 2021bd).

Se indica que, para facilitar esta campaña, se han habilitado puntos de vacunación en cuatro distritos: el Hospital Joaquín Pablo Franco Sayas de Las Tablas, el Hospital de Macaracas, el Hospital de Tonosí y el Hospital Regional Anita Moreno de La Villa de Los Santos. Los centros de vacunación operan en un horario de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. durante cinco días (MINSA Panamá, 2021bd).

Sumado a lo anterior, en el mes de octubre, el Presidente de Panamá, Laurentino Cortizo, confirma que ampliará la aplicación de una tercera dosis de la vacuna contra la Covid-19 a personas mayores de 55 años, personas inmuno-suprimidas, trabajadores de salud y miembros de la Fuerza de Tarea Conjunta (FTC). Esta decisión fue tomada tras

la recomendación del Consejo Consultivo de Salud, que analizó el comportamiento de la pandemia a nivel nacional e internacional. El presidente Cortizo Cohen, mencionó que esta medida se implementará para fortalecer la protección de los grupos vulnerables y asegurar una mejor respuesta ante la pandemia (Ministerio de la Presidencia, 2021b).

En el mes de diciembre, el Presidente de la República, Laurentino Cortizo Cohen, aprueba la reducción del intervalo para la aplicación de la dosis de refuerzo contra la COVID-19 a tres meses y confirma que este beneficio está dirigido a la población de 16 años en adelante, en cada uno de los centros habilitados en el territorio nacional. Esta medida fue aprobada durante la reunión semanal del CONVacunas, tras la presentación de la propuesta por parte del ministro de Salud, Luis Francisco Sucre (MINSA Panamá, 2021bg)

Por lo tanto, la administración de la dosis de refuerzo para la población de 16 años en adelante da inicio en los puntos de vacunación a partir de 28 de diciembre (MINSA Panamá, 2021bg).

La implementación del programa de vacunación contra COVID-19 en Panamá reveló importantes capacidades estatales en términos de gestión y coordinación institucional, aunque también evidenció limitaciones significativas condicionadas principalmente por el acceso a las vacunas. El análisis de esta etapa permite identificar varios elementos distintivos que caracterizaron el proceso.

En primer lugar, se destacó la organización institucional desarrollada para la administración de la vacuna, manifestada en un modelo que combinó coordinación centralizada con implementación descentralizada. Esto facilitó una arquitectura de la política de vacunación basada en una provisión del servicio diversa, con múltiples puntos de vacunación que incluyó centros educativos, espacios deportivos, centros comerciales y hospitales privados, demostrando la capacidad del Estado para adaptar su despliegue territorial a diferentes contextos y necesidades.

Un segundo elemento relevante fue la notable capacidad de articulación intersectorial evidenciada a lo largo del proceso. La efectiva coordinación con actores no gubernamentales, incluyendo comunidades de fe, clubes cívicos y sector privado, demostró la habilidad del Estado para movilizar recursos comunitarios y establecer alianzas estratégicas. Esta capacidad se vio potenciada por el aprovechamiento de legados institucionales previos, que permitieron utilizar y adaptar infraestructura y capital humano existente.

Sin embargo, el proceso también reveló vulnerabilidades significativas, particularmente durante el primer semestre de 2021, cuando las limitaciones en el suministro de vacunas condicionaron sustancialmente el ritmo de implementación. Esta situación llevó a la adopción de medidas como la modificación de esquemas de dosificación, que, si bien se fundamentaron en evidencia científica, pudieron afectar la credibilidad del proceso ante la ciudadanía.

El análisis comparativo del desempeño de la política de vacunación revela que Panamá registró indicadores consistentemente inferiores a Costa Rica en términos de cobertura, suficiencia y sostenibilidad del programa. Esta brecha resulta particularmente significativa considerando que ambos países implementaron estrategias de inmunización institucionalmente robustas y enfrentaron desafíos similares en el abastecimiento de vacunas. La divergencia en los resultados, a pesar de las similitudes en el diseño e implementación de los programas, sugiere la existencia de factores adicionales que incidieron en la efectividad de la política panameña más allá de las restricciones compartidas en el suministro de dosis.

¿Cómo explicar el desempeño de vacunación en Panamá?

Sobre los factores explicativos de la dimensión sectorial, en el caso de Panamá, al igual que en el de Costa Rica, tampoco resulta sorpresivo que haya sido uno de los países con el mejor desempeño en la región centroamericana. De acuerdo con Rombini et al., el programa nacional de inmunizaciones (PNI) del país se encuentra dentro de las mejores posiciones del ranking latinoamericano. Después de Chile, los PNI mejores puntuados son los de, Uruguay, Panamá, Costa Rica y Colombia, los cuales se destacan en el grupo de variables vinculadas al primero y segundo año de vida hasta el ingreso escolar, así como en aspectos programáticos (Rombini et al., 2024b, p. 6).

Sin embargo, esta fortaleza institucional plantea una paradoja analítica: ¿por qué Panamá, a pesar de compartir con Costa Rica características sectoriales favorables -como un programa de inmunización consolidado y alta capacidad administrativa- mostró un desempeño significativamente inferior en la vacunación contra COVID-19? Una parte de esta respuesta radica en las limitaciones enfrentadas en la adquisición y aseguramiento del acceso a las vacunas, lo que se manifestó en:

- La recepción de solo el 21.30% del total de vacunas durante el primer semestre de 2021

- Una dependencia crítica de la llegada de lotes para avanzar en las fases del Plan Nacional de Vacunación
- La adopción de medidas de austeridad, incluyendo la controversial recomendación de esquemas de dosis única y la suspensión temporal de campañas

Estudios empíricos han establecido una clara vinculación entre disponibilidad de vacunas y efectividad de los programas de inmunización, identificando como estrategias exitosas la expansión continua de puntos de vacunación para la administración simultánea de dosis y la diversificación de fuentes de aprovisionamiento. (Cuschieri et al., 2021), (Gros & Gros, 2021). Si bien como parte de la arquitectura de su política de vacunación, Panamá aseguró múltiples espacios de provisión del servicio en todas las regiones del país, el avance en las fases de vacunación establecidas se vio afectado por el número y frecuencia de los lotes de vacunas.

En el análisis de la dimensión política, emerge un elemento significativo en el caso panameño: si bien el país mantiene una posición superior a la media regional en términos de calidad democrática, enfrenta desafíos sustanciales relacionados con la legitimidad de su sistema democrático y la confianza ciudadana en las instituciones políticas (García-Rendón & Subinas, 2023, pp. 13-14). Esta tensión se refleja en la categorización establecida por V-Dem, que distingue entre Costa Rica como una democracia liberal -caracterizada por una robusta institucionalidad y sólidos contrapesos- y Panamá como una democracia electoral, donde los procedimientos democráticos básicos coexisten con limitaciones en términos de legitimidad y confianza institucional.

Según encuestas realizadas por el Centro Internacional de Estudios Políticos y Sociales (CIEPS), solo un 46.8% de la población panameña reconoció la democracia como la mejor forma de gobierno en los años 2019 y 2021. Este dato refleja un descontento creciente con el sistema político, que se ve agravado por la falta de confianza en instituciones clave como el Gobierno, la Asamblea y los partidos políticos. La disminución de la valoración positiva de estas instituciones tras la pandemia sugiere una crisis de legitimidad que podría tener repercusiones en la estabilidad política del país (García-Rendón & Subinas, 2023, pp. 13-14).

Además, según los resultados de la encuesta sobre el impacto del Covid-19 en Panamá, publicada en marzo de 2020, a la pregunta “¿Cree que la ciudadanía aceptará las medidas de aislamiento social?”, el 51.5% respondió que “no”, el 23.8% que “sí” y el 24.7% que “depende”. Estos datos coinciden con lo expuesto en la sección sobre el período previo a la introducción de la vacuna en Panamá, donde se observa una

consistencia en los operativos de control para asegurar el cumplimiento de las medidas establecidas por el gobierno para controlar la pandemia (CIEPS, 2020).

Sumado a esto, una investigación sobre la confianza durante la pandemia por COVID-19 en Panamá, evidenció un notable nivel de desconfianza entre la población panameña hacia las personas, las autoridades y las instituciones durante la crisis provocada por la COVID-19. Con un promedio de 5 en una escala de 0 a 10, los resultados indican que la confianza es considerablemente baja. Este hallazgo es preocupante, ya que la confianza en las instituciones es fundamental para la efectividad de las políticas públicas, especialmente en momentos de crisis. La desconfianza puede obstaculizar la implementación de medidas necesarias para controlar la pandemia y puede llevar a una falta de adherencia a las recomendaciones de salud pública (Matus et al., 2021).

Además, la investigación destaca que la desconfianza está estrechamente relacionada con la percepción de corrupción en las entidades públicas. Según los autores, este fenómeno se convierte en un factor crítico en la gestión de crisis, ya que una población desconfiada es menos propensa a seguir las directrices de las autoridades, lo que puede agravar la situación de salud pública (Matus et al., 2021).

La falta de cumplimiento de las directrices de control de movilidad a lo largo de 2020 también puede contribuir a explicar los resultados del desempeño de vacunación en Panamá, ya que la disposición a vacunarse podría haberse visto afectada.

Lo anterior pone sobre la mesa la relación entre la legitimidad del sistema democrático o la confianza de los ciudadanos en las instituciones políticas, con el desempeño de políticas como la vacunación. Con respecto a las políticas del sector salud, Wigley y Akkoyunlu (2011), argumentan que las democracias tienden a implementar mejores políticas y resultados de atención médica, debido a factores como la rendición de cuentas, la presión de los grupos de interés y la susceptibilidad a la crítica pública. También, otras investigaciones han demostrado la relación entre la confianza en la institucionalidad y la resistencia a la vacunación (Gopichandran, 2017), (Devine et al., 2024).

Por consiguiente, aunque Panamá cuenta con una trayectoria democrática, en el contexto de la Covid-19, las debilidades del régimen, particularmente en términos de confianza en las instituciones, así como la capacidad estatal para asegurar el suministro de vacunas, son factores que explican el desempeño del país en la vacunación contra la COVID-19.

¿Hubo diferencias entre ambos casos?

Aunque el proceso de vacunación contra COVID-19 en Costa Rica y Panamá siguió una trayectoria similar, presentó dos diferencias sustanciales que explican las variaciones en sus resultados durante períodos específicos. La primera se relaciona con la dimensión sectorial: aunque ambos países contaban con sólidos antecedentes en políticas públicas y elevadas capacidades administrativas, en un contexto de crisis sanitaria, Panamá mostró una capacidad más limitada para garantizar el abastecimiento oportuno de vacunas. Esta situación se atribuye principalmente a las restricciones en la arquitectura de su política de inmunización, específicamente en el componente de financiamiento. Si bien el país logró adquirir un porcentaje considerable de vacunas mediante compras directas, su dependencia de un número reducido de proveedores impactó inicialmente en el ritmo de sus campañas de inmunización.

Las limitaciones en el suministro de vacunas afectaron a ambas naciones, con un impacto más pronunciado en Panamá. Durante el primer semestre de 2021, este país recibió aproximadamente un 11% menos de dosis que Costa Rica, que a su vez presentaba una baja cantidad de dosis en comparación con otros países de la región, como Chile, considerando el tamaño de su población. Además, mientras que las donaciones de vacunas representaron cerca del 27% del total de dosis en Costa Rica, en Panamá apenas alcanzaron el 5%.

La capacidad de respuesta ante estas limitaciones también mostró contrastes significativos. Panamá se vio obligada a implementar medidas como la suspensión temporal de campañas de vacunación y la modificación del protocolo de inmunización debido a la escasez de vacunas. Estas decisiones pudieron afectar negativamente la confianza ciudadana en el proceso de vacunación, pues los cambios en las disposiciones generan incertidumbre en la población, lo cual pudo impactar en la disposición a vacunarse una vez que se normalizó el suministro de dosis.

La segunda diferencia se fundamenta en el contexto previo a la implementación de la política de vacunación. A pesar de que Panamá contaba con una alta capacidad administrativa previo la pandemia, durante la crisis sanitaria mostró limitaciones para ejercer control territorial y alcanzar sus objetivos políticos, tales como el cumplimiento de las medidas de movilidad y distanciamiento social o eventualmente la recepción de la vacuna.

Además, si bien el país mantiene una posición superior a la media regional en términos de calidad democrática, enfrenta desafíos sustanciales relacionados con la legitimidad de su sistema democrático y la confianza ciudadana en las instituciones políticas (García-Rendón & Subinas, 2023, pp. 13-14). Esta tensión se refleja en la categorización establecida por V-Dem, que distingue entre Costa Rica como una democracia liberal -caracterizada por una robusta institucionalidad y sólidos contrapesos- y Panamá como una democracia electoral, donde los procedimientos democráticos básicos coexisten con limitaciones en términos de legitimidad y confianza institucional.

Por lo tanto, las diferencias entre los regímenes políticos de ambos países constituyen un factor explicativo fundamental de sus resultados disímiles, lo cual reafirma la importancia de las condiciones democráticas en el desarrollo e implementación de la política social. Sin embargo, tomando en cuenta el contexto de shock, es importante destacar que se requieren de más investigaciones sobre la resistencia a la vacunación, para poder tener mayor claridad sobre los resultados del desempeño de vacunación de un caso como el de Panamá.

Capítulo de análisis 4

Guatemala y Honduras

Guatemala: la marginación de la política de vacunación en la agenda gubernamental

En la región, Guatemala es el país con menor cobertura de vacunación y actualmente no dispone de dosis adicionales para aumentar este indicador. Según el Laboratorio de Datos GT, las decisiones del Gobierno de Guatemala y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), junto con las barreras de acceso a la vacuna que estas disposiciones generaron, explican las bajas tasas de vacunación en el país (Maldonado et al., 2023, p. 20). A esto hay que sumarle las características de un régimen político marcado por la corrupción y la desconfianza en las instituciones del Estado, así como el rol jugado por las principales autoridades involucradas en la gestión de la pandemia.

A continuación, se presentan los principales elementos que caracterizan y explican el proceso de vacunación en este país.

Fragilidad institucional y corrupción como antecedentes de la política de vacunación

La gestión de la pandemia por COVID-19 en Guatemala ejemplifica cómo las debilidades institucionales preexistentes y los patrones de corrupción pueden socavar la efectividad de las políticas públicas en contextos de crisis. Durante el período inicial de la emergencia sanitaria, el gobierno guatemalteco implementó un conjunto de medidas de contención y disposiciones epidemiológicas que, si bien seguían los lineamientos internacionales, se vieron obstaculizadas por factores estructurales y de gestión.

Este apartado analiza la respuesta gubernamental durante la fase previa a la disponibilidad de vacunas, período que resultó crítico dado que Guatemala fue el último país de la región en iniciar los procesos de adquisición y administración de inmunizaciones.

A través de la sistematización realizada por el Laboratorio de Datos GT y otras organizaciones, se examina cómo la limitada capacidad institucional, junto con casos documentados de corrupción en la adquisición de insumos médicos esenciales, configuraron un escenario adverso para la implementación de las políticas sanitarias. Este análisis cobra particular relevancia al evidenciar cómo las deficiencias en la gestión

inicial de la pandemia sentaron las bases para los posteriores desafíos en la implementación de la política de vacunación.

A diferencia de los casos anteriores, en el caso de Guatemala, las fuentes institucionales para la reconstrucción de la atención de la pandemia son limitadas, sin embargo, al mismo tiempo, es el país de la región que cuenta con una mayor sistematización y análisis de proceso, gracias al trabajo de Oxfam y del Laboratorio de Datos GT. El cual se complementa con los aportes de otras organizaciones del país, tales como el Centro de Investigaciones Económicas Nacionales (CEN).

La implementación de medidas para hacerle frente al virus y reducir la tasa de contagio por SARS-CoV-2 comenzó en Guatemala a finales de enero del año 2020. Estas acciones se intensificaron a medida que los sistemas de salud en países europeos como Italia y España comenzaron a colapsar debido al alto número de personas que necesitaban hospitalización o ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs). Las disposiciones incluyeron restricciones a la movilidad, prohibición de actividades que reunieran a muchas personas y otras medidas destinadas a lograr el distanciamiento físico para disminuir la posibilidad de contagio (Casasola & Menchú, 2020, p. 26).

El trabajo titulado “Políticas Públicas y manejo de la Pandemia Covid-19: Proyectos de Sistematización cronológica y categorización de medidas adoptadas por el Estado de Guatemala” es parte del proyecto de investigación “Desigualdad y Vacunas en Guatemala” y consiste en una herramienta muy valiosa para la reconstrucción del proceso de atención de la Pandemia en este país.

Guatemala es el único de los casos de la región que cuenta con un insumo como este, por lo que será clave para la reconstrucción de la etapa previa a la disponibilidad de la vacuna, período clave si se toma en cuenta que el país fue el último en iniciar las etapas de adquisición y administración de la vacuna.

En el año 2019 se efectuaron las elecciones presidenciales en Guatemala, en un contexto preocupante, con una alta incidencia de delitos electorales a pesar de los cambios en la legislación electoral que fueron aprobados al calor de las demandas de la ciudadanía que salió a las plazas en el 2015. El Tribunal Supremo Electoral ha visto disminuida su autoridad debido a la falta de colaboración de otras instituciones y a la defenestración de la Comisión Internacional contra la Impunidad en Guatemala (CICIG) por parte de la élite económica y política (Monzón, 2019, p. 24).

Producto de la tensión política generada al calor del proceso electoral, en 2019, el Organismo Legislativo no aprobó la propuesta de presupuesto para 2020 presentada por

el Organismo Ejecutivo. Como resultado, el nuevo gobierno, que había asumido el cargo solo 15 días antes de la Declaratoria de Alerta Sanitaria Internacional, comenzó el 2020 con el mismo presupuesto vigente en 2019. Esto obligó al gobierno a realizar una serie de reprogramaciones presupuestarias, las cuales no contemplaban recursos para enfrentar la inminente crisis (Slowing, 2023, p. 26).

Simultáneamente, la dirección del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) fue asignada a un médico sin formación en salud pública ni experiencia en el sector público. Enfrentar una pandemia es un desafío significativo para cualquier profesional y equipo sanitario altamente experimentado. En el caso de Guatemala, se designó a una persona sin la preparación adecuada para enfrentar tal desafío, lo cual se evidenció rápidamente. Además, desde el inicio, la nueva administración gubernamental mostró una conducta política que no favorecía el manejo científico y técnico de la pandemia. El presidente, Alejandro Giammattei, asumió un papel protagónico en la gestión de la situación, lo cual inicialmente se percibió como positivo, respaldado por su formación médica. Sin embargo, tal como se verá en este apartado, esa imagen positiva se desvaneció rápidamente (Slowing, 2023, p. 26).

Este proceso se enmarca en las características propias de un régimen que experimentó un significativo deterioro de su democracia electoral desde 2021, evolucionando hacia lo que el Instituto V-Dem categoriza como una autocracia electoral en 2022. En esta línea, Boda y Sebök (2021) señalan que los regímenes no democráticos se caracterizan por una notable reducción en el número de actores políticos relevantes y por la sistemática erosión de los controles y contrapesos institucionales, elementos que limitan significativamente la capacidad de supervisión y balance del poder político. Al igual que en otros países de la región, Guatemala implementó acciones de emergencia ante la falta de una vacuna para prevenir la COVID-19. Estas medidas se basaron en dos criterios principales: a) aplicar intervenciones no farmacológicas universales para reducir las tasas de contagio, y b) fortalecer el sistema sanitario aumentando los recursos y mejorando las capacidades operativas. (Casasola & Menchú, 2020, p. 26).

En lo que se puede considerar como la fase de preparación, según el esquema de la OPS, el 23 de enero de 2020 el MSPAS emitió el primer boletín epidemiológico con lineamientos generales para el personal de salud, reforzando el uso del protocolo de vigilancia de enfermedades respiratorias, especialmente para personas provenientes de países ya afectados por el virus (Slowing, 2023, p. 27).

El 30 de enero, el MSPAS publicó el primer instructivo de preparación de la respuesta, donde se definieron los términos de “caso probable”, “caso sospechoso” y otros lineamientos de vigilancia epidemiológica para el personal de salud. En el 2020, se emitieron al menos siete ediciones de estos lineamientos, lo que indica la necesidad de mantener actualizadas las normas de vigilancia en tiempo real, dada la dinámica del evento pandémico. Hubo muy poca variación en dichas indicaciones a lo largo del tiempo, siendo especialmente estables las definiciones de caso probable, caso sospechoso y caso confirmado. Durante este período inicial, en el mes de enero, la OPS también capacitó al personal del Laboratorio Nacional de Salud en el uso y procesamiento de las pruebas PCR para la detección de la COVID-19 (Slowing, 2023, p. 27).

Las medidas más comunes al inicio de la pandemia fueron las denominadas de “contención”, adoptadas de la fase 2 del ciclo de pandemia definido por la OMS, orientadas a contener la diseminación del virus en la población. Básicamente, estas medidas restringieron la movilidad humana dentro del territorio nacional y se sumaron a las acciones iniciales de cierre de fronteras y vías de acceso al país desde el exterior, con el propósito de evitar la entrada de personas contagiadas (Slowing, 2023, p. 27).

La secuencia de adopción de medidas de contención inició el 31 de enero 2020, a partir de que el MSPAS emite la Alerta Sanitaria Nacional 1-2020, estableciendo restricciones de ingreso por vía aérea, terrestre y marítima para cualquier persona extranjera que hubiera visitado la República Popular de China en los últimos 15 días. A los ciudadanos guatemaltecos en la misma situación se les permitió el ingreso, siempre y cuando cumplieran con el protocolo de salud establecido, que incluía una entrevista, evaluación clínica y, si era necesario, su traslado a un servicio de salud para aislamiento y tratamiento (MSPAS, Guatemala, 2020a).

Posteriormente, el 11 de febrero se emite la segunda actualización de la Alerta Sanitaria Nacional 1-2020, en la cual se expone la situación de la Covid-19 a nivel mundial y regional, así como una nueva versión de los lineamientos nacionales para el personal de instituciones dentro y fuera del Sector Salud, enfocados principalmente en el manejo de viajeros internacionales (MSPAS, Guatemala, 2020b).

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), como ente rector, presentó el 1 de marzo, el Plan Estratégico para la Prevención, Contención y Respuesta a casos del Coronavirus (COVID-19). Se establece la ruta crítica desde las acciones de prevención hasta el momento en que eventualmente se detecte el ingreso del Coronavirus (COVID-19) al país. El plan contempla la coordinación lógica de la intervención a través

de los sistemas de alerta y alarma, los mecanismos de comunicación, la integración oportuna de los servicios de atención de salud establecidos, los equipos de respuesta inmediata, así como los sistemas de transporte y el suministro de materiales y equipos necesarios (MSPAS, Guatemala, 2020c, p. 2).

Seguidamente, el 5 de marzo la Presidencia de la República, mediante el Decreto Gubernativo No.5-2020, acuerda (Presidencia de la República de Guatemala, 2020a):

declarar el estado de Calamidad Pública en todo el territorio nacional como consecuencia del pronunciamiento de la Organización Mundial de la Salud de la epidemia de coronavirus COVID- 19 como emergencia de salud pública de importancia internacional y del Plan para la Prevención, Contención y Respuesta a casos de coronavirus (COVID-19) en Guatemala del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Presidencia de la República de Guatemala, 2020a).

Las medidas establecidas como parte del estado de Calamidad Pública son las siguientes (Presidencia de la República de Guatemala, 2020a):

- El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), como ente rector de la salud en Guatemala deberá ejecutar todas las acciones necesarias a fin de dar cumplimiento al Plan de Prevención, Contención y Respuesta a casos de Coronavirus (COVID-19) en Guatemala.
- Limitar el derecho de libre locomoción, cambiando o manteniendo la residencia de las personas en los lugares afectados, en riesgo de serlo, su traslado sanitario o limitación de acceso, fijando y estableciendo expresamente los cordones sanitarios, limitando incluso la circulación de vehículos o todo tipo de transportes así como impedir la salida o entrada de personas en las zonas afectadas.
- Exigir a los particulares, así como a las instituciones del Estado, el auxilio o cooperación para el mejor control de situación en las zonas afectadas. Se requerirá la colaboración del sector privado y de la población en general.
- Limitar las concentraciones de personas y prohibir o suspender toda clase de espectáculos y cualquier clase de reuniones o eventos que represente un riesgo para la salud de los habitantes, previa resolución del MSPAS.
- Establecer precios mínimos y máximos para los artículos, bienes, suministros o servicios que tengan tipo de relación en la prevención, tratamiento, contención y

respuesta al coronavirus y procedimientos médicos relacionados, así como evitar el acaparamiento.

- Ordenar al MSPAS la evacuación médica de las personas nacionales, extranjeras, residentes o en tránsito, con sospecha, síntomas o declaración de ser portadores de coronavirus COVID-19, teniendo atribución para aislar o fijar en cuarentena.
- Vigilar y monitorear de los puestos fronterizos, puertos y aeropuertos.

Con la declaración del Estado de Calamidad Pública el 5 de marzo, se establecieron las bases para una serie de medidas que se fueron ampliando y aplicando con mayor rigor a lo largo del tiempo. Estas medidas incluyeron la restricción de la circulación de vehículos y otros medios de transporte, la vigilancia y monitoreo de los puntos fronterizos, el cierre de fronteras, y la limitación de concentraciones de personas, espectáculos públicos y todo tipo de eventos y reuniones (Casasola & Menchú, 2020, p. 27).

Como se sabe ahora, ninguna de estas medidas logró impedir la entrada del virus al país, ya que el 13 de marzo se notificó oficialmente el primer caso de COVID-19 en Guatemala. Aunque el objetivo de estas medidas era evitar el ingreso de viajeros procedentes de China, creyendo que serían la fuente del contagio, el virus llegó al país a través de un viajero guatemalteco que regresaba de Italia y España. En ese momento, dado el nivel de conocimiento sobre el virus y su transmisión entre humanos, se pensaba que estas medidas podrían detener o, al menos, retrasar la diseminación del virus. Por ello, tanto el cierre de fronteras como la prohibición de entrada a viajeros de ciertas procedencias y/o nacionalidades (medidas que luego se generalizaron) fueron adoptadas en la mayoría de los países (Slowing, 2023, p. 28).

El Laboratorio de Datos GT elaboró una categorización de medidas para la gestión de la pandemia en Guatemala. Para esto, utilizaron información recolectada por el equipo del Laboratorio así como por otras instituciones nacionales e internacionales que han contribuido significativamente a documentar aspectos específicos de las políticas y medidas implementadas en la gestión de la pandemia, especialmente durante el año 2020 y antes de la disponibilidad de vacunas (Slowing, 2023, p. 30)

En la Tabla 35 se detalla la categorización propuesta por el Laboratorio de Datos GT para el caso de Guatemala:

Tabla 35

Categorización de medidas para la gestión de la pandemia en Guatemala

Tipo de medida	Descripción

Medidas de contención y reducción de la movilidad de las personas	Son medidas extraordinarias, fundamentadas en la ley de orden público vigente (decreto número 7 de la Asamblea Nacional Constituyente de noviembre de 1965) que faculta la restricción de libertades y derechos ciudadanos de manera temporal, así como la implementación de medidas coercitivas que facilitan el control de la población y del territorio en circunstancias de crisis o emergencia nacional. En el caso de la pandemia, la finalidad de las medidas de contención fue establecer restricciones específicas a la movilidad y distanciamiento entre las y los ciudadanos, en los medios de transporte, así como la suspensión parcial o total de actividades económicas, sociales, culturales y recreacionales que, por propiciar el contacto directo y estrecho entre seres humanos, incrementan el riesgo de contagio, dado el modo de transmisión del virus SARS CoV- 2.
Medidas epidemiológicas y de salud pública	Comprende todas aquellas orientadas a la contención de la expansión del virus en el territorio, empleando para el efecto, medidas adoptadas a nivel individual, familiar y colectivo para prevenir y/o limitar el contagio: Uso obligatorio de mascarilla en lugares públicos, lavado frecuente de manos, toma de temperatura y aplicación de gel con alcohol en manos en lugares públicos, distanciamiento físico entre individuos y aislamiento en casa (Quédate en Casa). Incluye también acciones de vigilancia epidemiológica, las cuales parten de la detección oportuna de los casos, el procesamiento adecuado de las muestras a las que se les aplica pruebas de laboratorio específicas para detectar la presencia del virus SARS Co-V2 en el organismo; el sistema que garantiza el retorno rápido y adecuado de los resultados tanto al paciente, como a los médicos tratantes y al propio sistema de información epidemiológica. Por eso, la gestión procesamiento y análisis de la información que se genera producto del testeo y de otras medidas para detener y gestionar la epidemia y sus consecuencias sobre la salud de la población, es en el insumo básico para la toma de decisiones. Forman también parte de las medidas epidemiológicas el rastreo para la identificación temprana de sospechosos, el aislamiento de casos y contagios, así como el seguimiento de su evolución en el tiempo. También, las acciones orientadas a contención y control de brotes focalizados. Dentro de las medidas epidemiológicas se incluye también la vacunación, en el momento en que ésta se encontró ya disponible.
Medidas de mitigación de los daños a la salud	Se refiere a todas aquellas acciones orientadas a mejorar la capacidad de respuesta curativa del sistema público de salud y para enfrentar una demanda incrementada de servicios de atención médica, en particular de cuidados críticos especializados, y para reducir la muerte e incapacidad causada por la enfermedad. Incluye también acciones orientadas a potenciar la colaboración con otras instancias fuera del Ministerio de Salud para asegurar la

	disponibilidad y calidad de los servicios diagnósticos y de atención médica que necesitan los pacientes afectados por el virus.
Medidas socioeconómicas y de protección social:	Se refiere a todas aquellas acciones orientadas a facilitar que los ciudadanos acaten las normas de aislamiento y distancia física que necesita el control de esta pandemia, permaneciendo en sus hogares, compensando, al menos parcialmente, la pérdida de sus ingresos monetarios con transferencias de recursos financieros y otras facilidades a individuos, así como asistencia alimentaria. Incluye también medidas para apoyar a las empresas a mantenerse a flote, en particular a las pequeñas y medianas empresas, así como para asegurar la continuidad del funcionamiento del sistema alimentario y la infraestructura básica del país.
Medidas políticas, financieras y de gestión	Refieren a la introducción y/o creación de instancias o incorporación de personas para que gestionen la conducción de la epidemia y la apertura de la economía. Acciones orientadas a crear las condiciones adecuadas para la implementación de las medidas que necesita el manejo de la pandemia.
Medidas de información, educación, comunicación y diálogo	Aquellas que permitan que la población esté mejor informada, comprenda mejor la situación y sus exigencias, adopte las medidas necesarias y las mantenga en el tiempo.
Medidas sectoriales específicas	Se refiere a las medidas tomadas por los Ministerios sectoriales, fuera de salud, para enfrentar las situaciones específicas que fue generando la pandemia y que no encajan necesariamente en una de las categorías generales de medidas de política ya planteadas. Destacan en particular medidas tomadas por el Ministerio de Educación, Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación, Ministerio de Economía y municipalidades.

Nota. Datos obtenidos de “Políticas Públicas y manejo de la Pandemia Covid-19: Proyectos de Sistematización cronológica y categorización de medidas adoptadas por el Estado de Guatemala” por K. Slowing, 2023, 31-33

En esta misma línea, El Laboratorio de Datos GT presenta una cronología de la incorporación de las medidas sobre el manejo de la Pandemia Covid-19 adoptadas en Guatemala, según categoría. Sin embargo, para la presente investigación, solo se tomarán en cuenta las medidas de las siguientes categorías: contención y reducción de la movilidad de las personas, así como las epidemiológicas y de salud pública.

Medidas de contención y reducción de la movilidad

Estas medidas fueron las primeras en adoptarse en casi todos los países para intentar frenar la propagación del virus. La cantidad y diversidad de estas medidas de contención, así como su duración e intensidad, representan una de las diferencias más significativas en la respuesta de los distintos países a la pandemia (Slowing, 2023, p. 34).

En Guatemala, se identificaron al menos 11 tipos de medidas de contención implementadas en 2020, algunas de las cuales continuaron durante 2021 y 2022. La mayoría de estas medidas se adoptaron al inicio de la pandemia y se mantuvieron por un máximo de seis meses, con algunas excepciones (Slowing, 2023, p. 34). A continuación, se describen dichas medidas:

Prohibición progresiva de ingreso de viajeros

Las primeras medidas se implementaron inmediatamente después de la declaración de la alerta sanitaria internacional el 30 de enero de 2023. La primera medida fue prohibir la entrada al país de ciudadanos chinos y de la República Popular China. Posteriormente, esta prohibición se extendió a ciudadanos y viajeros provenientes de otros países con casos reportados de COVID-19, como Japón, Irán y Corea del Sur. Finalmente, durante seis meses, la restricción se generalizó a viajeros de todas las nacionalidades, exceptuando el retorno de guatemaltecos desde el extranjero (Slowing, 2023, p. 34).

Limitación de aforo en eventos masivos, con requisito de autorización previa de parte de MSPAS

El primer caso confirmado de COVID-19 en Guatemala se reportó el 13 de marzo de 2020. A partir de este momento, las medidas tomadas para reducir el contacto físico entre las personas se fueron endureciendo. Por esto, el 14 de marzo de 2020, el presidente de Guatemala, Alejandro Giammattei, anunció la suspensión de actividades que involucren a más de cien personas, incluyendo las procesiones de Semana Santa. Además, se prohibieron las ferias patronales y se estableció que los eventos deportivos se realicen a puerta cerrada o se reprogramen (Prensa Libre, 2020a).

El 16 de marzo se endurecieron aún más las medidas iniciales. La Presidencia de la República comunica una serie de normas para su cumplimiento²¹, dentro de las que se destaca la prohibición de cualquier tipo de evento, sin importar el número de convocatoria (Presidencia de la República de Guatemala, 2020b).

Cierre de fronteras territoriales

En Guatemala, el cierre de fronteras y la prohibición de entrada de viajeros de países afectados por la epidemia se implementaron a mediados de marzo de 2020, tras el primer caso de COVID-19 en el país. Estas medidas se aplicaron a todas las fronteras y

²¹ Disposiciones presidenciales en caso de calamidad pública y órdenes para el estricto cumplimiento.

se mantuvieron durante seis meses. Sin embargo, el virus ingresó a través de un ciudadano guatemalteco que regresaba de Italia. A finales de septiembre de 2020, las fronteras se reabrieron, requiriendo una prueba PCR negativa para ingresar al país (Slowing, 2023, p. 35).

Cierre de escuelas, universidades y suspensión total de actividades públicas

El 14 de marzo de 2020, el presidente de Guatemala, Alejandro Giammattei, anunció la suspensión de clases en todos los niveles educativos. Las clases se suspenderían por 21 días y se reanudarán posteriormente para cumplir con el mínimo de 180 días lectivos. (Prensa Libre, 2020a). En ese momento, parecía prevalecer entre las autoridades gubernamentales y algunos sectores influyentes la idea de que un tratamiento agresivo, con una contención total durante unas pocas semanas, podría evitar la propagación del virus en el país (Slowing, 2023, p. 36).

Sumado a esto, el 16 de marzo se prohíben actividades deportivas, sociales y culturales (Presidencia de la República de Guatemala, 2020b).

Las medidas de contención prolongadas afectaron negativamente la educación y el desarrollo social de la niñez guatemalteca, a pesar de los esfuerzos del Ministerio de Educación Pública de Guatemala (MINEDUC) para implementar la educación a distancia. Las universidades reabrieron primero a finales de 2022, aprovechando la vacunación de la población mayor de 18 años. Las escuelas y colegios privados reabrieron antes que el sector público, aunque la vacunación de maestros y estudiantes fue priorizada. Sin embargo, cumplir con los requisitos de higiene y distanciamiento en las escuelas públicas fue un desafío. Además, no se consideró la vacunación de las familias de los escolares para crear un entorno más seguro para el retorno a la educación presencial (Slowing, 2023, p. 36).

Suspensión muy temporal de las deportaciones desde USA

A pesar de las restricciones, continuaron llegando al país aviones con migrantes deportados desde Estados Unidos, convirtiéndose en focos de propagación del virus. Un vuelo que arribó el 26 de marzo con 42 migrantes reportó 24 casos positivos de COVID-19. El 13 de abril, de 182 migrantes deportados en dos vuelos, 44 dieron positivo (hasta esa fecha, el país solo tenía 156 casos confirmados). Fue hasta el 17 de abril, tras conocerse estos casos, que se suspendieron estos vuelos (Casasola & Menchú, 2020, p. 28).

Inicialmente, no había instalaciones adecuadas para realizar pruebas de COVID-19 a los deportados ni albergues temporales para su cuarentena antes de ingresar al país. Durante el mes en que se suspendieron las deportaciones, se crearon centros de recepción donde los deportados llegaban con un certificado de prueba de COVID-19 realizada en EE.UU. En Guatemala, eran monitoreados durante 96 horas antes de ser enviados a sus comunidades (Slowing, 2023, p. 37).

Toques de queda con cambio de horario y confinamientos obligatorios

Los toques de queda se implementaron para disminuir la movilidad en horarios no laborales y así reducir los contagios al limitar las oportunidades de transmisión del virus. Esta fue una de las primeras y más disruptivas medidas adoptadas tras el primer caso detectado en el país. Además, resultó ser una de las más difíciles de gestionar, ya que implicaba restringir varias libertades civiles y de movimiento (Slowing, 2023, p. 37).

El 21 de marzo, se actualiza el Decreto Gubernativo No.5-2020, publicando el No.6-2020, en el cual se “limita la libertad de locomoción a los habitantes de la República de Guatemala, limitación que incluye el tránsito y la circulación de personas, tripulación, pasajeros, vehículos o todo tipo de transporte terrestre entre las 16:00 horas del día a las 4:00 horas del día siguiente”(Presidencia de la República de Guatemala, 2020c). Dicha restricción estará vigente entre el domingo 22 y el domingo 29 de marzo y será ampliada en caso de que se requiera.

Este sería el inicio de esta medida, que se replicará y se adaptará a lo largo del 2020, tal y como se puede ver en la siguiente cronología:

Tabla 36

Toques de queda y confinamientos obligatorios implementados en Guatemala

Fecha	Medida	Descripción
22 de marzo 2020	Inician los toques de queda.	El primero, vigente entre el 22 y el 29 de marzo, fue con horario de 4 de la mañana a 4 de la tarde. Se exceptuó al transporte de alimentos, medicamentos, productos de higiene, hidrocarburos y otros, considerados como esenciales. El mismo se amplió por 15 días más, incluida Semana Santa 2020, período de 7 días cuando se dio el único cierre total que hubo en el país, ocurrido entre el 5 y el 12 de abril 2020.
Del 12 – 19 de abril 2020	Inician las variaciones en el horario	Se limita la movilidad, circulación y tránsito de los habitantes, sujetos únicamente a desplazamientos. A los mercados se les aplicaron, además, otros horarios más restrictivos que los aplicados a las empresas.

		Se restringió explícitamente la libertad de desplazamiento a las personas mayores de 60 años, mujeres embarazadas, personas enfermas, entre otros.
19 de abril-11 de mayo	Toque de queda se redujo de horario	Se establece a partir de las 6:00 p.m. a las 4:00 a.m. Se limita la movilidad, circulación y tránsito de habitantes sujetos únicamente a su domicilio. Aplican excepciones. Se restringe la libertad de desplazamiento a las personas mayores de 60 años, mujeres embarazadas, personas enfermas, entre otros.
14 de mayo 2020	Toques de queda se vuelve a ampliar	Se establece a partir de las 5:00 p.m. y finaliza las 5:00 a.m., vigente entre semana. Iniciaron los confinamientos de fin de semana completos, arrancando viernes 15 de mayo a las 00:00 horas hasta el lunes 18 de mayo a las 5:00 a.m.
15 al 17 de mayo de 2020	Salidas autorizadas	Los habitantes podrán salir única mente para adquisición de alimentos y medicina, en horario de 08:00 a.m. a 11:00 a.m. en los establecimientos autorizados más cercanos a su residencia. Esta medida continuó de esta manera hasta el 31 de mayo 2020.
31 de mayo	Toque de queda se redujo de horario	El toque de queda inicia a las 6:00 p.m. horas y termina a las 5 a.m. del día siguiente. Los encierros de fin de semana continúan vigentes hasta el 7 de junio.
5 de junio- 22 de junio	Inicia la suspensión de movilidad según número de placa vehicular.	Placas con finalización par circulan un día y las de finalización impar, otro día. Prohibición total de movilidad los domingos.
22- 28 de junio	Cambia la suspensión de movilidad según número de placa vehicular.	Se invierten los días en que cada tipo de placa puede circular, permanece la prohibición de los domingos
26 de julio	Se elimina la disposición de alternar las placas para circular.	Toques de queda permanecen de las 6:00 p.m. a 4 a.m. del día siguiente. Se eliminan confinamientos de fin de semana.
27 de julio al 4 de agosto	Cambia toque de queda y se da la apertura de los restaurantes.	Se establece entre las 9:00 p.m. a las 4:00 a.m. Se inicia la apertura de restaurantes, comercios e iglesias, regulados en aforo por el tablero de Alerta Sanitaria COVID- 19.
3 de agosto	Entró en vigor el tablero COVID- 19	Las restricciones de movilidad dependerán del nivel de alerta en que se encuentra cada municipio, con evaluación cada 15 días.
8 de agosto	Apertura de fronteras	Se tomó la disposición de abrir las fronteras aéreas, terrestres y marítimas a partir del 18 de septiembre 2020.

1 de octubre	Finalización del toque de queda	Cuando ya no se renovó el Estado de Calamidad, finalizaron también los toques de queda. Con eso termina también la mayor parte de las medidas de contención. La medida de contención más fuerte que permaneció fue el cálculo de aforos, y las restricciones a la educación presencial, que permanecieron por dos años más, a pesar de existir ya vacunas.

Nota. Datos obtenidos de “Políticas Públicas y manejo de la Pandemia Covid-19: Proyectos de Sistematización cronológica y categorización de medidas adoptadas por el Estado de Guatemala” por K. Slowing, 2023, 37-39

Cierres mandatorios en instituciones públicas, establecimientos comerciales y empresas no esenciales

Tras la confirmación del primer caso de COVID-19 en el país, se intensificaron rápidamente las medidas para contener el virus y reducir la movilidad. En las “Disposiciones presidenciales en caso de calamidad pública y órdenes para el estricto cumplimiento” presentadas el 16 de marzo, se comunican las siguientes directrices (Presidencia de la República de Guatemala, 2020b):

- Suspender actividades laborales en sector público y privado.
- Suspender visitas a reos y adultos mayores en hogares o asilos.
- Suspender las consultas externas de los hospitales públicos.
- Todos los centros comerciales deberán permanecer cerrados.
- Desde las 9 de la noche hasta las 4 am, todos los comercios deberán estar cerrados, a excepción de farmacias, gasolineras y servicios básicos esenciales.

Los cierres de restaurantes, comercios y centros comerciales duraron entre 3 y 4 meses, con una reapertura gradual a partir del 27 de julio, regulada por el Tablero de Alertas Sanitarias a nivel municipal. El trabajo desde casa se implementó en actividades económicas que lo permitían, mientras que otras empresas tuvieron que cerrar, adaptarse o continuar operando a pesar de las restricciones. Las escuelas, especialmente las privadas, desarrollaron enseñanza en línea para seguir funcionando. Estos cierres afectaron significativamente a la población guatemalteca, evidenciando la fragilidad económica de los hogares urbanos y las empresas, y exacerbando el hambre tanto urbana como rural (Slowing, 2023, p. 40).

Suspensión del transporte público sin que los trabajadores pudieran “quedarse en casa”

En las disposiciones presidenciales del 16 de marzo, también se indicó la suspensión del transporte público urbano y extraurbano en toda Guatemala (Presidencia de la República de Guatemala, 2020b).

La suspensión del Transmetro en la Ciudad de Guatemala, inicialmente prevista para tres semanas, se extendió a 21 meses, reanudándose en julio de 2020. Durante este periodo, la demanda de transporte se mantuvo, aumentando el uso de vehículos privados y motos a precios no regulados. En las áreas rurales, donde el acceso al transporte ya era limitado, las comunidades también se vieron gravemente afectadas (Slowing, 2023, p. 41).

Suspensión de movilidad en el territorio a lo interno de los municipios, entre municipios y entre departamentos

El 5 de abril, queda limitada la “locomoción, circulación y tránsito de los habitantes, quedando sujetos únicamente a propio o actual domicilio (circunscripción departamental)”(Presidencia de la República de Guatemala, 2020d), desde el domingo 5 de abril a las 16:00 horas hasta el domingo 12 de abril. De acuerdo con las disposiciones de la Presidencia de la República, los habitantes de comunidades cercanas a ríos y lagos podrán seguir movilizándose y adquiriendo alimentos y medicinas en estas vías, siempre que respeten el horario permitido y las autorizaciones de navegación. Se exceptúan las personas que trabajan en departamentos distintos a su domicilio y que realizan labores esenciales. (Presidencia de la República de Guatemala, 2020d).

Entre el 5 de abril y el 7 de mayo, a través del Acuerdo Gubernativo 89-2020, el MSPAS decretó un cordón sanitario en el municipio de Patzún, Chimaltenango, al detectarse el primer caso comunitario del país. Como parte de las medidas, se destaca que los vecinos del municipio deben preferiblemente permanecer en sus residencias, y si deciden salir, será bajo su estricta responsabilidad. Además, se especifica que todas las personas en cuarentena domiciliaria deben permanecer en sus viviendas durante el tiempo indicado por las autoridades de salud, conforme a las disposiciones del Ministerio de Salud (La Hora.gt, 2020a), (Dirección de Investigación en Derechos Humanos, 2020, p. 7).

Otra directriz establece que los habitantes de Patzún solo pueden movilizarse dentro de los límites de la circunscripción municipal y de acuerdo con el cordón sanitario establecido por las autoridades de salud locales, en coordinación con las demás

autoridades municipales, quienes actuarán dentro de sus competencias administrativas (La Hora.gt, 2020a).

Asimismo, se menciona que no podrán ingresar al municipio personas provenientes de otras jurisdicciones municipales o lugares de la República, salvo por causas debidamente justificadas, las cuales deberán ser establecidas por la autoridad municipal en coordinación con la autoridad del Distrito Municipal de Salud y el Ministerio de Gobernación (La Hora.gt, 2020a).

El 18 de abril se implementó un cordón sanitario en la Aldea Ixcanal, ubicada en el municipio de San Agustín Acasaguastlán, departamento de El Progreso. Posteriormente, el 2 de mayo, se establecieron cordones sanitarios en la Aldea Mayuelas y en la cabecera del municipio de Gualán, Zacapa. Finalmente, el 7 de mayo, se aplicaron medidas similares en dos caseríos de la Aldea Chipuac, municipio de Totonicapán (Casasola & Menchú, 2020, pp. 29-30).

A partir del 20 de abril, el horario de restricción de la libertad de movimiento se estableció de 18:00 a 4:00 horas del día siguiente, manteniéndose la limitación al domicilio actual solo para los departamentos de Guatemala, Sacatepéquez, Chimaltenango, El Progreso y posteriormente Zacapa (Casasola & Menchú, 2020, p. 28).

El 3 de mayo se reformó la disposición presidencial del 5 de abril de 2020 sobre restricciones de locomoción. Los habitantes de los departamentos de Guatemala, Sacatepéquez, Chimaltenango, El Progreso y Zacapa tienen limitaciones para circular dentro de sus áreas. Los residentes de otros departamentos pueden moverse libremente, excepto hacia los departamentos mencionados. Se exceptúan de estas restricciones las personas que trabajan en departamentos distintos a su domicilio (Slowing, 2023, p. 42).

Ley seca

El 16 de marzo se prohíbe la venta de bebidas alcohólicas desde las 18 horas hasta las 5 horas del día siguiente (Presidencia de la República de Guatemala, 2020b). La suspensión se extendió hasta el 1 de octubre de 2020, cuando no se renovaron los Estados de Calamidad. Durante este periodo, los horarios de prohibición de expendio y consumo en áreas públicas variaron, inicialmente de 5:00 pm a 5:00 am, y luego de 6:00 pm a 5:00 am. (Slowing, 2023, p. 44).

Restricciones adicionales a la movilidad adoptadas desde las autoridades municipales

Las municipalidades emitieron ordenanzas para gestionar la pandemia en sus territorios. Aunque no existe una compilación de estas ordenanzas y acciones, su papel fue crucial no solo para implementar las disposiciones del gobierno central, sino también para desplegar acciones propias. En cuanto a la vacunación, se ha documentado su significativa contribución en su implementación (Slowing, 2023, p. 44).

El análisis de las medidas de contención y reducción de la movilidad implementadas en Guatemala revela una capacidad de respuesta gubernamental inicial aparentemente robusta. Si bien estas disposiciones constituyeron el eje central de la gestión durante los primeros meses de la pandemia, un examen comparativo con las medidas epidemiológicas permite identificar las limitaciones estructurales derivadas de un sistema de salud pública históricamente debilitado. Este contraste evidencia cómo una capacidad estatal baja y legados de políticas limitados condicionaron significativamente la efectividad de la respuesta ante la crisis.

Medidas epidemiológicas

Las medidas epidemiológicas son fundamentales para gestionar una pandemia. Estas medidas se basan en disponer de información precisa y vigilancia constante, así como en capacidades técnicas, diagnósticas y analíticas que permitan identificar la amenaza y su comportamiento epidemiológico. Esto es esencial para diseñar y proponer las estrategias más efectivas para enfrentar la situación (Slowing, 2023, p. 44).

Las capacidades en materia de salud pública constituyen un requisito fundamental que debe preceder a cualquier crisis sanitaria y fortalecerse durante su desarrollo. Son el producto de los legados de políticas de salud pública, así como de la capacidad estatal históricamente desarrollada. La vigilancia, la detección temprana de casos y las capacidades diagnósticas deben integrarse en un sistema de información y vigilancia que apoye la toma de decisiones. Además, es crucial promover el autocuidado, la prevención, el diagnóstico y la búsqueda oportuna de ayuda médica (Slowing, 2023, p. 44). Un elemento destacado en la implementación de las medidas epidemiológicas es la creación temporal de la Comisión Presidencial de Atención a la Emergencia COVID-19 (COPRECOVID), establecida por la Presidencia de la República, el 24 de mayo de 2020, mediante el Acuerdo Gubernativo No.65-2020. Dicha instancia, tuvo como objetivo apoyar, recomendar, facilitar, asesorar y coadyuvar en las acciones y protocolos

implementados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, así como otras dependencias del Organismo Ejecutivo, para la prevención, contención y mitigación del COVID-19. Además, pretendía fortalecer el sistema de vigilancia y control de los riesgos para la salud (Presidencia de la República de Guatemala, 2020e).

La COPRECOVID estuvo integrada por varios ministros, incluyendo MSPAS, Finanzas Públicas, Trabajo y Previsión Social, Desarrollo Social, Agricultura, Ganadería y Alimentación, así como la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia y el Director Ejecutivo de la COPRECOVID, cargo nombrado por el Presidente de la República. La comisión estaría presidida por el Ministro de Salud Pública o un Viceministro designado como suplente (Presidencia de la República de Guatemala, 2020e).

A continuación, se detallan las medidas epidemiológicas implementadas por el Gobierno de Guatemala:

Plan y emisión de lineamientos de vigilancia epidemiológica

Como se indicó anteriormente, en marzo del 2020, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), presentó el Plan Estratégico para la Prevención, Contención y Respuesta a casos del Coronavirus (COVID-19), en el cual se estableció la ruta crítica para la atención de la pandemia.

Durante el año 2020, los lineamientos de vigilancia epidemiológica se actualizaron al menos siete veces, aunque sin cambios significativos en la definición de casos y la estrategia de testeo. Estas actualizaciones estaban dirigidas principalmente al personal del MSPAS como parte de la preparación para la pandemia (Slowing, 2023, p. 45).

Equipo de Protección Personal -EPP- para la protección del personal de salud

Uno de los problemas más evidentes al inicio de la pandemia, que no se logró resolver durante la fase de preparación (meses antes del inicio de los casos y de la primera ola de COVID-19), fue la falta de reservas estratégicas de equipo de protección personal (EPP) para el personal de primera línea. Esta carencia aumentó el riesgo de contagio, resultando en la enfermedad y muerte de al menos 84 médicos, además de un número no cuantificado de enfermeros, técnicos, personal de laboratorios y otros servicios de apoyo. Miles de trabajadores de la salud contrajeron COVID-19, aunque no todos los casos fueron fatales. Este alto nivel de exposición se debió tanto a la naturaleza de su trabajo como a la insuficiencia de EPP adecuado para una emergencia de esta magnitud.

Este es un elemento importante, ya que representa un indicador de la capacidad que el país tenía previo a la llegada del virus así como el rol de los tomadores de decisiones para la creación de capacidades en un contexto de shock (Slowing, 2023, p. 45).

Mascarillas obligatorias

El 13 de abril se establece la obligatoriedad del uso de la mascarilla, para todos los habitantes sin ninguna distinción, en todo espacio o lugar público, establecimientos estatales o públicos, espacio o lugar privado abierto al público, en cualquier clase de transporte o tránsito. Además, en el caso de personas presintomáticas, asintomáticas, pacientes diagnosticados y recuperados, su uso fue obligatorio en la residencia o vivienda (Presidencia de la República de Guatemala, 2020d). Esta medida estuvo vigente hasta julio de 2022.

Testeo para la COVID-19

Al inicio de la pandemia, uno de los temas más controvertidos fue la escasez de pruebas para detectar el virus SARS-CoV-2, especialmente en países como Guatemala. La postura inicial del ministerio era limitar las pruebas a pacientes que cumplieran con todos los criterios de un caso sospechoso, a diferencia de otros países que optaron por universalizar el testeo para lograr una detección temprana y reducir los contagios. Entre abril y junio de 2020, organismos como la OPS, la Unión Europea y FUNDESA comenzaron a donar pruebas al MSPAS para facilitar la vigilancia epidemiológica (Slowing, 2023, p. 47).

A partir de junio de 2020, el ministerio implementó procesos para adquirir sus propias pruebas, comenzando con PCR y luego priorizando las de antígeno. Esto mejoró gradualmente la capacidad de detección de casos, aunque rara vez se alcanzó el mínimo de 6,000 pruebas diarias establecido por la COPRECOVID para una vigilancia epidemiológica adecuada, especialmente durante el primer año de la pandemia. Sin embargo, el testeo fue insuficiente y desigual, priorizando algunas áreas, principalmente las ciudades. Además, hubo numerosas denuncias de opacidad y corrupción en la compra de pruebas para la COVID-19 (Slowing, 2023, p. 48).

La opacidad en la gestión pública y la percepción ciudadana de que las instituciones incumplen su deber de salvaguardar los derechos fundamentales de la población erosionan significativamente la confianza en el Estado (Venegas Tobar, 2022, p. 103). Este deterioro en la legitimidad institucional no solo afecta la relación Estado-

sociedad, sino que también obstaculiza el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades estatales necesarias para enfrentar crisis sanitarias como la pandemia por COVID-19.

Sumado a esto, se utilizarán principalmente las pruebas de antígeno, ya que el análisis de las pruebas PCR requiere laboratorios con el equipo y las capacidades necesarias, los cuales el MSPAS no tenía suficientes ni distribuidos por todo el país (Slowing, 2023, p. 48).

Desde el inicio de la pandemia hasta julio de 2020, solo el Laboratorio Nacional de Salud (LNS) estaba autorizado para realizar pruebas PCR en el país. A pesar de los esfuerzos por reforzar el LNS con personal, equipo y reactivos, no podían procesar todas las pruebas necesarias. Por ello, a partir de julio de 2020, se autorizó a laboratorios privados acreditados a realizar y procesar pruebas de antígeno. Esta medida aumentó la disponibilidad de pruebas en áreas urbanas, pero los precios no fueron regulados por el MSPAS, creando una barrera de acceso debido a los altos costos, que rondaban los \$100.00 USD. Paralelamente, el IGSS ofrecía pruebas gratuitas a sus afiliados y eventualmente apoyó al MSPAS testeando a la población no afiliada (Slowing, 2023, pp. 48-49).

El MSPAS tardó hasta julio de 2021 en implementar una estrategia de laboratorios móviles para facilitar el acceso a las pruebas de COVID-19, ubicándolos en zonas populares y lugares con alta concentración de personas. Inicialmente, estos laboratorios se establecieron solo en la ciudad de Guatemala, pero luego se expandieron a otros municipios y departamentos. A lo largo de los tres años de pandemia, el MSPAS siguió siendo la principal fuente de acceso a pruebas para la población rural a través de su red de servicios. La distribución de pruebas a las Áreas de Salud no fue clara y parecía basarse en la demanda, lo que contribuyó a una menor detección de casos en áreas rurales. Sin embargo, esto no necesariamente indica que hubo menos casos (Slowing, 2023, p. 49).

Sistema de registro e información: los tableros de casos COVID-19

El Tablero Covid-19, fue una medida desarrollada por el MSPAS a partir del 19 de julio, para comunicar el número de casos confirmados, la cifra de recuperados y fallecidos, así como las pruebas realizadas. Este se complementa con el Tablero de Alertas COVID-19, que comenzó a funcionar el 27 de julio, empleando los colores rojo, anaranjado, amarillo y verde para indicar las medidas que se adoptarán en cada municipio del país.

Es importante destacar que esta medida estuvo antecedida de una serie de cuestionamientos al Gobierno de Guatemala, específicamente hacia el Ministro de Salud, sobre el manejo de la información:

Durante los primeros meses de contención de la pandemia, el MSPAS evidenciaba una limitada capacidad para gestionar en tiempo real la información sobre la pandemia y carecía de un repositorio de datos accesible al público. Esta situación, llevó a la creación del Laboratorio de Datos GT, que presentó su tablero COVID-19 a finales de abril de 2020 (Slowing, 2023, p. 51).

El 13 de junio de 2020, el Departamento de Epidemiología del MSPAS emitió un manifiesto dirigido al ministro de Salud, Hugo Monroy, en el que se señalan serias deficiencias en el manejo de la pandemia de COVID-19. Entre las preocupaciones expresadas, destacan la falta de transparencia en la información proporcionada al público y la necesidad de un manejo ético de los datos. También se subraya la importancia de descentralizar la toma de muestras y fortalecer los laboratorios a nivel nacional. Además, el personal médico solicita que se garantice la provisión de insumos y equipos necesarios para realizar su trabajo de manera segura y que se respete la función del Departamento de Epidemiología en la vigilancia epidemiológica (La Hora.gt, 2020b).

El 19 de junio de 2020, el Presidente, Alejandro Giammattei, destituyó a Hugo Monroy como ministro de Salud. En su lugar, nombró a la doctora María Amelia Flores González como la nueva ministra de Salud. La destitución de Monroy se produjo después de varias críticas y solicitudes de diferentes actores de la sociedad civil y la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH), que señalaron deficiencias en su gestión. La PDH había pedido en dos ocasiones la destitución de Monroy debido a problemas en la adquisición de insumos médicos y otros aspectos relacionados con la gestión de la pandemia (Prensa Libre, 2020b).

Aunque el tablero COVID-19 hizo públicos los registros de pruebas realizadas, casos confirmados y personas recuperadas, no se divulgó información adicional contenida en la ficha de vigilancia epidemiológica, como los factores de riesgo asociados, que habrían sido útiles para gestionar la pandemia. No está claro si estos datos se registraron en la base de datos, pero no se hicieron públicos. Tampoco se proporcionó regularmente información sobre la gestión de los casos positivos, ya fueran leves, moderados o graves que requirieron hospitalización. Esta falta de transparencia representó una oportunidad perdida para que la sociedad comprendiera la gravedad de la situación y abogara por mejoras en la red de servicios de salud, especialmente en hospitales y unidades de

cuidados intensivos (Slowing, 2023, p. 55). También, al haber una mayor comprensión de la gravedad de la situación, puede aumentar la disponibilidad para recibir la vacuna.

Si bien la implementación del tablero COVID-19 fue un avance significativo para la gestión de la pandemia, el acceso a la información seguía siendo limitado, obligando a recurrir a solicitudes formales bajo la ley de Libre Acceso a la Información para entender la gestión ministerial. Estas solicitudes a menudo tardaban en ser respondidas y, cuando lo eran, la información se entregaba en formatos difíciles de analizar. Esto refleja una cultura limitada de acceso a la información, transparencia y respeto al derecho ciudadano a estar informado, que lamentablemente se ha profundizado (Slowing, 2023, p. 55).

La limitada transparencia en el manejo de la información pública adquiere especial relevancia al considerar cómo las características del sistema político condicionan tanto el diseño como la implementación de las políticas públicas, particularmente en términos de su legitimidad y respaldo social. En el contexto específico de la gestión pandémica, las restricciones en el acceso a información sobre el desarrollo del virus no solo cuestionan la integridad institucional, sino que potencialmente socavan la confianza ciudadana en la estrategia de inmunización. Esta dimensión resulta crítica considerando que las investigaciones han identificado que la desconfianza hacia las autoridades gubernamentales y la comunidad científica constituye un factor explicativo en la resistencia a la vacunación (Bajos et al., 2022).

Semáforo COVID-19/Tablero de Alerta Sanitaria

El 25 de julio de 2020, mediante el Acuerdo Ministerial No.187-2020 del MSPAS se aprueba la creación del Sistema de Alertas Sanitarias para la Atención de la Epidemia SARS COV-2 (COVID-19). Este instrumento, a partir de la medición periódica de indicadores de la incidencia de la enfermedad, la intensidad del contagio, la tendencia de la epidemia, y el uso y disponibilidad de pruebas, permite determinar el nivel de riesgo que existe para la población de COVID-19. De acuerdo con el MSPAS, se publicará de forma quincenal los sábados, y entrará en vigor el domingo subsecuente (MSPAS, Guatemala, 2020d).

Las localidades se clasificarán en un color de alerta según los indicadores epidemiológicos establecidos por COPRECOVID para reflejar la situación de la pandemia en cada municipio. Dependiendo del color asignado (rojo, naranja, amarillo o verde), se deberán cumplir una serie de medidas específicas.

Sin embargo, a pesar de que el color del semáforo en cada municipio debería determinar las medidas de contención a aplicar, en la práctica, estas medidas no diferencian adecuadamente entre distintas situaciones epidemiológicas, ya que varias son similares entre los diferentes colores. Además, no se monitorea su implementación en los 340 municipios del país. Las medidas y restricciones se establecieron a partir de criterios y parámetros definidos por las autoridades centrales, los cuales no reflejan necesariamente la realidad territorial, especialmente porque la fuente primaria de información, el testeo, está sesgada hacia lo urbano (Slowing, 2023, p. 56).

La concentración del testeo en zonas urbanas revela un elemento crítico en la arquitectura de las políticas de contención pandémica: los sesgos territoriales en la provisión de servicios sanitarios. Esta distribución asimétrica en la prestación de servicios no solo compromete el control epidemiológico, sino que también configura la implementación de políticas subsecuentes, como la estrategia de vacunación.

Centros de “Bienestar Respiratorio” en la Ciudad de Guatemala

Los "Centros de Bienestar Respiratorio" fueron lo más cercano a una estrategia de rastreo y de la implementación de un enfoque de Atención Primaria en Salud en el manejo de la COVID-19 en Guatemala (Slowing, 2023, p. 54).

El primer centro se inauguró en julio de 2020 en la zona 18 de Guatemala, ofreciendo atención de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. Este centro de salud es parte de una primera fase que incluye la habilitación de tres centros adicionales en las zonas 6, 7 y 21. El campamento cuenta con un médico presencial, médicos para telemedicina, personal auxiliar, un coordinador y personal de limpieza, asegurando así la atención primaria de afecciones respiratorias para los vecinos del sector, destacando la importancia de la persona y la familia (Municipalidad de Guatemala, 2020).

Los "Centros de Bienestar Respiratorio" tuvieron como objetivos: proporcionar servicios de testeo para COVID-19, atención ambulatoria, así como seguimiento de casos. Además, contaban con brigadas que realizaban visitas a los hogares para detectar casos y manejar brotes en la comunidad. Esta estrategia buscaba acercar los servicios de salud a la población, especialmente en áreas donde el acceso a atención médica era limitado (Slowing, 2023, p. 54)

Los centros también ofrecían consejería y dotación de "kits" de medicamentos para pacientes con COVID-19 leve, sin embargo, este “kit” incluía Ivermectina, un medicamento que la ciencia descartó como tratamiento para la COVID-19. Sin embargo,

en Guatemala, fue utilizado oficialmente por el gobierno, el MSPAS y la municipalidad de Guatemala en los kits COVID-19 financiados con recursos públicos (Slowing, 2023, p. 54).

Se había planificado la expansión de estos Centros de Bienestar Respiratorio a otros municipios y áreas urbanas del país, pero, lamentablemente, esto no se llevó a cabo. Lo cual confirma el patrón expuesto previamente, sobre los sesgos territoriales en la provisión de servicios sanitarios.

Manejo comunitario de la COVID-19: cuarentenas y control de brotes en las áreas rurales

En muchos aspectos, el área rural fue ignorada por los responsables de tomar decisiones durante la pandemia. Aunque se implementaron algunas medidas, la prioridad siempre fue la Ciudad Capital y los centros urbanos. Hay mucha menos información disponible sobre el manejo rural y comunitario de la COVID-19, en parte porque las propias comunidades y municipalidades, con sus unidades de salud de primer y segundo nivel, jugaron un papel central que aún no se ha sistematizado adecuadamente (Slowing, 2023, p. 55).

Desde el nivel central se identificó lo siguiente: tras el cambio de ministro, el MSPAS elaboró guías operativas para el primer y segundo nivel de atención para responder a la pandemia. Sin embargo, el personal de salud local fue escasamente reforzado, lo que llevó a una reducción en la prestación de programas regulares para centrarse en la demanda generada por la pandemia. La estrategia de rastreo propuesta por COPRECOVID no se expandió a los territorios así como tampoco se establecieron los “Centros de Bienestar Respiratorios” promovidos por la municipalidad capitalina (Slowing, 2023, pp. 55-56).

Se sabe poco sobre cómo se manejó la pandemia a nivel local y el papel de las autoridades municipales y comunitarias en la respuesta (Slowing, 2023, pp. 55-56).

El análisis de la gestión inicial de la pandemia en Guatemala revela una marcada dicotomía entre la aparente robustez de las medidas de contención y las significativas deficiencias en la implementación de disposiciones epidemiológicas. Si bien el gobierno demostró capacidad para establecer restricciones a la movilidad y medidas de distanciamiento social, las debilidades estructurales del sistema de salud pública obstaculizaron la efectividad de la respuesta sanitaria. Esta disparidad se manifestó particularmente en la insuficiencia de equipos de protección personal, las limitaciones en la capacidad de testeo y la ausencia de un sistema robusto de vigilancia epidemiológica.

Durante los primeros meses, las medidas oportunas lograron el objetivo de “aplanar la curva” de la pandemia, retrasando el crecimiento exponencial de casos por unas seis a siete semanas. Al parecer, una buena parte de la población, especialmente en los principales centros urbanos, siguió las orientaciones del Gobierno al menos durante ese período. Sin embargo, como ha sucedido en otras situaciones en la región, hacia finales de mayo el número de contagios superó la capacidad del ya débil sistema de salud, presentando serios problemas para enfrentar la situación. Los hospitales se saturaron, una gran cantidad de personal médico se contagió de coronavirus, y crecientes segmentos de la población comenzaron a violar las orientaciones sanitarias y preventivas destinadas a mitigar los efectos de la pandemia, ya sea por negligencia o por la necesidad de retomar sus actividades normales para sobrevivir. En otras palabras, la disciplina observada durante las primeras semanas de la pandemia parecía desmoronarse con el paso del tiempo (Rosenthal, 2020, p. 153).

También, es importante señalar que las medidas de contención de la pandemia durante el primer año se llevaron a cabo en un contexto marcado por la desconfianza política y la corrupción. Durante los primeros meses de la pandemia, se hicieron evidentes los cuestionamientos al Ministro de Salud, Hugo Monroy. El 20 de abril, la Procuraduría de los Derechos Humanos dirige una carta al Presidente de Guatemala, mediante la cual el Procurador expresa su preocupación por la gestión de la pandemia de COVID-19 y cómo esta ha afectado los derechos a la salud y a la vida de los guatemaltecos (Procuraduría de los Derechos Humanos, 2020).

El Procurador reconoce las decisiones acertadas del Presidente para prever las necesidades del sector salud, pero señala que algunas de estas decisiones no se han implementado correctamente y otras están retrasadas, lo que aumenta el riesgo para la población. Entre los problemas destacados en la carta se encuentran (Procuraduría de los Derechos Humanos, 2020).:

- Cancelación de licitaciones para la compra de mascarillas.
- Filtros sanitarios insuficientes en puertos aéreos, terrestres y marítimos.
- Falta de pruebas diagnósticas masivas y descentralizadas.
- Retrasos en la compra de insumos y equipos necesarios.
- Desabastecimiento de equipo de protección para el personal de salud.
- Falta de contratación de personal necesario para mantener servicios de salud esenciales.

- Retrasos en la transferencia de fondos para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

La carta también menciona que esas deficiencias se agravan con las denuncias penales presentadas contra varios funcionarios del MSPAS, incluyendo dos viceministros.

Si bien las medidas iniciales de contención y restricción de movilidad implementadas en Guatemala sugieren una capacidad de respuesta gubernamental aparentemente robusta, el desarrollo posterior de la pandemia reveló significativas deficiencias estructurales. La progresión de la crisis sanitaria evidenció serias limitaciones, particularmente en lo referente a la capacidad estatal para garantizar el aprovisionamiento de insumos médicos, el desarrollo de infraestructura sanitaria y la dotación adecuada de personal de salud.

Ante este panorama, el Procurador solicita la destitución del Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Hugo Roberto Monroy Castillo, debido a su responsabilidad en la vulneración de los derechos a la salud y a la vida de los guatemaltecos (Procuraduría de los Derechos Humanos, 2020).

Este aspecto merece especial atención, pues investigaciones recientes han evidenciado que la confianza en las autoridades de salud pública es un factor determinante para la aceptación de la vacunación por parte de la ciudadanía (Devine et al., 2024, p. 657). Por lo tanto, los eventos desarrollados durante esta etapa, también afecta la implementación de políticas futuras.

También, desde abril del 2020, se registran procedimientos irregulares por parte de funcionarios de instituciones como el MSPAS. Con respecto a la compra de medicamentos, la organización “Salud y Fármacos” señala lo siguiente (Salud y Fármacos, 2020):

- Irregularidades en el Proceso de Compra: Se identificaron serias irregularidades en la compra de medicamentos, como la adjudicación de contratos por un monto significativo (Q28 millones) a una empresa específica, Nuevos Éticos Neoethicals S.A., en un proceso que fue cuestionado por la Comisión y el Ministerio Público debido a la falta de justificación adecuada de precios y necesidades.
- Auditorías y Denuncias: El Ministerio Público solicitó a la Contraloría General de Cuentas realizar auditorías sobre las contrataciones, y se presentaron denuncias por irregularidades en las compras de medicamentos, incluyendo medio millón de

ampollas de metilprednisolona y dos millones de ampollas de ceftriaxona, supuestamente para el tratamiento del COVID-19.

- Relaciones de Conflicto de Interés: algunos funcionarios, como Héctor Giovanni Marroquín Barrios sostenían relaciones cercanas con la administración del gobierno y fueron denunciados por haber avalado la adjudicación de un contrato con irregularidades por Q1.3 millones a la empresa Grupo Rojo, y ligado a proceso penal por abuso de autoridad.
- Precios Inflados: Se documentaron casos en los que los precios de los medicamentos adquiridos eran significativamente más altos que los precios de referencia establecidos por otras instituciones, lo que sugiere un posible fraude o abuso en el proceso de compra.
- Consecuencias Administrativas: A raíz de las denuncias y la presión pública, varios funcionarios, incluyendo a Marroquín Barrios, renunciaron a sus cargos, y se inició una investigación formal por parte del Ministerio Público.

Con respecto a la compra de mascarillas, la organización “Salud y Fármacos” señala lo siguiente (Salud y Fármacos, 2020):

- Proceso de Compra de Mascarillas: El 10 de abril de 2020, se inició el proceso de compra de 15 millones de mascarillas de algodón reutilizables con el logotipo del gobierno, pero este proceso fue anulado el 11 de abril.
- Compra de Mascarillas Quirúrgicas: El 13 de abril, se inició un nuevo proceso de compra para 10,114,728 mascarillas quirúrgicas con material de filtración sintético. Este proceso fue anunciado el 14 de abril, pero el Ministro de Salud mencionó en una reunión con la bancada del Partido Unidad Nacional de la Esperanza que ya había presentado una denuncia por irregularidades en las compras. El 19 de abril se conoce que Rodolfo Galdámez tiene contratos para proveer al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social mientras es Viceministro Técnico del Ministerio de Salud.

El 20 de abril de 2020, la Comisión Presidencial Anticorrupción denunció a ocho empleados del Ministerio de Salud, incluyendo a miembros de la cúpula administrativa, por irregularidades en las compras. Esto llevó a la renuncia de Rodolfo Galdámez y Marroquín Barrios, quienes estaban involucrados en el proceso de compra (Salud y Fármacos, 2020).

Como se indicó anteriormente, el 19 de junio de 2020, el Presidente, Alejandro Giammattei, destituyó a Hugo Monroy como Ministro de Salud, nombrando en el cargo

a la doctora María Amelia Flores González. Sin embargo, la jerarca presenta su renuncia en setiembre de 2021, aludiendo razones personales. Posteriormente, en el año 2024, el Ministro de Salud, Oscar Córdón, y el procurador General de la Nación, Julio Saavedra, presentan una denuncia penal contra Flores González, por la compra irregular de vacunas Sputnik V (Diario de Centro América, 2024).

En la denuncia presentada se señalan once irregularidades, dentro de las que se destaca la compra de vacunas a través de una empresa intermediaria, la falta de certificación internacional de las mismas, el pago de regalías y la confidencialidad del contrato. Por lo tanto, María Amelia Flores enfrenta acusaciones de abuso de autoridad, incumplimiento de deberes y malversación de fondos (Diario de Centro América, 2024).

La gestión inicial de la pandemia en Guatemala revela patrones que posteriormente incidirían en la implementación de la política de vacunación. El análisis permite identificar tres dimensiones fundamentales que caracterizaron este período:

En primer lugar, la respuesta gubernamental evidenció una marcada disparidad entre la adopción formal de medidas y su implementación efectiva. Si bien Guatemala estableció tempranamente un marco de acción que incluía medidas de contención y protocolos epidemiológicos, la operativización de estas disposiciones se vio sistemáticamente obstaculizada por deficiencias institucionales preexistentes y nuevas limitaciones emergentes. Esta brecha entre el diseño y la ejecución de políticas se manifestó particularmente en áreas críticas como el sistema de vigilancia epidemiológica, la capacidad de testeo y la gestión de la información sanitaria.

En segundo término, la gestión de la crisis sanitaria estuvo significativamente afectada por prácticas corruptivas que permearon distintos niveles de la administración pública. Los casos documentados de irregularidades en la adquisición de insumos médicos, equipos de protección personal y medicamentos no solo comprometieron la capacidad estatal para la respuesta sanitaria, sino que también erosionaron la confianza ciudadana en las instituciones responsables de la gestión de la pandemia. La destitución del Ministro de Salud y los múltiples señalamientos de la Procuraduría de Derechos Humanos ejemplifican la magnitud de esta problemática.

Finalmente, se identificó una significativa asimetría territorial en la implementación de las medidas sanitarias. La concentración de recursos y atención en áreas urbanas, particularmente en la capital, evidenció una arquitectura de política centralizada que pudo afectar la provisión del servicio. Esta tendencia se manifestó

especialmente en la administración de pruebas diagnósticas, la disponibilidad de servicios de salud y la capacidad de respuesta ante brotes locales,

Estas dimensiones configuraron un escenario particularmente adverso para la posterior implementación de la política de vacunación. La combinación de debilidades institucionales, prácticas corruptivas y una provisión del servicio centralizada no solo comprometió la respuesta inicial a la pandemia, sino que también estableció precedentes problemáticos para las siguientes etapas de la gestión sanitaria. La experiencia de Guatemala durante este período subraya la importancia crítica de fortalecer las capacidades institucionales y la integridad en la gestión pública como condiciones fundamentales para una respuesta efectiva ante crisis sanitarias.

Política de vacunación sin estrategia para la adquisición y la administración

Adquisición de la vacuna

La estrategia inicial de Guatemala para la adquisición de vacunas contra el COVID-19 se caracterizó por una limitada diversificación de fuentes, concentrándose inicialmente en el mecanismo COVAX como única vía de acceso. Esta dependencia de un solo canal se vio posteriormente complementada por un controversial acuerdo con la empresa Limited Liability Company Human Vaccine, cuya implementación estuvo marcada por múltiples cuestionamientos. La fragilidad de esta estrategia derivó en una significativa dependencia de donaciones internacionales para satisfacer las necesidades de inmunización de la población guatemalteca.

En el mes de agosto de 2020, el país manifiesta interés en participar en el Mecanismo global COVAX coordinado por la Alianza para la Vacunación (GAVI) (Laboratorio de Datos GT, 2021c, p. 1).

En el mes de octubre, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se suscribe al mecanismo COVAX (Gobierno de Guatemala, 2020). Guatemala da un anticipo de 15% (\$ 10.8 millones de dólares equivalente a Q. 83.5 millones de quetzales) al Mecanismo COVAX, y se compromete a pagar el 85% faltante (\$ 60.6 millones de dólares) para garantizar dosis de vacunas a 20% de la población (3.4 millones de personas) (Laboratorio de Datos GT, 2021c, p. 1).

El 23 de noviembre de 2020, se crea el Comité Nacional de Coordinación para la Vacunación contra COVID-19 (CONACOVID), cuyo propósito era coordinar y ensamblar el Plan Estratégico Nacional de Vacunación en Guatemala. Este comité estuvo

presidido por el Viceministerio Técnico y cuenta con la participación de diversas entidades, incluyendo la COPRECOVID, el Programa Nacional de Inmunizaciones, y representantes de la sociedad civil y la academia (MSPAS, Guatemala, 2020e).

El 26 de noviembre, el MSPAS reitera la participación de Guatemala en el mecanismo COVAX, mediante el cual el país ha asegurado más de 6 millones de dosis de vacunas contra la COVID-19. Esto corresponde a un 20% de la población del país, lo que permitirá vacunar a aproximadamente 3.37 millones de personas. De acuerdo con el MSPAS esto forma parte del compromiso de la institución para garantizar la vacunación de la población (MSPAS, Guatemala, 2020f).

Durante este período, las autoridades competentes destacan que la participación de Guatemala en el mecanismo COVAX para la adquisición de vacunas, se fundamenta en la garantía de que estas sean eficaces, seguras y accesibles para el país MSPAS, Guatemala, 2020).

El 5 de enero de 2021, el Congreso de la República de Guatemala recibió la iniciativa 5868 de Ley para el Financiamiento y Adquisición de Vacunas contra el COVID-19, la cual tuvo como objetivo garantizar la salud de los guatemaltecos ante la crisis sanitaria provocada por la pandemia (Congreso de la República de Guatemala, 2021). Puntos clave de la iniciativa:

- La iniciativa fue presentada por el Ejecutivo y consta de cinco artículos. Se establece una readecuación presupuestaria que incluye Q700 millones aprobados en el Decreto 13-2020 y Q800 millones adicionales obtenidos con Bonos del Tesoro, sumando un total de Q1,500 millones para la compra de vacunas.
- Como parte de esta propuesta, el proceso de adquisición autoriza al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) a efectuar la compra directa de las vacunas sin sujetarse a la Ley de Contrataciones del Estado, pero bajo parámetros de transparencia.
- Las vacunas y los insumos de salud relacionados con su transporte y conservación estarán exentos del pago del Impuesto al Valor Agregado (IVA).
- La propuesta enfatiza la transparencia, la fiscalización ciudadana y la vigilancia epidemiológica.

El presidente del Organismo Legislativo, Allan Rodríguez, informó que convocaría a una Sesión Extraordinaria para la aprobación de esta iniciativa de urgencia

nacional, con el fin de cumplir con el derecho a la salud de la población guatemalteca (Congreso de la República de Guatemala, 2021).

Es importante destacar que, en el marco de la aprobación de esta iniciativa, el Laboratorio de Datos GT, advirtió que la ley planteada carecía de estrategia. La organización destaca que optimizar los recursos disponibles es una estrategia crucial para el Estado, no solo por razones financieras y de transparencia, sino también por motivos sanitarios y económicos (Laboratorio de Datos GT, 2021a).

En esta misma línea, se afirma que la iniciativa de ley muestra una visión a corto plazo y carece de un sustento técnico epidemiológico que justifique el gasto. Por lo que, antes de su aprobación, es necesario superar estas deficiencias. La ley debe basarse en una estrategia de vacunación bien definida, que considere criterios poblacionales, epidemiológicos, territoriales, culturales, de salud pública y logísticos. A pesar de la existencia de la Comisión Presidencial de atención a la emergencia COVID-19 (COPRECOVID) y la creación de una comisión específica para la vacuna COVID-19, superponiéndola inclusive sobre la Comisión Nacional de Prácticas de Inmunización – CONAPI- estas consideraciones no están presentes en la ley (Laboratorio de Datos GT, 2021a). El 12 de enero el Congreso de la República aprueba de urgencia nacional la propuesta 5868 y el 22 de enero, el presidente Alejandro Giammattei sancionó la Ley para el financiamiento y Adquisición de vacunas contra el Coronavirus Covid-19 por un total de Q1 mil 500 millones a través de compra directa internacional (Laboratorio de Datos GT, 2021c, p. 1).

Es relevante señalar que el gobierno guatemalteco demostró capacidad para la movilización de recursos financieros destinados a la adquisición de vacunas, evidenciando que la disponibilidad presupuestaria no constituyó el principal obstáculo en la estrategia de inmunización. No obstante, como se analizará posteriormente, la utilización ineficiente de estos recursos estuvo estrechamente vinculada con las prácticas corruptivas que caracterizaron la gestión gubernamental durante este período, comprometiendo la efectividad de la respuesta sanitaria y el acceso oportuno a las vacunas por parte de la población.

El 29 de enero, el Presidente Alejandro Giammattei, anunció la llegada de un lote de más de 847,200 dosis de la vacuna AstraZeneca contra el COVID-19, el cual estaba previsto para la segunda quincena de febrero. La Secretaría de Comunicación de la Presidencia anunció que se espera la llegada de un segundo lote de vacunas durante el segundo cuatrimestre del año (mayo-agosto), dependiendo de la disponibilidad de las

empresas fabricantes. Además, en la notificación enviada a Guatemala, la empresa farmacéutica especifica que la distribución podría modificarse debido a circunstancias imprevisibles y variables en constante cambio a nivel mundial. El MSPAS también informó que la cadena de distribución para la vacuna de AstraZeneca ya estaba preparada (Prensa Libre, 2021a). Sin embargo, como se verá más adelante, el primer lote de vacunas arribó hacia finales de febrero.

Un factor que impactó significativamente a Guatemala y a la región centroamericana fue el acaparamiento inicial de vacunas por parte de los países de mayores ingresos, especialmente aquellos que financiaron la investigación y desarrollo acelerado de las vacunas contra la pandemia. Esta situación afectó al mecanismo COVAX, limitando la disponibilidad de vacunas y provocando retrasos en las entregas acordadas, afectando a algunos países más que a otros (Maldonado et al., 2023, p. 37).

A pesar de que COVAX comenzó a operar en junio de 2020, la distribución global de vacunas siguió una dinámica diferente. Los países ricos, además de apoyar a COVAX, negociaron acuerdos bilaterales con las farmacéuticas a precios no divulgados, comprando más vacunas de las necesarias. En enero de 2021, la OMS denunció que 49 países de ingresos altos y medios habían recibido 39 millones de dosis, mientras que en un país de ingresos bajos solo se habían vacunado a 25 personas (Maldonado et al., 2023, p. 37).

Para Guatemala, esta desigualdad global en el acceso a las vacunas significó un retraso de cinco meses entre el anuncio oficial de adhesión a COVAX y la primera entrega de dosis el 10 de marzo de 2021. La segunda entrega se realizó en abril. Aunque formalmente se puede argumentar que COVAX entregó el 55.6% de las dosis comprometidas en el primer cuatrimestre del año, la percepción social de falta de acceso a las vacunas ya había calado en la población, ya que los medios de comunicación y las redes sociales informaban que en los países vecinos (El Salvador, Honduras y México) ya estaban vacunando (Maldonado et al., 2023, p. 38).

Si bien Guatemala demostró agilidad para movilizar recursos durante situaciones de crisis, evidenciada en la aprobación presupuestaria para la adquisición de vacunas, esta capacidad administrativa no se materializó en el proceso final de compra del inmunizante. En octubre de 2020, se hizo público en Guatemala que otros países de la región, además de unirse al mecanismo COVAX, habían iniciado negociaciones bilaterales con farmacéuticas para obtener más vacunas, superando el 20% de las dosis previstas por COVAX. Ante esta situación, durante los primeros meses del 2021, el Gobierno de

Guatemala comenzó a explorar opciones disponibles, tomando en cuenta la aprobación del Decreto Ley 01-2021 en enero de 2021, que le otorgaba fondos y autorización para dichas negociaciones (Maldonado et al., 2023, p. 39).

Sin embargo, al iniciar tarde, el gobierno enfrentó dificultades para asegurar vacunas de Pfizer, AstraZeneca y Moderna en el corto plazo. Además, la vacuna de Pfizer requería condiciones de cadena de frío que el sistema guatemalteco no podía proporcionar. No está claro si se intentó obtener vacunas chinas, como hicieron otros países de la región, dado que Guatemala no tenía relaciones diplomáticas ni comerciales con China Continental en ese momento (Maldonado et al., 2023, p. 39).

La exploración de mercados tomó varios meses. Ante la creciente presión social por la vacunación, el gobierno decidió negociar con la empresa rusa Humana Vaccine Ltd. para la compra de 16 millones de dosis de la vacuna Sputnik V. A finales de marzo se anunció la firma del contrato, que se formalizó el 5 de abril. Este fue el primer y único contrato firmado por el gobierno de Guatemala para la adquisición de 16 millones de dosis de Sputnik V, por un monto de 160 millones de dólares, con un plazo de entrega de seis meses (hasta el 5 de octubre de 2021) (Maldonado et al., 2023, p. 39).

El creciente descontento de la población guatemalteca, al observar que otros países de la región comenzaron a vacunar a su personal de salud a principios de 2021 mediante compras bilaterales, obligó al gobierno a buscar apoyo de países amigos para obtener algunas dosis y calmar la situación. Así, la primera donación de 5,000 dosis de la vacuna Moderna, proveniente del gobierno de Israel, llegó al país el 25 de febrero, casi dos meses después de la aprobación del decreto ley para la compra de vacunas (Maldonado et al., 2023, p. 41). De hecho, este es el primer lote de vacunas que arriba a Guatemala.

La opacidad en la gestión pública y la percepción ciudadana sobre la incapacidad institucional para salvaguardar los derechos fundamentales de la población han erosionado la credibilidad del Estado (Venegas Tobar, 2022, p. 103). Este deterioro en la confianza institucional resulta particularmente crítico cuando se requiere implementar políticas públicas en contextos de alta vulnerabilidad social, como el experimentado durante la crisis sanitaria generada por la pandemia.

El proceso de adquisición directa de vacunas en Guatemala se constituyó en un fenómeno de alta controversia política y administrativa, cuyas repercusiones persisten. Esta situación alcanzó un punto crítico en abril del 2024, con la interposición de una denuncia penal contra la entonces titular del Ministerio de Salud Pública y Asistencia

Social, Amelia Flores González, por presuntas irregularidades en el proceso de contratación y adquisición de las vacunas Sputnik V (Voz de América, 2024).

Los elementos que caracterizan la adquisición de estas vacunas, que además fueron las únicas gestionadas mediante compra directa, han sido sistematizados por el Laboratorio de Datos GT (Maldonado et al., 2023, pp. 39-40):

- El Consejo Nacional Asesor de Inmunizaciones (CONAPI) recomendó la compra de vacunas de Pfizer, Moderna y/o AstraZeneca. Sin embargo, Guatemala decidió adquirir la vacuna Sputnik, que en ese momento no contaba con la aprobación de emergencia de la OMS ni de otras autoridades regulatorias internacionales como la FDA, basándose en la autorización de la autoridad reguladora de Argentina. Esta decisión fue respaldada por la Ley 01-2021.
- El gobierno autorizó un pago anticipado de aproximadamente 83 millones de dólares, equivalente a la mitad del valor total de la compra, sin contar con un cronograma de entregas. Se estipuló que los 16 millones de dosis de la vacuna Sputnik debían entregarse antes del 5 de octubre de 2021.
- El contrato no especificaba que la dosis de refuerzo de Sputnik era diferente de la primera dosis y requería condiciones distintas de cadena de frío, especialmente a nivel local. Tampoco se consideraron los costos de transporte desde el lugar de producción hasta Guatemala.
- Las dosis de la vacuna Sputnik comenzaron a llegar de manera esporádica a finales de mayo.

A lo largo del año 2021, los medios de comunicación le dieron una sistemática cobertura a este proceso de compra, de manera que la inmunización en Guatemala estuvo atravesado por este acontecimiento (El Mundo, 2021), (La Hora.gt, 2021), (Prensa Libre, 2021c).

Debido a la presión social generada por el incumplimiento de la empresa rusa en la entrega de las dosis de la vacuna, en un proceso caracterizado por la opacidad e irregularidades, el gobierno de Guatemala inició una “renegociación” a puerta cerrada de este contrato. Como resultado, supuestamente, se redujo la compra inicial de 16 a 8 millones de dosis de Sputnik V (es decir, se pagó anticipadamente el 100% del total de la vacuna sin haberla recibido), y se les concedió una extensión del plazo a diciembre de 2021 (Maldonado et al., 2023, p. 40).

La empresa obtuvo una extensión de tres meses para entregar la mitad de las dosis originalmente contratadas y pagadas por adelantado. Esto afectó negativamente al país y su población, ya que no solo recibieron la vacuna con retraso, sino que los volúmenes y flujos de entrega causaron una sobrecarga de disponibilidad en períodos de baja actividad de vacunación, como se documenta en el siguiente apartado (Maldonado et al., 2023, p. 40).

La Tabla 37 desglosa el proceso de adquisición de vacunas en Guatemala mediante tres modalidades: el mecanismo COVAX, las negociaciones bilaterales y las donaciones internacionales, evidenciando así la materialización de las decisiones estratégicas implementadas por el gobierno guatemalteco:

Tabla 37

Vacunas adquiridas por Guatemala, 2021-2022

FECHA	LOTE	CANTIDAD	ADQUISICION	TIPO_VX	ORIGEN_VX	ORIGEN_DON
25/2/2021	1	5 000	DONACION	Moderna	OCCIDENTE	Israel
2/3/2021	2	200 000	DONACION	Covishield	NO OCCIDENTE	India
11/3/2021	3	81 600	COVAX	AstraZeneca	OCCIDENTE	NA
29/4/2021	4	156 000	COVAX	AstraZeneca	OCCIDENTE	NA
29/4/2021	5	165 600	COMPRA	AstraZeneca	OCCIDENTE	NA
5/5/2021	6	50 000	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	NA
20/5/2021	7	50 000	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	NA
3/6/2021	8	321 600	COVAX	AstraZeneca	OCCIDENTE	NA
16/6/2021	9	50 000	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	NA
24/6/2021	10	150 000	DONACION	AstraZeneca	OCCIDENTE	México
3/7/2021	11	200 000	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	NA
7/7/2021	12	200 000	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	NA
8/7/2021	13	1 500 000	DONACION	Moderna	OCCIDENTE	USA
15/7/2021	14	310 000	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	NA
20/7/2021	15	3 000 060	DONACION	Moderna	OCCIDENTE	USA
28/7/2021	16	100 000	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	NA
3/8/2021	17	150 000	DONACION	AstraZeneca	OCCIDENTE	México
5/8/2021	18	363 870	COVAX	Pfizer	OCCIDENTE	NA
5/8/2021	19	201 600	DONACION	AstraZeneca	OCCIDENTE	España

24/8/2021	20	400 000	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	NA
31/8/2021	21	100 000	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	NA
2/9/2021	22	169 650	COVAX	Pfizer	OCCIDENTE	NA
6/9/2021	23	363 100	DONACION	AstraZeneca	OCCIDENTE	Canadá
6/9/2021	24	304 000	DONACION	AstraZeneca	OCCIDENTE	Rep. Dominicana
16/9/2021	25	307 200	DONACION	AstraZeneca	OCCIDENTE	España
19/9/2021	26	591 100	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	NA
21/9/2021	27	108 000	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	NA
26/9/2021	28	500 000	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	NA
6/10/2021	29	151 200	DONACION	AstraZeneca	OCCIDENTE	España
20/10/2021	30	700 000	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	NA
27/10/2021	31	699 990	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	NA
29/10/2021	32	400 010	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	NA
29/10/2021	33	300 000	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	NA
30/10/2021	34	100 000	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	NA
14/11/2021	35	489 600	COVAX	AstraZeneca	OCCIDENTE	NA
18/11/2021	36	1 000 350	COVAX	Pfizer	OCCIDENTE	NA
24/11/2021	37	2 000 000	DONACION	Moderna	OCCIDENTE	USA
11/12/2021	38	523 600	COVAX	AstraZeneca	OCCIDENTE	NA
11/12/2021	39	2 000 000	DONACION	Moderna	OCCIDENTE	USA
16/12/2021	40	1 000 350	COVAX	Pfizer	OCCIDENTE	NA
26/12/2021	41	1 058 400	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	NA
29/12/2021	42	1 033 370	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	NA
29/12/2021	43	925 230	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	NA
30/12/2021	44	123 900	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	NA
27/1/2022	45	514 800	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	NA
27/1/2022	46	166 140	COVAX	Pfizer	OCCIDENTE	NA
4/2/2022	47	854 600	COVAX	AstraZeneca	OCCIDENTE	NA
24/2/2022	48	1 090 400	COVAX	AstraZeneca	OCCIDENTE	NA
25/2/2022	49	41 800	COVAX	AstraZeneca	OCCIDENTE	NA

25/5/2022	50	273 780	COVAX	Pfizer	OCCIDENTE	NA
1/6/2022	51	349 830	DONACION	Pfizer	OCCIDENTE	España
27/6/2022	52	349 830	DONACION	Pfizer	OCCIDENTE	España
21/7/2022	53	500 400	DONACION	Moderna	OCCIDENTE	Korea
22/7/2022	54	302 400	DONACION	Pfizer	OCCIDENTE	España
25/7/2022	55	705 600	DONACION	Moderna	OCCIDENTE	Suiza
13/10/2022	56	50 400	DONACION	Moderna	OCCIDENTE	Korea
19/12/2022	57	302 400	COVAX	Pfizer	OCCIDENTE	NA
22/12/2022	58	288 000	DONACION	Moderna	OCCIDENTE	Suiza

Nota: Elaboración propia, con datos de Unidad de Acceso a la Información Pública del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala a diciembre de 2022²²

La Tabla 37 evidencia que, para finales de 2021, Guatemala había recibido un total de 44 lotes de vacunas, sumando 22.604.380 dosis. Sin embargo, es importante señalar que, para junio de 2021, durante el primer semestre del año, el país solo había recibido 1.229.800 dosis, lo que representa aproximadamente el 4.33% del total adquirido ese año. Con una población de 17.109.746 personas en ese momento, Guatemala solo podía administrar dos dosis a alrededor del 4% de su población.

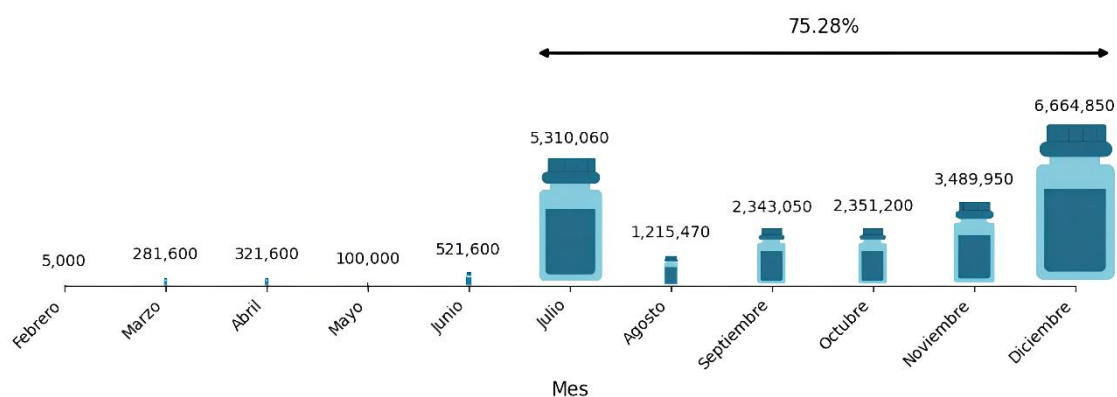
Esto evidencia la baja capacidad que tuvo el Gobierno de Guatemala en la adquisición de vacunas, ya que no logró asegurar un suministro temprano y abundante de dosis, contribuye a explicar el desempeño que este país presenta en los indicadores de cobertura, suficiencia y sostenibilidad del proceso de vacunación.

El análisis de la distribución temporal de vacunas en Guatemala durante 2021, ilustrado en la Figura 18, evidencia una marcada asimetría en el proceso de recepción de dosis. El primer semestre se caracterizó por una disponibilidad significativamente restringida de inmunizantes. Posteriormente, durante el tercer trimestre, se registró la recepción de 8,868,580 dosis, equivalentes al 31.23% del total anual. La tendencia se intensificó en el último trimestre, período en el cual se concentró el 44.04% del total de vacunas recibidas, con una notable acumulación en diciembre, mes que por sí solo representó el 23.47% del total de dosis adquiridas durante el año:

²² Estos datos también fueron contrastados con la investigación: Justicia económica y Covid-19: Adquisición de vacunas durante la pandemia en El Salvador, Guatemala y Honduras, 2023.

Figura 18

Total de vacunas adquiridas por mes, Guatemala, 2021



Nota: Elaboración propia, con datos de Unidad de Acceso a la Información Pública del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala a diciembre de 2022

Las particularidades del proceso de adquisición de la vacuna y la frecuencia de su llegada tuvieron significativas implicaciones en la fase de administración, las cuales han sido sistematizadas por el Laboratorio de Datos GT(Maldonado et al., 2023, pp. 40-41):

- La falta de vacunas en los momentos de mayor demanda, especialmente entre junio y noviembre de 2021, afectó el proceso de vacunación, ya que la población aún mostraba interés debido a la ola pandémica de la variante Delta. La renegociación del contrato original permitió a la empresa rusa extender el tiempo de entrega, evitando así el incumplimiento, pero perjudicando el proceso de vacunación en el país.
- En el último trimestre de 2021, se recibieron más de 14 millones de dosis, principalmente de Moderna y Sputnik, lo que generó una sobrecarga de disponibilidad en un periodo de baja actividad de vacunación. La falta de sincronía entre la entrega de vacunas y el ciclo presupuestario, junto con las festividades de fin de año, resultó en la acumulación de millones de dosis sin administrar.
- Aunque la vacunación se reactivó en el primer trimestre de 2022, el ritmo nunca se equiparó con la disponibilidad de dosis. Esto explica por qué se vencieron tantas dosis durante el primer semestre de 2022.
- La falta de personal y equipamiento adecuado también contribuyó a esta situación, resultando en la expiración de más de 7.78 millones de dosis y la pérdida de la oportunidad de alcanzar una cobertura vacunal del 70% o más de la población guatemalteca.

El Laboratorio de Datos GT sistematizó la cantidad y las fechas de vencimiento de las dosis de vacunas, evidenciando que la mayor cantidad de vacunas vencidas corresponde a la vacuna Sputnik:

Figura 19

Vencimiento de dosis de vacuna COVID-19 en Guatemala

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.

Nota. Justicia económica y Covid-19: Adquisición de vacunas durante la pandemia en El Salvador, Guatemala y Honduras, por Maldonado et al., 2023, pág.45

El análisis de las arquitecturas de la política de vacunación en Guatemala, con particular énfasis en el componente de financiamiento, proporciona elementos fundamentales para comprender el desempeño alcanzado por el país en su campaña de inmunización.

El análisis de los mecanismos de financiamiento para la adquisición de vacunas contra la COVID-19 en Guatemala revela un patrón distintivo de alta dependencia de la cooperación internacional. Según los datos presentados en la Tabla 38, la estructura de obtención de inmunizantes se distribuyó de la siguiente manera: el 45% del total de dosis se obtuvo mediante donaciones, principalmente de vacunas de fabricación occidental, posicionando a Guatemala como el país con mayor dependencia de este mecanismo en la región. El resto de la adquisición se fragmentó entre el mecanismo COVAX, que representó el 24% del total, y un único acuerdo bilateral para la compra de vacunas Sputnik V, que constituyó el 31% restante.

Tabla 38

Características de las vacunas adquiridas por Guatemala a lo largo del 2021 y 2022

Adquisición	Suma de cantidad	Porcentaje de dosis
COMPRA	8680400	31%
NO OCCIDENTE	8000000	28%
Sputnik V	8000000	28%
OCCIDENTE	680400	2%
AstraZeneca	165600	1%
Pfizer	514800	2%
DONACION	12878620	45%
NO OCCIDENTE	200000	1%
Covishield	200000	1%
OCCIDENTE	12678620	45%
AstraZeneca	1627100	6%
Moderna	10049460	35%
Pfizer	1002060	4%
COVAX	6835740	24%
OCCIDENTE	6835740	24%
AstraZeneca	3559200	13%
Pfizer	3276540	12%
Gran Total	28394760	100%

Nota. con datos de Unidad de Acceso a la Información Pública del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala a diciembre de 2022

Sumado a lo anterior, el proceso de adquisición de vacunas en Guatemala evidenció una notable concentración en cuanto a la diversificación de proveedores. El análisis de la distribución de fuentes de suministro revela que aproximadamente el 97% de los inmunizantes procedieron de fabricantes occidentales. Esta pronunciada dependencia de un grupo limitado de proveedores se constituyó en una restricción significativa para garantizar el abastecimiento oportuno y suficiente de dosis, comprometiendo así la capacidad de respuesta ante las necesidades de inmunización de la población.

El análisis de la estrategia de adquisición de vacunas contra la COVID-19 en Guatemala evidencia la limitada capacidad estatal para garantizar un abastecimiento oportuno y suficiente de inmunizantes. La estrategia inicial se caracterizó por una excesiva dependencia del mecanismo COVAX como única vía de acceso, evidenciando limitaciones significativas en la planificación estratégica. Esta situación resulta particularmente notable considerando que, a pesar de contar con una temprana aprobación

de recursos financieros por Q1,500 millones, la capacidad administrativa para ejecutarlos eficientemente se vio comprometida por una deficiente y cuestionada gestión.

En términos de la arquitectura de la política, en el componente de financiamiento, se evidencia un patrón de alta dependencia de la cooperación internacional, donde el 45% de las dosis se obtuvieron mediante donaciones, posicionando a Guatemala como el país con mayor dependencia de este mecanismo en la región. El resto de la adquisición se distribuyó entre el mecanismo COVAX (24%) y la controversial compra bilateral de Sputnik V (31%). Esta distribución, junto con la concentración del 97% de proveedores de origen occidental, evidencia las vulnerabilidades del país en términos de diversificación de fuentes de suministro.

Un aspecto crítico del proceso fue la marcada asimetría temporal en la disponibilidad de vacunas. Durante el primer semestre de 2021, el país solo recibió el 4.33% del total de dosis adquiridas ese año, mientras que se registró una notable concentración en el último trimestre (44.04%), particularmente en diciembre (23.47%). Esta desincronización entre la disponibilidad de vacunas y los períodos de mayor demanda afectaría la etapa de administración de dosis, pero, además, resultó en el vencimiento de aproximadamente 7.78 millones de vacunales durante períodos de baja actividad vacunal.

La experiencia de Guatemala en la adquisición de vacunas contra la COVID-19 evidencia que, más allá de la disponibilidad presupuestaria, la capacidad estatal para ejecutar eficazmente dichos recursos, el papel de los tomadores de decisiones y las arquitecturas de políticas resultantes, pueden influir significativamente en el desempeño de la política de vacunación de un país.

Administración de la vacuna

Diseño del plan de vacunación

El análisis del diseño del plan de vacunación contra la COVID-19 corrobora los hallazgos previos sobre los legados de la política en Guatemala en materia de inmunización. La categorización establecida ubica al país en un nivel moderado de cobertura vacunal prepandémica, sustentada principalmente en el desempeño del Programa de Inmunizaciones, que ha demostrado su efectividad al mantener tasas de cobertura superiores al 80% en la mayoría de los inmunizantes destinados a la primera infancia. Esta capacidad institucional preexistente complementó la creación de nuevas

estructuras organizativas, como el Comité Nacional de Coordinación para la Vacunación contra COVID-19 (CONACOVID).

En noviembre de 2020, se estableció el Comité Nacional de Coordinación para la Vacunación contra COVID-19 (CONACOVID), con el objetivo de coordinar y desarrollar el Plan Estratégico Nacional de Vacunación en Guatemala. A partir de ese momento, el Comité empieza a discutir las acciones necesarias para implementar la política de vacunación en el país (MSPAS, Guatemala, 2020e):

- **Revisión de Vacunas:** Proporcionar una revisión continua de la evidencia sobre el progreso de las vacunas candidatas contra COVID-19 y se realizarán actualizaciones periódicas al MSPAS.
- **Desarrollo del Plan Estratégico:** Coordinar el desarrollo del Plan Estratégico Nacional de Vacunación, que incluirá el cálculo de coberturas para la población priorizada, infraestructura para la distribución y comunicación estratégica.
- **Políticas de Vacunación:** Asesorar al MSPAS sobre políticas para el uso acelerado de vacunas, tanto antes como después de su licencia, con el objetivo de mitigar el impacto del COVID-19 en la salud pública.
- **Acceso Equitativo:** Proporcionar orientación para garantizar el acceso equitativo a la vacunación y se discutirá la seguridad de las vacunas a medida que se disponga de datos.
- **Participación en COVAX:** Se mencionó la participación de Guatemala en el mecanismo COVAX, que busca asegurar un acceso global y equitativo a vacunas eficaces y seguras.

De acuerdo con esta instancia, los grupos que recibirán las primeras dosis incluyen al personal de salud (tanto del sector público como privado), miembros de cuerpos de socorro, maestros, personal de seguridad pública, y la población mayor de 60 años, así como aquellos de alto riesgo entre 18 y 60 años. Los menores de edad no están incluidos en esta fase inicial debido a la necesidad de más estudios sobre la seguridad y eficacia de las vacunas en esta población (MSPAS, Guatemala, 2020f).

También, durante el mes de noviembre, el MSPAS indica que se está construyendo un nuevo cuarto frío en el Centro Nacional de Biológicos del MSPAS para almacenar las vacunas. Además, de fortalecer los cuartos fríos en las Áreas de Salud y los medios de transporte para mantener la temperatura necesaria para las vacunas,

especialmente aquellas que requieren ultracongelación, como las de Pfizer y Moderna (MSPAS, Guatemala, 2020f).

En diciembre de 2020, el CONACOVID conforma ocho equipos de trabajo para definir aspectos clave como (MSPAS, Guatemala, 2020g):

- Planificación presupuestaria.
- Estrategias de vacunación.
- Logística, regulación, importación y distribución de vacunas.
- Comunicación y movilización social.
- Vigilancia epidemiología.
- Farmacovigilancia.
- Monitoreo y evaluación de vacunación.

En enero de 2021, se aprobó la ley de “Financiamiento y adquisición de vacunas contra el coronavirus COVID-19”. No obstante, uno de los principales cuestionamientos a esta legislación fue la falta de una estrategia clara. Según el Laboratorio de Datos GT, en ese mismo mes, se desconocía la estrategia de vacunación propuesta por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Solamente se tenía información con respecto a los grupos de riesgo (Laboratorio de Datos GT, 2021b).

Mediante el oficio MSPAS CSE-05-2021, tramitado por el Congreso de la República, se obtuvo acceso a la versión actualizada al 11 de enero de 2021 del Plan Estratégico Nacional de Vacunación contra COVID-19 en Guatemala. Sin embargo, es importante destacar que esta estrategia fue de corto plazo, enfocada en la primera fase de vacunación (Laboratorio de Datos GT, 2021d).

En este documento se especifica que el CONACOVID, creado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), es el organismo encargado de desarrollar e implementar el Plan Estratégico Nacional de Vacunación contra COVID-19. Además, se destaca la creación de ocho grupos de trabajo, conformados por instituciones claves y liderados por instancias del MSPAS, para completar las acciones necesarias para la introducción de las vacunas contra COVID-19 y la vacunación. Los grupos conformados son (MSPAS, Guatemala, 2021a):

- Estrategia de vacunación y selección de vacunas
- Logística de vacunación
- Planificación campaña de vacunación
- Vigilancia de la seguridad de la vacuna

- Monitoreo y evaluación de la vacunación
- Regulación, importación y distribución de vacunas MSPAS e IGSS
- Comunicación y movilización social
- Planificación presupuestaria

Los objetivos de esta estrategia, para enero del 2021, fueron los siguientes (MSPAS, Guatemala, 2021a):

Objetivo General:

- Iniciar con una primera fase de vacunación, a pequeña escala y grupo objetivo limitado, orientada a mantener la integridad del sistema de salud, vacunando a los principales grupos de riesgo a través de la oferta de una vacuna segura y de calidad.

Objetivos Específicos:

- Alcanzar una cobertura mínima del 95% de vacunación en los trabajadores de establecimientos asistenciales de salud para COVID-19 priorizados en la fase 1 del Plan Estratégico Nacional.
- Garantizar el cumplimiento de normas de conservación, transporte y distribución de vacunas ultracongeladas e insumos para la vacunación.
- Cumplir con los componentes técnico-operativos de vacunación, inyección segura, bioseguridad y manejo de desechos.
- Establecer los procedimientos para la captación, monitoreo, notificación e investigación de los ESAVI y la toma de decisiones.
- Asegurar el registro primario y electrónico de dosis de vacuna administrada en el sistema oficial de información, verificando la calidad y congruencia del dato.
- Continuar el proceso de vacunación para las siguientes fases establecidas y los grupos priorizados que lo componen, de acuerdo con la disponibilidad de vacunas y sus características.
- Evaluar las lecciones aprendidas con esta modalidad de vacunación (pequeña escala con grupo objetivo limitado) para fortalecer las estrategias de las siguientes fases de vacunación.

Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el plan de vacunación aborda la disponibilidad limitada de vacunas a nivel mundial y establece una hoja de ruta para priorizar grupos de población. Esta planificación se realiza en coordinación con el Comité Nacional Asesor de Prácticas en Inmunización (CONAPI) y la OPS/OMS. Basándose en el riesgo inherente humano, el riesgo ocupacional, la

territorialidad (según las recomendaciones del grupo de expertos SAGE)²³ y los datos epidemiológicos de Guatemala, se definieron cuatro fases de vacunación, cada una con un objetivo específico, resumidas en la Tabla 39 (MSPAS, Guatemala, 2021a):

Tabla 39

Fases de vacunación y grupos priorizados para la vacuna de Covid-19 en Guatemala

Fase	Objetivo	Sub-Fase	Grupos priorizados
Fase 1	Mantener la integridad del sistema de Salud	1a	Trabajador de establecimiento de salud asistencial públicos y privados que atienden casos COVID-19 (todo el personal que esté debidamente registrado en cada centro incluyendo personal de apoyo o voluntario, aunque no esté en nómina pero que esté registrado como tal).
		1b	Trabajador de establecimiento de salud asistencial públicos y privados no incluidos en subfase 1.a. (todo el personal que esté debidamente registrado en cada centro incluyendo personal de apoyo o voluntario aunque no esté en nómina pero que esté registrado como tal).
		1c	Estudiantes de ciencias de la salud y afines que estén realizando o vayan a realizar sus actividades prácticas y/o asistenciales en establecimientos de salud durante 2021 o 2022.
		1d	Cuerpos de socorro (incluyendo bomberos, paramédicos de ambulancias, trabajadores de campo de CONRED), trabajadores de funerarias, cementerios y personal que labora en instituciones de adultos mayores (asilos).
		1e	Trabajadores del MSPAS e IGSS no incluidos en subfase 1.a. y 1. b.
Fase 2	Disminuir mortalidad y carga de enfermedad severa	2a	Personas que se encuentran internados en hogares o instituciones de adultos mayores (asilos).
		2b	Adultos mayores de 80 años y más.
		2c	Adultos de 70 a 79 años.
		2d	Adultos de 60 a 69 años.
		2e	Adultos de 50 a 59 años.
		2f	Adultos de 18 o más años con una o más de las condiciones siguientes: Hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar crónica (EPOC, bronquitis), enfermedad renal crónica, enfermedades cardiovasculares y cerebro

²³ SAGE se refiere al Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización (Strategic Advisory Group of Experts on Immunization). Este grupo, establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), proporciona orientación y recomendaciones sobre políticas y estrategias de vacunación a nivel global.

			vasculares, inmunosupresión (VIH, cáncer, usos inmunosupresores) u obesidad (IMC $\geq$ 30).
		2g	Embarazadas (según datos de seguridad y eficacia disponibles en este grupo).
		2h	Personas que por alguna condición se dificulta el distanciamiento social, aislamiento o cuarentena y dicha condición no se puede modificar (ej. Residentes en albergues debidamente registrados, centros de detención y privados de libertad).
Fase 3	Disminuir impacto socioeconómico y proteger continuidad servicios básicos	3a	Trabajadores sector seguridad nacional (incluye PNC, PMT, militares, guardias del sistema penitenciario).
		3b	Trabajadores registrados en las municipalidades que prestan servicios esenciales de electricidad, agua, recolección de basura.
		3c	Trabajadores sector educación (incluye funcionarios Ministerio de Educación y maestros nivel primario, básico, universitario).
		3d	Trabajadores sector justicia (incluye: Jueces, y personal en tribunales, personal sistema penitenciario).
Fase 4	Disminuir carga de enfermedad	4a	Adultos de 40 a 49 años.
		4b	Adultos de 30 a 39 años.
		4c	Adultos de 18 a 29 años.
		4d	Niños (según datos de seguridad y eficacia disponibles en este grupo).

Nota. Adaptado de Plan Estratégico Nacional de Vacunación contra COVID-19 en Guatemala, por MSPAS, 2021

Para enero de 2021, la meta de vacunación expuesta en el plan fue alcanzar una cobertura mínima del 95% de vacunación en los trabajadores de establecimientos asistenciales de salud para COVID-19 descritos en la Fase 1. La vacunación se llevaría a cabo en cada uno de los hospitales mediante la táctica de mini concentración intramuros (puestos de vacunación). Es decir, que el equipo de vacunación se trasladará a los hospitales seleccionados para acercar el servicio al personal de primera línea. Esta táctica requería una planificación y anuncio previos para asegurar la mayor cobertura posible (MSPAS, Guatemala, 2021a).

Sobre la administración de la vacuna, el plan establece que habrá un equipo vacunador, conformado por tres trabajadores de la salud, capacitados e identificados (Laboratorio de Datos GT, 2021d):

- Instructor: personal médico, de salud o administrativo del establecimiento, a cargo del área de espera y área de observación de las personas vacunadas, velar por el

distanciamiento físico y medidas de protección, entrevistar a la persona que solicita la vacunación y solicitar firma de consentimiento, observar por 30 minutos a las personas vacunadas, coordinar respuesta a cualquier Evento Supuestamente Atribuidos a Vacunación e Inmunización.

- Vacunador: con experiencia en la aplicación de vacunas, a cargo de cumplir con los procedimientos y técnicas que garanticen una vacunación segura, asegurar el abastecimiento de insumos, cumplir lineamientos técnicos para mantener la cadena de frío, informar al anotador la edad de persona vacunada y vacuna que se aplicó, de presentarse un ESAVI, comunicar al nivel correspondiente.
- Anotador: personal de salud, vela por la calidad de la información, completan el registro de vacunaciones, recibe el consentimiento informado llenado y firmado, entrega al vacunar los formularios de registro totalizados al final del día.

El Programa de Inmunizaciones, a través de su área técnica y administrativa (CNB), presentará virtualmente los lineamientos para la vacunación. Posteriormente, la Dirección General del SIAS los oficializará y los comunicará a los responsables del programa en las 29 áreas de salud. Las Direcciones de Área de Salud, una vez recibidos los lineamientos, los transmitirán al equipo técnico de los Distritos Municipales de Salud (MSPAS, Guatemala, 2021a).

Sobre la distribución de la vacuna, en el plan expone que el MSPAS cuenta con una instalación de almacenamiento en frío en el Centro Nacional de Biológicos (CNB). Esta fue creada en agosto de 2020, tiene una capacidad de 339 metros cúbicos y mantiene temperaturas entre 2-8 grados centígrados para asegurar el almacenamiento de las vacunas y evitar retrasos en su disponibilidad y administración a nivel nacional. Además, indica que se ha implementado una cadena de frío nacional para rastrear las fechas de caducidad y se están revisando los equipos de ultra congelación disponibles en el MSPAS, considerando también la posibilidad de alquilar cuartos fríos adicionales (MSPAS, Guatemala, 2021a).

El plan también plantea un sistema de información único con identificador personal (DPI), que permitirá un seguimiento eficiente de las personas vacunadas contra COVID-19, incluyendo la administración de las dos dosis y la identificación de quienes aún no han sido vacunados. Este sistema integrará datos del IGSS y del sector privado, utilizando plataformas electrónicas preparadas por el Sistema de Información Gerencial en Salud/MSPAS. El objetivo es medir y visualizar las dosis administradas y las coberturas de vacunación, permitiendo tomar acciones específicas cuando sea necesario.

Todos los datos de vacunación se registrarán de manera nominal y se ingresarán a un sistema computarizado para asegurar un control preciso durante la jornada de vacunación de cinco meses (MSPAS, Guatemala, 2021a).

Sobre la cobertura de la vacunación, el plan expone aquellos indicadores de vacunación recomendados, los cuales se resumen en la:

Tabla 40

Indicadores de cobertura de vacunación contra la COVID-19, MSPAS, Guatemala, 2021

INDICADOR	META %
Cobertura acumulada de 1ra. Dosis vacuna COVID	95%
Cobertura acumulada de 2da. Dosis vacuna COVID	95%
Cobertura acumulada de 1ra. Dosis vacuna COVID en personal de salud	95%
Cobertura acumulada de 2da. Dosis vacuna COVID en personal de salud	95%
Cobertura acumulada de 1ra. Dosis vacuna COVID en personas de > 60 años	95%
Cobertura acumulada de 2da. Dosis vacuna COVID en personas de > 60 años	95%
Cobertura acumulada de 1ra. Dosis vacuna COVID en personas de 18 a 59 años	95%
Cobertura acumulada de 2da. Dosis vacuna COVID en personas de 18 a 59 años	95%
% de municipios con cobertura de vacunación contra COVID igual o mayor del 95% en 1ra. dosis	95%
% de municipios con cobertura de vacunación contra COVID igual o mayor del 95% en 2da. dosis	95%
% de personas renuentes a la vacunación con documento firmado	95%

Nota. Adaptado de Plan Estratégico Nacional de Vacunación contra COVID-19 en Guatemala, por MSPAS, 2021

El último punto abordado por el plan de vacunación es el de la comunicación y se destaca que la información sobre la seguridad, beneficios, distribución y disponibilidad de la vacuna es fundamental para llevar a cabo una campaña de vacunación efectiva. Sobre todo, considerando que la disponibilidad de la vacuna será de forma gradual. El

objetivo principal de la campaña es informar a las poblaciones priorizadas sobre la disponibilidad de la vacuna, generar confianza y asegurar la transparencia y equidad en su distribución (MSPAS, Guatemala, 2021a).

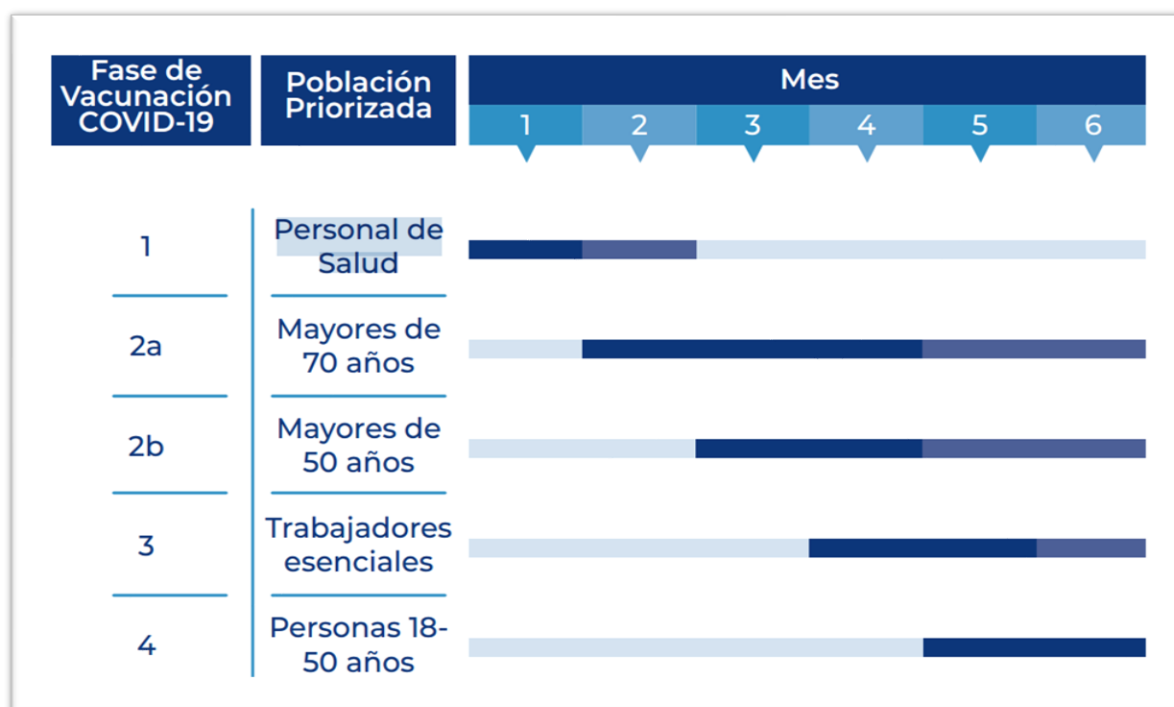
De acuerdo con el MSPAS, en Guatemala se planea una campaña inclusiva con mensajes consistentes dirigidos a diversos sectores poblacionales y culturales. La campaña subraya la importancia de contar con información confiable sobre el COVID-19 y la implementación efectiva del plan, incluyendo una gestión de datos fiable. Se utilizarán diferentes medios de comunicación y redes sociales para identificar a los actores clave así como orientar la información que se esté difundiendo (MSPAS, Guatemala, 2021a).

Posteriormente, el 15 de febrero de 2021, se publica una versión actualizada del plan, ahora denominado “Plan nacional de vacunación contra la COVID-19” y cuya fecha de actualización es del 5 de febrero. Dentro de las actualizaciones de este documento, cabe destacar la introducción de una línea de tiempo estimada para la vacunación (MSPAS, Guatemala, 2021b, p. 16).

En este sentido, el MSPAS plantea que la vacunación se llevará a cabo en fases escalonadas. Se espera que estas fases se aceleren para inmunizar a la mayoría de los grupos prioritarios en los primeros seis meses. La línea de tiempo preliminar indica que las fases de vacunación se intercalarán según la disponibilidad de vacunas en el país. La figura adjunta resume el calendario propuesto por la institución (MSPAS, Guatemala, 2021b, p. 17):

Figura 20

Línea de tiempo estimada para la vacunación, MSPAS, 2021



Nota. Adaptado de Plan nacional de vacunación contra la COVID-19, por MSPAS, 2021

Otras de las actualizaciones fue la presentación de los centros para la vacunación, los cuales responden a cada una de las fases y subfases descritas. De acuerdo con el MSPAS, el objetivo es agilizar los procesos, acercar la vacunación a la población y garantizar condiciones seguras para evitar la transmisión de COVID-19. Además, se indica que se implementará un sistema de citas escalonadas, adaptado a las condiciones de los grupos objetivo (MSPAS, Guatemala, 2021b, p. 17).

Los centros de vacunación se ubicarán según los grupos priorizados de la siguiente manera (MSPAS, Guatemala, 2021b, p. 17):

- Personal de salud (Fase 1): en hospitales y centros de salud seleccionados.
- Población general (Fases 1-4): en puestos de vacunación temporales fuera de los establecimientos de salud, incluyendo lugares específicos para adultos mayores, según las recomendaciones del MSPAS.
- Personal de instituciones esenciales: cada institución coordinará el lugar adecuado para el puesto de vacunación, de acuerdo con los requerimientos específicos.

También, esta nueva versión amplía lo relacionado al sistema de información, el cual se pretende que facilite las diferentes partes del proceso de vacunación (MSPAS, Guatemala, 2021b, p. 28):

- Identificación de individuos para vacunar basado en la etapa prioritaria
- Organización del calendario para las citas de vacunación
- Seguimiento detallado del biológico (la vacuna)
- Documentación del proceso de vacunación
- Retroalimentación eficaz acerca del avance en el plan de inmunización.

Para esto, la plataforma electrónica contará con un módulo de identificación personal, además de módulos destinados a registrar la acción de vacunación, los datos relacionados con la vacuna administrada, el personal encargado de la vacunación y la fecha en que se realizó la vacunación (MSPAS, Guatemala, 2021b, p. 28).

De acuerdo con el plan, uno de los objetivos de implementar una plataforma informática es gestionar de manera centralizada la información relacionada con el despliegue y desarrollo del plan de vacunación. El sistema permitirá identificar tanto a las personas que serán vacunadas como a las que ya han sido vacunadas. Además, proporcionará información sobre la trazabilidad del biológico, como el número de dosis utilizadas y disponibles (MSPAS, Guatemala, 2021b, p. 30).

Finalmente, sobre la comunicación en el proceso de vacunación, se llevará a cabo una campaña inclusiva y culturalmente pertinente, considerando la diversidad pluricultural, multiétnica y multilingüe del país. La campaña de comunicación difundirá mensajes clave a través de radio, televisión, medios escritos y redes sociales. Además, se implementará una estrategia para reforzar estos mensajes a nivel comunitario mediante líderes y actores locales (MSPAS, Guatemala, 2021b, p. 33)

La campaña comenzará con una fase de sensibilización para promover la importancia de la vacunación y fomentar la aceptación de la vacuna contra la COVID-19. También incluirá una fase informativa sobre aspectos generales de la vacunación y una fase de acción que proporcionará detalles específicos como fechas, horarios y puntos de vacunación (MSPAS, Guatemala, 2021b, p. 33)

De acuerdo con el MSPAS, la participación comunitaria es crucial para el éxito de la vacunación contra la COVID-19, por lo que es necesario coordinarse con los diversos grupos sociales representados en el Sistema de Consejos de Desarrollo y las formas de organización comunitaria, involucrando a líderes comunitarios y de influencia en diversos estratos (MSPAS, Guatemala, 2021b, pp. 33-34).

Sin embargo, la fase de administración de la vacuna evidenció que, ante una situación de shock, el desempeño del proceso de inmunización estuvo condicionado por

factores que trascendieron los legados de la política. La implementación del plan de vacunación mostró divergencias significativas respecto a su diseño original, revelando la brecha existente entre la capacidad de planificación y la de ejecución.

Implementación del plan de vacunación: Yo me vacuno

La implementación del proceso de vacunación en Guatemala durante el primer semestre de 2021 mostró un progreso limitado, condicionado principalmente por las restricciones en la disponibilidad de inmunizantes, como se ha documentado previamente. El análisis de esta etapa inicial revela una serie de características distintivas que configuraron la dinámica del proceso de inmunización:

El 25 de febrero de 2021, Guatemala inició la primera fase de su campaña de vacunación en el Hospital Roosevelt, utilizando 5,000 dosis donadas por Israel. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) informó que en menos de 24 horas se vacunaron a 702 trabajadores. El Hospital Roosevelt fue el primero en completar la vacunación, mientras que los hospitales San Juan de Dios, Villa Nueva y los temporales de Quetzaltenango y Parque de la Industria continúan vacunando a su personal, con el objetivo de finalizar en un solo día (MSPAS, Guatemala, 2021c). Posteriormente, el 2 de marzo, el MSPAS anunció la llegada de una donación de 200,000 dosis de vacunas provenientes de la India. Según la institución, este nuevo lote permitirá continuar inmunizando a los trabajadores de primera línea y comenzar a vacunar a las siguientes subfases de la Fase 1. Las vacunas donadas por India se distribuirán en las siguientes áreas de salud: Escuintla, Zacapa, Petén, Guatemala Central, Guatemala Nor Occidente, Guatemala Nor Oriente y Guatemala Sur (MSPAS, Guatemala, 2021d).

Como se indicó anteriormente, no es hasta marzo que ingresan los primeros lotes de COVAX y en abril los primeros lotes de acuerdos bilaterales.

El 9 de marzo se reportó el progreso de la campaña de vacunación contra el COVID-19, resaltando que las comadronas han comenzado a recibir su primera dosis de la vacuna. Este grupo forma parte del personal incluido en la Fase 1 de vacunación en las Áreas de Salud de Chiquimula, Jutiapa, Quiché, Sacatepéquez, Chimaltenango, Alta Verapaz, Ixil y Petén Sur Oriente (MSPAS, Guatemala, 2021e).

En abril el mes de abril, MSPAS anuncia que ha iniciado el proceso para el pago anticipado de Q614.5 millones, que representa el 50% del costo total para la adquisición de 16 millones de dosis de la vacuna Sputnik V. Destacan que, con esta cantidad, se vacunará a 8 millones de personas en el país y que próximamente se anunciará el

cronograma de entrega de las dosis. Sin embargo, como se ha indicado, esta compra estuvo plagada de irregularidades (MSPAS, Guatemala, 2021f).

También, en el mes de abril, se anuncia la lista de Puestos de Vacunación habilitados para la Fase 2, sin embargo, solamente se detallan aquellos ubicados en el Departamento de Guatemala (MSPAS, Guatemala, 2021h). Esta distribución geográfica constituye un elemento crítico en la arquitectura de la política de inmunización, específicamente en el componente de provisión del servicio, pues replicó el patrón de centralización urbana observado previamente en la estrategia de testeos.

En esta misma línea, durante el mes de abril, el MSPAS, anuncia que mediante una colaboración con el Centro Comercial Centra Norte y la Fundación para el Desarrollo de Guatemala (FUNDESA), inauguraron un Puesto de Vacunación dentro del Centro Comercial Centra Norte. Se indica que este proyecto piloto de Alianza Público-Privada que tiene como objetivo aumentar la capacidad del MSPAS para vacunar a más personas en el menor tiempo posible (MSPAS, Guatemala, 2021g).

A través de un comunicado institucional, la ministra de Salud, Doctora Amelia Flores, agradeció al Centro Comercial Centra Norte por su contribución al Puesto de Vacunación, que incluye el uso de un área de 400 metros cuadrados y diversos recursos. El Ingeniero Rodrigo Pérez de Centra Norte destacó la importancia de la colaboración de todos los sectores, confiando en el liderazgo del presidente Giammattei y la ministra Flores. El Ingeniero Juan Carlos Paiz, presidente de FUNDESA, agradeció a Centra Norte y elogió la colaboración conjunta con el MSPAS, subrayando el papel de FUNDESA en generar soluciones para avanzar rápidamente en la vacunación (MSPAS, Guatemala, 2021g).

Como parte del desarrollo de la fase 2, la Presidencia de Guatemala que el MSPAS está coordinando la instalación de puestos de vacunación masivos. Se destaca que los puestos se habilitarán en puntos estratégicos tanto en el área metropolitana como en el ámbito departamental (Gobierno de Guatemala, 2021a).

Sin embargo, el comunicado hace referencia al puesto de vacunación establecido en el Centro Comercial Centra Norte (zona 18), apoyado por FUNDESA y a este se le suma uno en la Universidad de San Carlos de Guatemala (zona 12). También menciona que se habilitarán puestos de vacunación en otras zonas de la ciudad, como la zona 11 (Centro Universitario Metropolitano) y la zona 16 (Universidad Rafael Landívar). Además, se continuará vacunando en los centros ya establecidos, como el Polideportivo

Gerona (zona 1), el Parque Erick Barrondo (zona 7), los Campos del Roosevelt (zona 11) y el Colegio de Profesionales (zona 15) (Gobierno de Guatemala, 2021a).

A nivel departamental, se comenta la eventual instalación de puestos de vacunación en Centros y Puestos de Salud, Centros de Atención Permanente (CAP), Centros de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI), Centros de Atención a Pacientes Ambulatorios (CENAPA), salones comunales y escuelas públicas. También se afirma que se implementarán puestos móviles para inmunizar a personas que no se hayan registrado previamente en línea. Sin embargo, no se menciona ninguno específicamente (Gobierno de Guatemala, 2021a).

De acuerdo con la Presidencia de Guatemala, la implementación de la fase 2 del plan de vacunación se caracterizó por el desarrollo de una estrategia de coordinación interinstitucional, liderada por la Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia (SCEP), que articuló esfuerzos con gobernaciones departamentales, municipalidades y otras instituciones para facilitar el registro de dos grupos poblacionales prioritarios: adultos mayores de 70 años y personas entre 50 y 69 años con comorbilidades (Gobierno de Guatemala, 2021c).

Esta iniciativa se materializó a través de un sistema dual de registro que combinó la instalación de más de 300 quioscos físicos en espacios estratégicos -incluyendo gobernaciones departamentales, municipalidades, parques y centros comerciales- con una plataforma digital de registro (www.vacuna.gob.gt). El diseño de esta estrategia perseguía dos objetivos fundamentales: optimizar los tiempos de operación en los puestos de vacunación y establecer un sistema ordenado de asignación de citas mediante notificación por mensaje de texto, buscando así efficientizar el proceso de inmunización para estos grupos prioritarios (Gobierno de Guatemala, 2021c).

Como parte de este proceso de registro de la población para la Fase 2, el Ministerio de la Defensa Nacional, indicó que el Ejército de Guatemala ha desplegado personal de diversas Brigadas y Comandos para invitar a la población a registrarse. Las acciones implementadas incluyen perifoneo en áreas de alta concentración de peatones, difusión de información en programas radiales y canales de cable locales, así como la habilitación de más de 300 puestos de registro en centros comerciales, municipalidades y gobernaciones departamentales. Se recuerda que el registro se puede hacer por medio del sitio web o vía telefónica al centro de llamadas 1517 (Gobierno de Guatemala, 2021b).

El Ministerio de la Defensa Nacional reitera que el registro en línea es crucial para mantener un procedimiento ordenado y generar notificaciones sobre el lugar y horario de

vacunación, tanto para la primera como para la segunda dosis (Gobierno de Guatemala, 2021b).

Sumado a esto, la institución destaca que como parte de las acciones del Ejército de Guatemala en el proceso de vacunación contra el COVID-19, se han implementado 30 Brigadas de Vacunación bajo el Área de Misión No. 4, “Cooperación dentro del Ámbito de Gestión de Riesgos”. Estas brigadas, compuestas por 24 elementos del Ejército, incluyendo 8 enfermeros o médicos militares y personal administrativo, están a disposición MSPAS para fortalecer y agilizar la inmunización a nivel departamental (Gobierno de Guatemala, 2021d).

Las brigadas han sido capacitadas según los lineamientos del MSPAS para garantizar la aplicación segura de las vacunas y se encargarán de actividades logísticas como el transporte de vacunas y la seguridad en los centros de vacunación. El despliegue se realizaría en 21 departamentos, mientras que en el departamento de Guatemala, el Servicio de Sanidad Militar ha estado apoyando desde el 12 de abril (Gobierno de Guatemala, 2021d).

Hasta este momento, las acciones descritas por las instituciones vinculadas se refieren a la preparación de la Fase 2 de vacunación, ya que para el mes de abril el país solamente había recibido 608,200 dosis de vacunas.

El 5 de mayo ingresa el primer lote de 50.000 vacunas Sputnik V a Guatemala. El MSPAS destacó que este forma parte de un total de 16 millones de dosis adquiridas por la institución y que este primer envío marca un hito importante en la campaña de vacunación del país, ya que permitirá inmunizar a una gran parte de la población (MSPAS, Guatemala, 2021i).

El MSPAS planteó que han iniciado el proceso de distribución de estas vacunas, priorizando a los trabajadores de salud de primera línea y a las personas mayores de 70 años. Y que la distribución se llevaría a cabo en coordinación con las autoridades locales para asegurar una entrega eficiente y equitativa en todo el país (MSPAS, Guatemala, 2021i).

Hacia finales del mes de mayo, ante la baja asistencia de personas de más de 60 años en los puestos de vacunación, el presidente Alejandro Giammattei hizo un llamado a la población guatemalteca para que se registre y reciba la vacuna contra el COVID-19. Durante una rueda de prensa en el Palacio Nacional de la Cultura, el presidente destacó la importancia de este registro para mantener el orden y priorizar a los grupos más vulnerables. El mandatario indicó que a pesar de los retrasos en la entrega de vacunas por

parte de los distribuidores internacionales, Guatemala contaba con dosis disponibles, pero la falta de registro de la población ha sido un obstáculo (Gobierno de Guatemala, 2021e).

El presidente Giammattei mencionó que en algunos municipios no se ha registrado ninguna persona para la vacunación, lo que podría dificultar la administración de las dosis cuando lleguen al país. Exhortó a la población a acercarse a los quioscos de registro ubicados en plazas comerciales y centros de salud, y anunció que próximamente el registro también se podrá realizar en las agencias bancarias del país (Gobierno de Guatemala, 2021e).

El mandatario informó que el MSPAS tiene la capacidad de operar 548 puestos de vacunación, pero hasta la fecha solo se han utilizado 50 debido a la baja afluencia de personas registradas. Además, adelantó que próximamente se reducirá la edad de las personas convocadas a la vacunación, abarcando el rango de 50 a 59 años (Gobierno de Guatemala, 2021e).

Lo anterior muestra el posicionamiento adoptado por el presidente Alejandro Giammattei en la gestión de la crisis sanitaria, caracterizado por una notable ausencia de priorización en la adquisición de vacunas dentro de su agenda política. Sumado a esto, durante la fase de administración, la narrativa presidencial se orientó a responsabilizar a la población por los bajos índices de vacunación, desplazando así la atención de las deficiencias institucionales en la gestión del proceso hacia la supuesta reticencia ciudadana a participar en la campaña de inmunización. Según las fases de vacunación presentadas en la Tabla 39, los trabajadores del sector educativo (incluyendo funcionarios del Ministerio de Educación y maestros de nivel primario, básico y universitario) estaban inicialmente ubicados en la Fase 3. No obstante, en el mes de junio, debido a presiones de diferentes sectores, se decidió adelantar su vacunación a la Fase 2. Por ejemplo, el 31 de abril, los colegios privados pusieron un recurso de amparo en la Cortes Suprema de Justicia para que se les permita adoptar la modalidad híbrida, con clases presenciales (Prensa Libre, 2021b).

Sin embargo, esta decisión estuvo marcada por la incertidumbre sobre quién se encargaría de inmunizar a este grupo. La ministra de Salud, Amelia Flores, mencionó que existe un convenio con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que será responsable de vacunar a los maestros cuando llegue el momento. Sin embargo, aún no se había definido una estrategia clara para llevar a cabo este proceso. El Ministerio de Educación (Mineduc) reportó que son 250 mil docentes los que deben recibir la vacuna,

aunque el número exacto de maestros del sector privado es incierto debido a la crisis económica generada por la pandemia (Prensa Libre, 2021b).

Los representantes de los docentes tanto del sector privado como público manifestaron confusión ante la falta de claridad sobre el proceso de inscripción y vacunación para ellos (Prensa Libre, 2021b).

Estos acontecimientos evidencian cómo el proceso de vacunación estuvo caracterizado por una significativa opacidad en la gestión pública y un persistente déficit de cumplimiento institucional, elementos que son característicos de regímenes con restricciones democráticas donde la rendición de cuentas y la transparencia se ven sistemáticamente comprometidas.

Al concluir el primer semestre de 2021, el país había recibido aproximadamente 1,229,800 dosis de la vacuna contra la Covid-19. Según los datos de OWD, se habían administrado alrededor de 905.513 dosis, lo que representa el 73.63% de las dosis recibidas. Esto muestra que además del abastecimiento de vacunas, otros factores afectaron el desempeño del país tanto en la dimensión de cobertura, como posteriormente en las de suficiencia y sostenibilidad.

El balance del primer semestre de 2021 revela que Guatemala había recibido un total de 1,229,800 dosis de vacunas contra la COVID-19, de las cuales, según Our World in Data (OWD), se administraron 905,513 dosis, equivalentes al 73.63% del total disponible. Esta brecha entre disponibilidad y administración efectiva que el desempeño del programa de inmunización no estuvo condicionado exclusivamente por las limitaciones en el abastecimiento de vacunas, sino que se vio afectado por factores adicionales que impactaron múltiples dimensiones del proceso: desde la cobertura inicial hasta los posteriores indicadores de suficiencia y sostenibilidad del programa.

Durante el segundo semestre de 2021, la cantidad de comunicados institucionales emitidos por el Gobierno de la República y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) disminuyó significativamente. No obstante, a pesar de los retos que esto plantea, a continuación, se plantean los principales elementos del proceso de vacunación para este período:

El 27 de julio de 2021, en un pronunciamiento oficial, el presidente Alejandro Giammattei anunció la intensificación de las gestiones gubernamentales para la adquisición de vacunas contra la COVID-19. El mandatario enfatizó el establecimiento de negociaciones con diversos laboratorios productores, presentando esta diversificación

como una estrategia para garantizar un flujo sostenido de inmunizantes hacia el país (Gobierno de Guatemala, 2021f).

El presidente Giammattei mencionó que, tras la revisión del acuerdo con Humana Vaccine Ltd, se espera recibir un suministro mensual de hasta ocho millones de dosis de la vacuna Sputnik V hasta finales de año. Además, comunicó que se están llevando a cabo coordinaciones con Johnson & Johnson, Pfizer y Moderna para suplir los ocho millones de dosis que no se entregarán de Sputnik V del contrato original (Gobierno de Guatemala, 2021f).

El 14 de julio de 2021, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) decide avanzar con la Fase 4 del Plan Nacional de Vacunación. Esto a pesar de que no se ha completado la Fase 2, se ha omitido la Fase 3 y el problema de insuficiencia de vacunas persiste. Esta decisión ha generado incertidumbre sobre la provisión de vacunas y la protección de los grupos de mayor riesgo (Prensa Libre, 2021d).

Según el diario Prensa Libre, la Defensoría de la Salud de la Procuraduría de los Derechos Humanos (PDH) sostiene que el Ministerio de Salud ha perdido el control del plan de vacunación. Esto se evidencia en la apertura de una nueva fase de vacunación sin haber completado el registro de la fase anterior. Desde abril, después de la Semana Santa, se ha vacunado a personas que no estaban incluidas en las fases abiertas en ese momento (Prensa Libre, 2021d).

En el contexto de la apertura de una nueva fase de vacunación, el director del Sistema Integral de Atención (SIAS) del Ministerio de Salud, Bernardo Eliú Mazariegos, expuso las restricciones operativas derivadas de la limitada disponibilidad de inmunizantes. El funcionario señaló que esta escasez imposibilitaba la extensión de la cobertura vacunal a la población menor de 40 años, estableciendo un umbral mínimo de 4 millones de dosis como requisito para iniciar la inmunización de este grupo etario. (Prensa Libre, 2021d).

Adrián Chávez, ex viceministro de Salud, señaló que el primer desafío del Ministerio es aumentar la disponibilidad de vacunas. A partir de ahí, se debe promover el registro de toda la población, especialmente en las áreas rurales, donde la vacunación ha sido escasa debido al limitado acceso a tecnología. Esto ha sido una barrera para convocar a los adultos mayores a los centros de vacunación. Además, afirma que la difusión y las campañas con pertinencia cultural dirigidas a la población indígena, que constituye la mayoría en el país, han sido insuficientes (Prensa Libre, 2021d).

Lo anterior reitera que la falta de capacidad del gobierno de Guatemala para garantizar vacunas suficientes y en tiempo, así como una arquitectura de la política de inmunización caracterizada por la priorización de espacios centralizados y urbanos para la provisión del servicio, se convirtieron en factores que afectaron los indicadores alcanzados por el país en su política de vacunación. Desde el mes de agosto, todas las fases del “Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19” están activas, sin haber completado alguna fase previa. Además, durante este mes se registró el mayor número de casos de COVID-19 de la segunda ola del virus en Guatemala, la cual se extendió desde enero hasta diciembre de 2021. A partir de este momento se irán ampliando los grupos etarios de la Fase 4 que pueden registrarse para recibir la vacuna (MSPAS, Guatemala, 2021j).

Las secuelas de la segunda ola del virus, especialmente durante el mes de agosto, pusieron sobre la mesa el tema de la desigualdad en el acceso a las vacunas, un tema que será recurrente en todo este proceso. Recibir la vacuna contra la Covid-19 tuvo serias limitaciones para quienes residen en las zonas rurales. El proceso de inscripción requería acceso a internet y conocimientos en el manejo de plataformas digitales para ingresar información personal, lo cual pudo ser un obstáculo. Una vez superada esta etapa, la disponibilidad de vacunas en los centros locales fue limitada (Diálogos A.C., 2021).

Sumado a esto, la distribución de las dosis se vio afectada por la geografía del terreno y los caminos inaccesibles que caracterizan a las comunidades rurales. Además, los sitios designados para la vacunación frecuentemente carecen de las condiciones adecuadas y del personal necesario para llevar a cabo la vacunación eficientemente (Diálogos A.C., 2021). Como se ha indicado, esto responde a una arquitectura de la política de inmunización caracterizada por la priorización de espacios centralizados y urbanos.

Datos al 15 de agosto, evidencian que solo el 7% de la población vacunada pertenecía a alguna comunidad etnolingüística maya, lo que refleja una significativa disparidad en el acceso a la vacuna para una población de más de 6 millones de personas. La población que se autoidentifica como xinka presenta la menor proporción de vacunados, con apenas un 3% (Diálogos A.C., 2021, p. 2)

El 11 de setiembre de 2021, el MSPAS anunció la puesta en marcha de brigadas móviles de vacunación, como parte de la intensificación “Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19”. De acuerdo con la institución, estas realizarían la inmunización de puerta en puerta, pero además instalarían una unidad móvil para la realización de pruebas

de detección de casos, así como el registro para vacunación. (MSPAS, Guatemala, 2021j). Este es un cambio que se incluye en la estrategia a partir del último trimestre del año 2021.

Sumado a esto, durante el mes de setiembre, el MSPAS comunica que ha habilitado varios puestos de vacunación en el área metropolitana, que funcionarían los días 25 y 26 de septiembre. Estos centros estarían disponibles en diferentes ubicaciones para facilitar el acceso a la vacunación contra el COVID-19. La iniciativa buscaba aumentar la cobertura de vacunación y proteger a la población contra el virus (Prensa Libre, 2021e).

Algunos de los tipos de centros de vacunación y lugares en los que están ubicados son los siguientes (Prensa Libre, 2021e):

Centros Peatonales, con horario de 8:00 a.m.- 2:00 p.m.:

- Parque Erick Barrondo, 28 avenida, colonia Ciudad de Plata II, zona 7.
- Polideportivo Gerona, 15 avenida y 14 calle, zona 1.
- Centro Universitario Metropolitano (CUM), 9 avenida 9-45, zona 11.
- Centro Especial Alida España, 14 calle 0-28, zona 3.
- Salón Municipal de Lavarreda, 13 avenida 4-85 colonia Lavarreda, zona 18.
- Colegios Profesionales, 0 calle 15-46 colonia el Maestro, zona 15.
- Ministerios Ebenezer, 13 avenida 27-59, zona 5.
- Plaza San Rafael, kilómetro 7.5 carretera al Atlántico, zona 18.
- Colom Argueta, salón comunal Manuel Colom Argueta, 6 avenida 10-85, zona 2, Hipódromo del Norte.
- Centra Norte, kilómetro 8.5 carretera al Atlántico, zona 17.
- La Labor, 26 avenida 24-09 colonia.
- La Labor, zona 5/
- Cantón El Porvenir, Canalitos, zona 24.

Centros Peatonales con horarios ampliados:

- Guardia de Honor, 6 avenida 1-50, zona 10, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m.
- Escuela de Formación de la Policía Nacional Civil, 21 avenida, 12-17 zona 6, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.

Centros comerciales (peatonal) de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.:

- Oakland Mall, Diagonal 6, 13-01 zona 10
- Portales, ruta al Atlántico km 4.5, 3-20 zona 17

- Miraflores, 21 avenida 4-32 zona 11
- Pradera, 20 calle 25-85 zona 10

Atención vehicular, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.:

- Universidad Rafael Landívar, campus central, Vista Hermosa III, zona 16.
- Cayalá, Explanada Cardales, zona 16.
- Universidad de San Carlos de Guatemala, ciudad universitaria, zona 12.
- Campo Marte, 32 calle final, 15 avenida, zona 5. De 7:00 p.m. a 12:00 a.m.

Atención vehicular y peatonal

- Mariscal Zavala, kilómetro 5.5 ruta al Atlántico, zona 17. De 7:00 p.m. a 12:00 a.m.:
- Parque Central, frente al Palacio Nacional de la Cultura, zona 1. De 8:00 a.m. a 4:00 p.m.

Lo anterior es solamente un ejemplo de algunos de los centros de vacunación masivos habilitados por el MSPAS, sin embargo, para un estudio exhaustivo de los puestos de vacunación, es preciso consultar el Atlas de la Vacunación Contra COVID-19 en Guatemala elaborado por Laboratorio de Datos GT.

El 30 de septiembre, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) anunció la apertura del registro de vacunación contra el coronavirus para personas de 12 años en adelante, comprendidos en la Fase 4. Para este momento, todos los grupos etarios contemplados en la Fase 4, podrían registrarse para recibir la vacuna (Prensa Libre, 2021f).

El 5 de octubre de 2021, un grupo de antivacunas secuestró a dos brigadas de vacunación móviles durante más de siete horas en una aldea del norte del país. Los residentes, que sumaban alrededor de 500 personas, bloquearon una carretera y destruyeron los vehículos y las dosis de vacunas que transportaban las brigadas. El personal de salud fue agredido verbal y físicamente, y las autoridades creen que la desinformación en redes sociales sobre la vacunación fue la causa principal del incidente. Finalmente, la policía logró negociar la liberación de los trabajadores de salud (BBC News, 2021). Es importante destacar que no se tiene evidencia de que este tipo de eventos fueran constantes, sin embargo, es pertinente considerarlo como parte de futuros trabajos que aborden de manera específica la vacunación en zonas rurales y comunidades indígenas.

Por otro lado, también en el mes de octubre, se evidencia una alta demanda de personas que buscan vacunarse en los centros de vacunación administrados por el Ejército

de Guatemala. El personal militar fue capacitado para manejar el aumento en la afluencia y asegurar que todos los protocolos sanitarios se cumplan adecuadamente. Esto incluye la implementación de medidas adicionales para agilizar el proceso de vacunación y reducir los tiempos de espera. Entre estas medidas se encuentran la organización de filas, la distribución de información clara y precisa a los asistentes, y la coordinación con otras entidades de salud para asegurar un flujo constante de vacunas (Diario de Centro América, 2021).

Esta situación contrasta con la noticia sobre el secuestro de la brigada de vacunación mencionada previamente y representa una evidencia sobre la complejidad de abordar fenómeno de la resistencia a la vacunación en este país.

Durante el mes de noviembre, no se presentan cambios significativos en las acciones para la implementación del plan de vacunación. El MSPAS reitera la articulación entre actores, como por ejemplo el Ejército de Guatemala y el sector privado, para llevar la vacunación a las zonas rurales (MSPAS, Guatemala, 2021k).

Mediante un comunicado de prensa se informa que la Dirección de Área de Salud de Escuintla, departamento ubicado en el centro-sur del país, llevó a cabo una jornada de vacunación móvil en La Ceiba Santa Amelia. De acuerdo con el MSPAS, el objetivo de esta iniciativa es acercar la vacuna contra el COVID-19 a las personas que viven en áreas alejadas del casco urbano. La Ceiba Santa Amelia es la primera de más de 40 comunidades en varios municipios del Departamento de Escuintla que serán visitadas próximamente, con el propósito de inmunizar a aproximadamente 7,000 habitantes (MSPAS, Guatemala, 2021k).

Según la institución, estas jornadas de vacunación están organizadas con el apoyo de miembros y líderes comunitarios, quienes ayudan en la promoción y divulgación de la importancia de acudir a los puestos de vacunación para protegerse contra esta enfermedad (MSPAS, Guatemala, 2021k). En esta misma línea, el 24 de noviembre, el Gobierno de la República, destaca que en el marco de las acciones implementadas por el Presidente de la República, Dr. Alejandro Giammattei, y el Ministro de Salud, Dr. Francisco Coma, las 29 áreas de salud del país han desarrollado diversas estrategias para informar a la población sobre el COVID-19 y los beneficios de la vacunación (Gobierno de Guatemala, 2021g).

De acuerdo con las autoridades, el objetivo de estas acciones es mejorar los índices de cobertura en los departamentos para prevenir casos graves y muertes por SARS-CoV-2, en el marco de la intensificación del Plan Nacional de Vacunación contra COVID-19.

Entre las acciones descritas se encuentran la coordinación y comunicación con líderes comunitarios locales, así como las gestiones con el Centro de Operaciones de Emergencia Municipal (COE), Consejo Municipal de Desarrollo (COMUDE) y Consejo Departamental de Desarrollo (CODEDE). Además, se ha buscado el apoyo de medios de comunicación locales para promover la vacunación a través de spots radiales y mensajes televisivos en diferentes idiomas, especialmente en áreas rurales (Gobierno de Guatemala, 2021g). También, el Gobierno subraya que, además de estas acciones de promoción, se han llevado las vacunas a las comunidades más remotas y de difícil acceso mediante jornadas de vacunación casa por casa, barridos y mini concentraciones, con el apoyo del Ejército de Guatemala, personal municipal y otras entidades locales. Y que se han habilitado nuevos puestos de vacunación en establecimientos del primer nivel de atención y de la iniciativa privada. Estos puestos, según su capacidad y ubicación, han ampliado su horario en áreas urbanas y rurales, priorizando las comunidades más necesitadas e involucrando a líderes comunitarios, maestros y padres de familia (Gobierno de Guatemala, 2021g).

Tal y como se indicó anteriormente, las estrategias de vacunación específicas para regiones alejadas de la capital, es un cambio en la arquitectura de la política que se introduce a partir del último trimestre del año 2021.

En diciembre, las autoridades competentes destacan que el país dispone de suficientes vacunas. Cabe mencionar que este fue el mes en el que Guatemala ha recibido la mayor cantidad de dosis de vacunas.

Las deficiencias en la gestión del proceso de vacunación tuvieron repercusiones significativas para Guatemala y su población, manifestándose en una doble problemática: por un lado, el retraso en la recepción de inmunizantes y, por otro, la inadecuada sincronización entre los volúmenes de entrega y los ciclos de demanda, que resultó en una sobresaturación de disponibilidad durante períodos de baja actividad vacunal (Maldonado et al., 2023, p. 40).

Esta asimetría se vio exacerbada por factores estructurales propios de la administración pública guatemalteca: la desalineación entre el cronograma de entregas y el ciclo presupuestario anual, así como la tradicional desaceleración de las actividades del sector público durante el período de festividades de fin de año, que típicamente se extiende hasta mediados de enero. La convergencia de estos elementos resultó en la acumulación de millones de dosis sin administrar, evidenciando las consecuencias de una

planificación que no contempló adecuadamente las particularidades operativas y culturales del contexto institucional (Maldonado et al., 2023, p. 40).

El 1 de diciembre de 2021, mediante el título “Vacunas Covid-19 hay, ¡Pon tu brazo!, el MSPAS reitera que el país dispone de suficientes vacunas para inmunizar a su población, gracias a las gestiones del Presidente de la República, Dr. Alejandro Giammattei, y del Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Dr. Francisco Coma. La institución subraya que, para asegurar la eficacia de las vacunas, es fundamental conocer las características de cada una de las que se están utilizando en los puestos de vacunación a nivel nacional, así como el intervalo que debe cumplirse entre cada dosis. Finalmente, las autoridades destacan el siguiente lema: “¡Las vacunas son seguras y eficaces! Por ti y por los que amas, Vacúnate”. (MSPAS, Guatemala, 2021l).

Seguidamente, el 6 de diciembre de 2021, el MSPAS comunica que ha comenzado a administrar dosis de refuerzo contra el COVID-19 y que hasta el momento ha suministrado 1.160 dosis. Las áreas de salud de Guatemala Central, Santa Rosa, Quiché, Baja Verapaz y Zacapa son las que han registrado el mayor número de aplicaciones (MSPAS, Guatemala, 2021m).

Inicialmente, el MSPAS priorizó la vacunación de refuerzo para el personal de salud de primera línea, cuerpos de socorro, trabajadores de funerarias, empleados de instituciones para adultos mayores, personas mayores de 60 años, población mayor de 18 años con factores de riesgo de inmunosupresión (enfermedades crónicas) y población de 12 a 17 años con factores de riesgo de inmunosupresión (MSPAS, Guatemala, 2021m).

Para recibir la dosis de refuerzo, las personas debían haber completado su esquema de vacunación con Pfizer, AstraZeneca, Sputnik o Moderna hace al menos 6 meses. El MSPAS asegura que dispone de suficientes vacunas contra el COVID-19 para suministrar tanto las dosis de refuerzo a la población priorizada como las primeras y segundas dosis (MSPAS, Guatemala, 2021m).

Además de administrar las dosis de refuerzo, las instituciones competentes continúan comunicando las acciones de intensificación para aumentar los índices de vacunación contra el COVID-19. Durante el mes de diciembre, se están llevando a cabo jornadas de inmunización en centros educativos, como la Escuela Mixta La Playa en Tucurú, Alta Verapaz (Gobierno de Guatemala, 2021i).

El Gobierno de Guatemala informa que ha implementado esta estrategia en los 19 distritos de salud que conforman el Área de Salud de Alta Verapaz, con el objetivo de vacunar a 34,673 jóvenes en todo el departamento. Y que estas jornadas de vacunación

también se están realizando simultáneamente en otros municipios, como Senahú, Panzós y Chahal, entre otros (Gobierno de Guatemala, 2021i).

Finalmente, en diciembre de 2021, la última acción destacada del proceso de vacunación fue la priorización de determinados municipios para la vacunación. El MSPAS comunica la implementación de una estrategia intersectorial con el Ministerio de Educación, el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de la Defensa. Esta colaboración busca inmunizar a la población de 12 años en adelante en 50 municipios priorizados, seleccionados según criterios de distancia y baja cobertura (Gobierno de Guatemala, 2021h).

Esta estrategia comenzó el 10 de diciembre y finalizará el 19 de diciembre. Algunos de los departamentos involucrados son Alta Verapaz, Chimaltenango, Chiquimula, Huehuetenango, San Marcos, Quiché, Sololá, Totonicapán, Jalapa y Quetzaltenango (Gobierno de Guatemala, 2021h).

Las jornadas de vacunación se llevarán a cabo en las Escuelas Distritales, con el objetivo de realizarlas en lugares de fácil acceso para la población y aumentar la afluencia de personas, beneficiando a aquellos que no han completado su esquema de vacunación o que aún no han recibido su primera dosis (Gobierno de Guatemala, 2021h). La concentración de entregas masivas durante el cuarto trimestre de 2021 evidenció las limitadas capacidades estatales de Guatemala para administrar la vacuna contra la Covid-19 así como las implicaciones del rol asumido por sus representantes políticos. La recepción de dos donaciones consecutivas de 2 millones de dosis cada una por parte de Estados Unidos -totalizando 4 millones de dosis de Moderna-, coincidió temporalmente con la llegada de volúmenes significativos de vacunas Sputnik V. Esta convergencia en la recepción de inmunizantes superó la capacidad instalada del sistema para su administración efectiva, derivando en el posterior vencimiento de un número considerable de dosis, lo que reveló las deficiencias estructurales en la planificación y gestión logística del programa de vacunación.

El análisis de la gestión de vacunación durante 2022 revela una notable disminución en la intensidad y frecuencia de la comunicación institucional sobre el proceso de inmunización. No obstante, durante este período se implementaron diversas medidas operativas, entre las que destacan:

- Nueva estrategia de vacunación denominada “Qué chilero vacunarse”. Esta estrategia comenzó el 18 de enero del presente año en el Departamento de Santa Rosa, donde más de 290 personas acudieron al parque central de Nueva Santa Rosa para recibir la

vacuna contra el COVID-19. Se espera que la estrategia concluya el 5 de febrero en Retalhuleu. Hasta la fecha, se han visitado tres puntos focales, beneficiando a los departamentos de Chimaltenango, Sacatepéquez y Santa Rosa. Además, se tiene previsto visitar Nueva Concepción, en Escuintla, el 27 de enero (MSPAS, Guatemala, 2022b).

- Se continúa con puntos de vacunación en centros educativos (MSPAS, Guatemala, 2022a)
- A partir de marzo de 2022 se inicia la inmunización pediátrica haciendo uso de la vacuna Moderna (MSPAS, Guatemala, 2022c)
- En el mes de abril se inicia la aplicación de la cuarta dosis para todo el personal sanitario, personas de 50 años en adelante sin excepciones y población de 12 años en adelante con enfermedades crónicas o inmunosupresión. Debe haber transcurrido 4 meses de la aplicación de la tercera dosis para la aplicación de la cuarta dosis (MSPAS, Guatemala, 2022d).
- Campañas publicitarias en medios tradicionales y no convencionales para incentivar a la población a acercarse a los puestos de vacunación y así iniciar o completar sus esquemas de vacunación. Entre las acciones de comunicación se incluyen anuncios en televisión nacional y canales locales departamentales, noticieros nocturnos, activaciones alrededor de los centros de vacunación, publicidad en medios digitales y perifoneo en los idiomas locales (MSPAS, Guatemala, 2022e).
- “Salud Sobre Ruedas”: esta estrategia se implementa con el propósito de fortalecer y acercar los servicios de prevención primaria mediante brigadas móviles en las áreas priorizadas de Alta Verapaz, que presentaban bajas tasas de vacunación contra el COVID-19. Entre el 1 de julio y el 31 de octubre de 2022, se aplicaron 14,102 vacunas del esquema regular a niños de 0 a 5 años; 347 dosis fueron administradas a adolescentes para inmunizarlos contra el VPH, y 8,511 dosis de la vacuna contra el COVID-19, de las cuales 391 se destinaron a mujeres embarazadas. La estrategia se implementó en 188 comunidades priorizadas dentro de 15 Distritos Municipales de Salud, todas ellas caracterizadas por su difícil acceso. Y para su ejecución el MSPAS coordinó con Organización Panamericana de la Salud (OPS) (MSPAS, Guatemala, 2022f).

No obstante, la implementación de las estrategias descritas, Guatemala exhibió durante 2022 una persistente deficiencia en los indicadores de desempeño de su política

de vacunación. Esta tendencia alcanzó su expresión más crítica durante el primer semestre del año, cuando se registró el vencimiento de 7,783,144 dosis de vacunas, evidenciando que las medidas correctivas adoptadas resultaron insuficientes para superar las limitaciones estructurales que caracterizaron el proceso de inmunización desde su inicio.

El análisis de la implementación del plan de vacunación en Guatemala revela un proceso caracterizado por desafíos institucionales y políticos que condicionaron significativamente su desempeño. La fase inicial, marcada por una severa limitación en la disponibilidad de vacunas durante el primer semestre de 2021, evidenció no solo las limitadas capacidades del país para asegurar un suministro adecuado de inmunizantes, sino también el impacto del rol jugado por sus líderes políticos.

La estrategia de implementación mostró una provisión del servicio centralizado y urbano, replicando patrones de inequidad territorial observados previamente en otras intervenciones sanitarias. Esta característica se manifestó particularmente en la distribución geográfica de los centros de vacunación, que priorizaron inicialmente el área metropolitana, generando barreras significativas de acceso para las poblaciones rurales e indígenas. La evidencia de que solo el 7% de la población vacunada pertenecía a comunidades etnolingüísticas mayas subraya la profundidad de estas disparidades.

El rol del liderazgo político, particularmente del presidente Giammattei, resultó crítico en la configuración de la respuesta institucional. La narrativa presidencial experimentó una notable evolución, transitando desde la inicial falta de priorización en la adquisición de vacunas hasta la posterior tendencia a responsabilizar a la población por los bajos índices de vacunación, desviando la atención de las deficiencias estructurales del proceso.

El último trimestre de 2021 expuso las limitaciones en la capacidad estatal para gestionar eficientemente grandes volúmenes de vacunas. La convergencia de donaciones significativas con las entregas pendientes de Sputnik V generó una sobresaturación que, combinada con la desaceleración administrativa típica de fin de año, resultó en la pérdida de millones de dosis. Este desenlace evidencia cómo la ausencia de una planificación integral, que considerara las particularidades operativas y culturales del contexto institucional, comprometió los resultados del programa.

Para 2022, aunque se observaron estrategias innovadoras como 'Qué chilero vacunarse' y 'Salud Sobre Ruedas', llegaron en una etapa tardía del proceso, cuando ya se habían consolidado patrones en los indicadores de desempeño del proceso de vacunación.

¿Cómo explicar el desempeño de vacunación en Guatemala?

La posición de Guatemala como el país con el desempeño más deficiente de la región en los indicadores de cobertura, suficiencia y equidad del proceso de vacunación, requiere un análisis multinivel que integre diversos factores causales. Esta comprensión debe articular tres dimensiones fundamentales: las condiciones estructurales históricas, las características institucionales (a nivel del ente rector y principal proveedor de servicios de salud en Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social) y los elementos coyunturales que emergieron durante la crisis sanitaria. La intersección de estas dimensiones debe, además, contextualizarse en un marco más amplio que considere tanto la dinámica global de acceso a vacunas (Laboratorio de Datos GT, 2022, p. 10).

Esta investigación complementa el trabajo del Laboratorio de Datos GT, en el cual se identifican los factores y situaciones del sistema de salud y sus políticas que se han convertido en barreras para el acceso a la vacunación contra la COVID-19. Además, ha demostrado que algunas de estas barreras fueron generadas por las propias instituciones responsables de garantizar la vacunación de toda la población, como el gobierno nacional y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Laboratorio de Datos GT, 2022, p. 11).

Como se ha indicado anteriormente, dentro de los factores explicativos para la comprensión del proceso de vacunación, se destacan aquellos de carácter sectorial. Específicamente el papel de los legados de la política, la capacidad estatal y la arquitectura de política resultante. En el caso de Guatemala, factores del propio sistema de salud, así como la configuración de política de vacunación, que pasa por la adquisición de la vacuna o el diseño e implementación del plan, explican los resultados de la vacunación en términos de cobertura, suficiencia y equidad.

El análisis del proceso de vacunación en Guatemala revela la centralidad de los factores sectoriales como elementos determinantes de sus resultados. La confluencia de tres componentes fundamentales configura el marco explicativo de este proceso: los legados de la política sanitaria, las capacidades administrativas del Estado, y la arquitectura específica de la política de inmunización. La interacción de estos elementos responde a condiciones estructurales del sistema de salud guatemalteco permiten comprender los niveles alcanzados en las dimensiones de cobertura, suficiencia y equidad del programa de vacunación.

Según el Laboratorio de Datos GT (2022), en el contexto de la responsabilidad institucional del MSPAS en la vacunación contra la COVID-19, tanto como ente rector de la salud como principal proveedor de servicios de salud a la población, se identificaron tres áreas de acción fundamentales. Estas áreas eran esenciales para asegurar una cobertura poblacional adecuada (mínimo 70% de la población total vacunada) para junio de 2022 y para garantizar que la vacunación se realizara de manera equitativa entre la población:

- Asegurar el acceso oportuno y suficiente a vacunas seguras y eficaces.
- Diseñar un plan de vacunación que oriente efectivamente las acciones de todos los involucrados, evitando la inequidad de acceso desde su concepción.
- Implementar la vacunación de manera eficaz y eficiente, asegurando la equidad en la distribución y el acceso a la cobertura con una dosis, así como para completar esquemas y vacunas de refuerzo.

En cuanto al peso de los legados de políticas de salud pública, la pandemia ha expuesto las debilidades históricas y estructurales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). En 2013, el Congreso eliminó el Programa de Extensión de Cobertura, que había proporcionado servicios de salud en áreas rurales durante 15 años. Desde entonces, el MSPAS no ha fortalecido su institucionalidad ni asegurado el acceso universal a los servicios de salud, y ha sido capturado por intereses empresariales y políticos. A pesar de dos años y medio de pandemia y un año y medio de vacunación, la capacidad institucional del MSPAS no ha mejorado (Laboratorio de Datos GT, 2022, p. 43).

De acuerdo con la comparación regional expuesta en el primer capítulo, Guatemala fue el país con la menor calificación en términos de capacidad administrativa. Lo cual se ve reflejado en la poca capacidad demostrada para asegurar el acceso oportuno y suficiente de vacunas. El rastreo de procesos realizado en la presente investigación, evidencia que, en una primera etapa, Guatemala optó por negociar y comprar vacunas exclusivamente a través de COVAX, mientras que otros países de la región realizaron negociaciones bilaterales con farmacéuticas para adquirir más vacunas y acelerar sus procesos de vacunación. En octubre de 2020, se supo que estos países, además de participar en COVAX, habían negociado bilateralmente para obtener más del 20% de las dosis asignadas por dicho mecanismo. En contraste, Guatemala no inició negociaciones bilaterales hasta 2021, firmando su primer y único contrato el 5 de abril para adquirir 16

millones de dosis de Sputnik V, con un plazo de entrega de seis meses (hasta el 5 de octubre de 2021).

Lo anterior tuvo como consecuencia, una alta dependencia de las vacunas donadas por otros países así como una situación de incertidumbre en torno a la disponibilidad de las vacunas en el país. Esto a su vez implicó una falta de control sobre el cronograma de entrega de vacunas. En el caso del contrato para la vacuna Sputnik, no se incluyó un cronograma de entregas en las cláusulas, lo que impidió monitorear y verificar el cumplimiento. Esto resultó en una insuficiencia de vacunas en los momentos más críticos para intensificar la vacunación (de junio a noviembre), cuando la población mostraba mayor interés debido a la ola pandémica de la variante Delta. Además, la renegociación del contrato original permitió a la empresa rusa extender el tiempo de entrega, evitando así el incumplimiento, pero perjudicando el proceso de vacunación en el país de diversas maneras (Laboratorio de Datos GT, 2022, p. 25).

El diseño e implementación del plan de vacunación también presenta características que explican los resultados obtenidos, especialmente en términos de la provisión del servicio²⁴:

- Se delegó a las áreas de salud la responsabilidad de instrumentar la operatividad de los Centros de Vacunación, sin dotarles de los recursos necesarios para aspectos como recursos humanos adicionales, equipo, transporte, viáticos, entre otros.
- El modelo de vacunación para la COVID-19 fue único en un inicio, y se basó en la instalación de centros de vacunación en las áreas urbanas del país, principalmente en la ciudad capital, otras ciudades secundarias y las cabeceras municipales. Además, con una disponibilidad horaria restringida. No es hasta finales del año 2021 cuando se empiezan a implementar estrategias específicas para regiones alejadas de la capital.
- El plan de vacunación no especifica una meta mínima nacional, aunque sí establece un plazo de 6 meses para vacunar a la mayoría de los grupos prioritarios mayores de 18 años. A medida que avanzaba el proceso, las fases establecidas se fueron diluyendo, lo que resultó en la progresión a nuevas fases sin claridad sobre los resultados de las anteriores.

²⁴ En análisis del diseño e implementación del plan de vacunación ha sido contrastado con el balance realizado por el Laboratorio de Datos GT en Vacunación COVID-19 y poblaciones vulnerables: Desigualdad y barreras institucionales (MSPAS) de acceso a la vacunación

- Según el plan, la población debía registrarse a través de una herramienta en línea creada por el MSPAS y esperar una cita para la vacunación, que se notificaba por mensaje de texto al número de celular registrado. El proceso asumía que toda la población tenía acceso a internet, habilidades digitales, conocimiento del idioma español y dispositivos móviles o computadoras.

Sumado a los factores de la dimensión sectorial en el caso de Guatemala, es necesario incluir el efecto de las características del régimen y el papel de los liderazgos en el proceso de vacunación.

Las instituciones democráticas en Guatemala son relativamente jóvenes, ya que su consolidación comenzó tras los Acuerdos de Paz en la década de 1990. Esto significa que aún están en proceso de desarrollo y fortalecimiento, lo que las hace más susceptibles a crisis de legitimidad y a la influencia de prácticas políticas tradicionales que no favorecen la transparencia y la rendición de cuentas (Venegas Tobar, 2022, p. 103).

Uno de los principales obstáculos para la consolidación de la democracia en Guatemala es la corrupción. Las instituciones a menudo están permeadas por prácticas de clientelismo y corrupción, lo que socava la confianza pública en el sistema político. Esto se traduce en una percepción negativa de la política y en un desencanto generalizado hacia las instituciones democráticas, lo que puede llevar a la población a preferir alternativas autoritarias (Venegas Tobar, 2022, p. 98).

La falta de transparencia y la percepción de que las instituciones no cumplen con su deber de proteger los derechos de la población generan desconfianza en el Estado. Esto se ve reflejado en la baja participación electoral y en el ausentismo en las urnas, lo que a su vez debilita la legitimidad del sistema democrático (Venegas Tobar, 2022, p. 103).

En el contexto del impacto causado por la pandemia, tanto antes de la adquisición de la vacuna como durante la implementación de la política de vacunación, la falta de transparencia y los casos de corrupción fueron constantes en Guatemala. Entre 2021 y 2022, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), una institución clave, estuvo dirigido por tres personas diferentes, dos de las cuales dejaron sus cargos en medio de cuestionamientos técnicos y éticos.

La relación entre la confianza política y la vacunación durante la pandemia de COVID-19 es compleja y varía según el contexto. Sin embargo, estudios recientes han demostrado que la confianza en las autoridades de salud pública tiene una correlación más fuerte con la aceptación de la vacunación en comparación con la confianza en el

gobierno. Esto sugiere que cuando los ciudadanos confían en las instituciones de salud, es más probable que se vacunen (Devine et al., 2024, p. 657).

Además, la confianza política puede influir en la percepción del riesgo y la seriedad de la pandemia. Si los ciudadanos confían en que las instituciones tienen la capacidad de manejar la crisis, pueden sentirse menos ansiosos y más dispuestos a seguir las recomendaciones de vacunación (Devine et al., 2024, p. 662).

Sin embargo, también hay otros casos de la región que comparten características en términos de régimen político con Guatemala, pero que tuvieron resultados muy distintos, como es el caso de el Salvador. Por lo tanto, otro factor importante de considerar es el papel de los liderazgos políticos.

Desde muy temprano, una vez iniciada la pandemia, el Presidente de Guatemala, Alejandro Giammattei, evidenció no tener incentivos para la atención de la situación sanitaria pero además jugó un rol negativo como principal representante político del país. Durante el año 2020, cuando no se contaba con la vacuna, Giammattei responsabilizó a la población de situaciones como el aumento de contagios, lo que implicó incluso denuncias por parte de la sociedad civil (Prensa Libre, 2020c). También, en el proceso de vacunación, acusó a la ciudadanía por no asistir a los puestos de vacunación.

Sumado a esto, no movilizó los recursos, económicos e institucionales necesarios para acciones básicas como la adquisición de las vacunas, ya que, a pesar de contar con el presupuesto para la compra, el Gobierno le apostó al mecanismo COVAX, gestionó un contrato bilateral irregular y terminó dependiendo de la donación de vacunas. Además, tanto Giammattei como altos jerarcas del Poder Ejecutivo, como por ejemplo la Ministra de Salud, Amelia Flores, han sido denunciados por contrataciones de obra pública y servicios en el contexto de la pandemia (Prensa Libre, 2023).

La experiencia de Guatemala durante la pandemia evidencia cómo el estilo de liderazgo ejercido por el presidente Giammattei constituyó un factor que agudizó las vulnerabilidades preexistentes del sistema sanitario en lugar de mitigarlas. Su gestión durante esta crisis no solo pone en riesgo la confianza ciudadana en las instituciones, sino que también comprometió la eficacia en la administración de recursos técnicos y económicos destinados al manejo de la emergencia sanitaria. Este desempeño ilustra cómo, en contextos de shock, el rol del liderazgo político puede amplificar las deficiencias estructurales del sistema de salud en lugar de contribuir a su superación.

Honduras: una política de vacunación en medio de elecciones nacionales

Honduras fue el último país de la región en iniciar la administración de la vacuna contra la Covid-19. Junto con Guatemala, registró los indicadores más bajos en términos de cobertura, suficiencia y sostenibilidad del proceso de vacunación. Sin embargo, es importante destacar que, durante el año 2022, se observó una mejoría en el desempeño en la dimensión de sostenibilidad.

El virus llegó a un país con grandes desigualdades sociales y un alto grado de inestabilidad política, lo que lo hace especialmente vulnerable para reaccionar de manera efectiva ante la contingencia (Barrachina Lisón, 2020, p. 202).

En cuanto a las fuentes de información, este caso presenta grandes desafíos para la reconstrucción del proceso debido a la limitada información proporcionada por las instituciones públicas. Además, el cambio de gobierno a principios de 2022 complicó aún más el seguimiento de la información entre administraciones. No obstante, gracias a la diversidad de fuentes utilizadas, fue posible rastrear los principales elementos que caracterizan y explican el proceso de vacunación en este país.

Fragilidad institucional y corrupción como antecedentes de la política de vacunación

Honduras, al igual que otros países de la región, implementó una serie de medidas para contener la propagación del COVID-19 desde inicios de 2020. El 21 de enero de 2020, la Secretaría de Salud de Honduras, en respuesta a la alerta emitida por la Organización Panamericana de la Salud sobre los casos de Coronavirus en Asia y Estados Unidos, activa un plan de vigilancia epidemiológica en todos los puestos fronterizos y aeropuertos del país, acompañado de medidas de prevención y control para evitar la entrada de la enfermedad. Además, se establece un sistema de comunicación para reforzar la vigilancia y dar seguimiento a los pasajeros provenientes de zonas de riesgo. La Secretaría de Salud pide a la población seguir medidas de prevención e higiene, como el lavado de manos, evitar saludos de beso y mano, y no tocarse la cara sin haberse lavado las manos (Secretaría de Salud, Honduras, 2020a).

Sin embargo, estas acciones se desarrollaron en un contexto de marcada fragilidad institucional. El país atravesaba una profunda crisis política y social que se remontaba al golpe de Estado de 2009 y se había agudizado tras la controversial reelección de Juan Orlando Hernández en 2017. La desconfianza hacia las instituciones se vio exacerbada

por su incapacidad para combatir la corrupción y el narcotráfico, problemas que involucraban a representantes del partido gobernante. Esta debilidad institucional tendría importantes repercusiones en la gestión de la pandemia, como lo evidenciarían posteriormente las investigaciones del Consejo Nacional Anticorrupción sobre el mal manejo de fondos destinados a la emergencia sanitaria.

La confirmación de los primeros casos de COVID-19 el 10 de marzo de 2020 marcó el inicio de una serie de medidas más estrictas, que incluyeron restricciones a la movilidad y prohibiciones de actividades que pudieran generar aglomeraciones. No obstante, la implementación de estas medidas se vería comprometida por la corrupción sistémica, ejemplificada en casos como la compra irregular de hospitales móviles y equipo médico, que limitarían significativamente la capacidad del país para responder adecuadamente a la crisis sanitaria.

El 10 de febrero de 2020, el Gobierno de la República de Honduras, a través de la Secretaría de Salud, declaró emergencia por Dengue y Coronavirus, aprobando un presupuesto de 110 millones de lempiras. La Secretaría de Salud confirma que se ha establecido un plan con protocolos del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés) para gestionar el COVID-19. Además reitera que cuentan con la capacidad técnica y de laboratorio para confirmar o descartar casos sospechosos (Secretaría de Salud, Honduras, 2020b).

Sumado a esto, la institución señala que para la fecha no se registran casos de Coronavirus en el país, por lo que se implementará la Fase 1 del plan de emergencia, con un valor de 45 millones de lempiras, que incluye la preparación para responder ante posibles casos, la capacitación del personal de salud y la adecuación de espacios aislados para pacientes sospechosos. (Secretaría de Salud, Honduras, 2020b). La Secretaría de Salud comunica que la doctora Roxana Araujo, especialista en epidemiología, será la vocera oficial de la Secretaría de Salud para informar sobre el COVID-19. Y que se han habilitado espacios especiales aislados para la atención de pacientes sospechosos (Secretaría de Salud, Honduras, 2020b).

Dentro de las acciones que forman parte de la Fase 1 del plan se destacan las siguientes (Secretaría de Salud, Honduras, 2020b):

- Activación del Comité de Emergencia de Salud.
- Capacitación del personal de salud para detectar y responder al COVID-19.
- Adecuación de instalaciones físicas especiales y aisladas para pacientes sospechosos.

- Abastecimiento de insumos necesarios para enfrentar el dengue y el Coronavirus.

El caso hondureño, similar al guatemalteco, demuestra que la capacidad del Estado para movilizar recursos financieros durante la emergencia sanitaria no se tradujo necesariamente en una gestión eficaz de la pandemia. Si bien existió disponibilidad de fondos públicos para atender la crisis, la ausencia de mecanismos efectivos de control y transparencia en su administración, junto con prácticas de corrupción documentadas, comprometieron significativamente la implementación de medidas destinadas a mitigar el impacto de la COVID-19 en la población. Esta situación pone de manifiesto que la mera asignación de recursos resulta insuficiente cuando no se acompaña de una gestión responsable y transparente de los fondos públicos.

El 3 de marzo la Secretaría de Salud informa que, en una reunión sostenida con el Presidente de la República, en el marco del Sistema Nacional de Gestión de Riesgos, SINAGER, se han tomado todas las medidas necesarias para preparar al país ante la posible llegada de casos de COVID-19. Estas medidas incluyen (Secretaría de Salud, Honduras, 2020c):

- Formación de una comisión de expertos: Se ha constituido un grupo de especialistas, incluyendo exministros de salud, infectólogos, neumólogos e internistas, para desarrollar un plan de intervención integral.
- Adquisición de insumos: Se ha elaborado una lista de suministros necesarios y se están tomando medidas para su adquisición, incluyendo la compra de un hospital móvil para Roatán y varias clínicas móviles en puntos estratégicos del país.
- Acondicionamiento de salas de aislamiento: Se están preparando salas de aislamiento en hospitales designados para atender posibles casos de COVID-19.
- Inspección de hospitales: Una misión de la Secretaría de Salud está recorriendo los hospitales de Puerto Cortés, Mario Catarino Rivas y Leonardo Martínez para verificar sus condiciones y necesidades.
- Capacitación del personal de salud: Se están realizando capacitaciones al personal de salud en los aeropuertos del país, actualizándolos según el protocolo de la OMS basado en el Reglamento Sanitario Internacional.
- Donación de equipos de protección: La OPS/OMS ha donado 1,000 Equipos de Protección Personal (EPP) para el personal de salud, que serán distribuidos estratégicamente según las necesidades del país.

- Kits de pruebas de laboratorio: La OPS/OMS ha informado que esta semana llegarán al país 300 kits adicionales para la detección oportuna del coronavirus.
- Implementación del protocolo de viajeros: Se ha implementado el protocolo de la OMS para viajeros. Ayer, una viajera procedente de Nápoles, Italia, fue entrevistada y examinada según el protocolo. Aunque no presentaba síntomas, se le puso en autoaislamiento en su domicilio, donde será monitoreada diariamente por un equipo médico durante 14 días para confirmar que no es portadora del virus.

Los jerarcas reiteran que se están siguiendo todas las medidas establecidas en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y las guías de la OMS para la protección de la población y hacen un llamado a mantener las disposiciones básicas de protección como lavado de manos, uso de gel a base de alcohol, taparse la boca al toser o estornudar con el antebrazo y evitar el contacto cercano con personas con problemas respiratorios (Secretaría de Salud, Honduras, 2020c).

La respuesta inicial de las autoridades e instituciones hondureñas demostró capacidad para formular rápidamente medidas ante la amenaza emergente de la COVID-19. No obstante, es importante considerar la ejecución efectiva de estas disposiciones.

Los dos primeros casos de Covid-19 confirmados en Honduras se reportaron el 10 de marzo de 2020. En el caso de Honduras, al igual que en otros países de la región, las acciones adoptadas a partir de este momento incluyeron restricciones a la movilidad, prohibición de actividades que reunieran a muchas personas y otras disposiciones orientadas a lograr el distanciamiento físico para disminuir la posibilidad de contagio.

Seguidamente, el 11 de marzo de 2020, el Gobierno de Honduras declaró una emergencia sanitaria en todo el país tras la confirmación de los primeros dos casos de COVID-19. Esta decisión fue ratificada durante una reunión del Consejo de Ministros, donde se discutieron las acciones necesarias para contener la propagación del virus. El presidente ordenó a la Comisión Permanente de Contingencias (Copeco) mantener activo el Sistema Nacional de Gestión de Riesgos (SINAGER) para coordinar las acciones de todas las instituciones involucradas (El Herald, 2020a).

Entre las medidas evaluadas por las autoridades competentes se incluyeron restricciones en el movimiento de personas y la cancelación de eventos públicos, como conciertos. Además, se revisaron las políticas de ingreso de personas provenientes de países afectados por el virus (El Herald, 2020a).

Tomando en cuenta la tipología de medidas elaborada por el Laboratorio de Datos GT (Slowing, 2023, p. 34), se sistematizaron las principales acciones llevadas a cabo en

Honduras para la contención de la pandemia. En este apartado, la información utilizada proviene de la base de datos “Información sobre medidas adoptadas por Honduras ante la emergencia del COVID-19” elaborada por el Observatorio Regional SICA-COVID-19, los comunicados institucionales de la Secretaría de Salud de Honduras y de revisión hemerográfica.

Las acciones implementadas por Honduras para enfrentar la crisis sanitaria pueden clasificarse en dos categorías principales: medidas de contención y reducción de la movilidad, por un lado, y medidas epidemiológicas, por otro.

Las medidas de contención y reducción de la movilidad se centraron en modificar el comportamiento social para minimizar las interacciones físicas entre personas. En el caso de Honduras, estas incluyeron decisiones administrativas como el cierre de centros educativos, la implementación de toques de queda, restricciones al movimiento entre departamentos, el cierre de fronteras, la suspensión del transporte público, el cierre de establecimientos comerciales no esenciales y la imposición de confinamientos obligatorios. Todas estas acciones tenían como objetivo fundamental reducir las oportunidades de transmisión del virus mediante la limitación del contacto físico entre personas.

Por otro lado, las medidas epidemiológicas se enfocaron directamente en el control y seguimiento del virus desde una perspectiva de salud pública. En Honduras, estas medidas se materializaron principalmente en dos aspectos: el establecimiento de sistemas de testeo para la COVID-19, que permitía la detección y seguimiento de casos, y la implementación del uso obligatorio de mascarillas como barrera física para prevenir contagios. Estas acciones estaban orientadas específicamente a la identificación, monitoreo y control de la transmisión del virus mediante herramientas propias de la salud pública.

La diferencia fundamental entre ambos tipos de medidas radica en su enfoque y objetivo principal: mientras las medidas de contención y reducción de movilidad buscaban disminuir las oportunidades de propagación del virus mediante la modificación de comportamientos sociales, las medidas epidemiológicas se concentraban en la identificación y control directo del virus a través de intervenciones sanitarias específicas.

La consideración de las medidas implementadas durante la primera fase de la pandemia resulta fundamental para entender el contexto institucional en que se desarrollaría la política de vacunación. La experiencia de Honduras demuestra que, a pesar de contar con una respuesta inicial rápida y capacidad para movilizar recursos

financieros, la implementación efectiva de las medidas se vio comprometida por problemas estructurales como la corrupción y la falta de transparencia, evidenciados en casos como la adquisición irregular de hospitales móviles y equipo médico. Lo cual tuvo como resultado una limitada capacidad del estado en la implementación de medidas epidemiológicas que requieren herramientas propias de la salud pública.

A continuación, se presentan las principales medidas de contención previo a la llegada de la vacuna:

Medidas de contención y reducción de la movilidad

Cierre de escuelas, universidades y suspensión total de actividades públicas

El 12 de marzo, la Presidencia de Honduras y la Secretaría de Salud de Honduras, suspende las clases en todos los centros educativos del país durante 14 días como medida preventiva tras la confirmación de los primeros casos de COVID-19. Esta decisión fue tomada durante una reunión del Consejo de Ministros y afecta a todos los niveles educativos, desde prebásica hasta media, y comenzará a partir del viernes 13 de marzo. Además de la suspensión de clases, se han prohibido eventos públicos, como por ejemplo conciertos (El Herald, 2020b). Las clases semipresenciales se reanudarían en febrero de 2021, pero no fue hasta 2022 cuando se decidió que todo el sistema educativo regresara a los centros de enseñanza (Proceso Digital, 2022).

La Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) y sus centros regionales también han suspendido todas las actividades para evitar la propagación del virus. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha anunciado el envío de misiones de apoyo a países de la región con mayor riesgo, incluyendo Honduras (El Herald, 2020b).

El 15 de marzo, como parte del Decreto Ejecutivo PCM-021-2020, se establece una prohibición de eventos de todo tipo y número de personas así como la suspensión de celebraciones religiosas presenciales (Gobierno de la República Honduras, 2020a).

Alerta roja

El 14 de marzo, mediante una conferencia de prensa, el Sistema Nacional de Gestión de Riesgos (SINAGER) y la Secretaría de Salud de Honduras anunciaron la emisión de una alerta roja para los 18 departamentos del país. Esta medida, que tendría una duración de 14 días a partir de las 10:00 am del sábado, se implementó para evitar la propagación del coronavirus tras la confirmación del tercer caso positivo en el país.

Gabriel Rubí, titular de la Comisión Permanente de Contingencias (COPECO), explicó que la alerta roja permitirá habilitar áreas de alojamiento masivo y unidades periféricas de salud pública para atender a los sospechosos (La Prensa, 2020a).

Además, se prohibieron eventos con más de 50 personas, obligando a instituciones públicas y privadas, así como a la sociedad civil, a suspender todas las actividades que impliquen aglomeraciones. Las autoridades también pidieron a los gobiernos locales aplicar las medidas necesarias para evitar la propagación del virus, advirtiendo que el incumplimiento conllevaría responsabilidades administrativas, civiles y penales (La Prensa, 2020a).

Esta medida se mantendrá vigente, con adecuaciones temporales y espaciales, hasta diciembre de 2020.

Suspensión de movilidad en el territorio a lo interno de los departamentos y entre estos

El 15 de marzo, mediante Decreto Ejecutivo PCM-021-2020, se establece que las personas únicamente podrán circular por las vías de uso público para la realización de las siguientes actividades (Gobierno de la República Honduras, 2020a).:

- Adquisición de alimentos, productos farmacéuticos y de primera necesidad.
- Asistencia a centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- Desplazamiento al lugar de trabajo para efectuar su prestación laboral, profesional o empresarial a las industrias autorizadas en este mismo Decreto.
- Retorno al lugar de residencia habitual.
- Personal de la salud que asista o cuide a mayores a mayores, menores, dependientes, personas con discapacidad o personas especialmente vulnerables.
- Desplazamiento a entidades financieras, cooperativas y de seguros.

El 29 de marzo, el Gobierno de Honduras anunció nuevas medidas de emergencia en respuesta a la pandemia de COVID-19. Estas medidas, que estarían vigentes hasta el 12 de abril de 2020, incluyen un sistema de restricción de movilidad basado en la terminación de los números de identificación de los ciudadanos. Esto significa que solo se permitirá la circulación de personas en días específicos, facilitando así el acceso a servicios esenciales como supermercados, farmacias y bancos (Gobierno de la República Honduras, 2020d).

Para los vehículos particulares, se ha establecido que solo se permitirá la circulación de dos personas, de las cuales solo una podrá realizar trámites en los

comercios. El incumplimiento de esta norma puede resultar en el decomiso del vehículo y la detención de los ocupantes por hasta 24 horas (Gobierno de la República Honduras, 2020d).

El 10 de mayo de 2020, la Secretaría de Seguridad de Honduras, a través de la Policía Nacional, ha implementado nuevas medidas de circulación en varios municipios, incluyendo Cortés, El Progreso, Yoro y Las Vegas, Santa Bárbara. A partir del 11 de mayo de 2020, se establece un calendario que permite a la población abastecerse de alimentos, medicinas y otros productos esenciales, mientras se mantiene el toque de queda absoluto (Secretaría de Seguridad, Honduras, 2020c).

La estrategia incluye la segmentación de la población según el último dígito de su documento de identidad, lo que busca organizar el acceso a supermercados, farmacias, gasolineras y bancos. Estos establecimientos deben cumplir con estrictas medidas de bioseguridad, como el uso obligatorio de mascarillas, la provisión de gel antibacterial y el control de temperatura en las entradas, además de garantizar el distanciamiento social entre los clientes (Secretaría de Seguridad, Honduras, 2020c).

El transporte de mercancías y el personal de salud están exentos de estas restricciones, y se recuerda que los salvoconductos emitidos por el Comité de Excepciones siguen vigentes. La Policía Nacional y las Fuerzas Armadas están encargadas de supervisar el cumplimiento de estas medidas, cerrando las entradas y salidas de los municipios mencionados (Secretaría de Seguridad, Honduras, 2020c).

Este tipo de medias estuvieron vigentes hasta diciembre del año 2020, con adecuaciones temporales y espaciales de acuerdo con la gravedad del virus. El 20 de diciembre de 2020, la Secretaría de Estado en el Despacho de Seguridad, a través de la Policía Nacional de Honduras emitió un comunicado dirigido a la opinión pública con respecto a las medidas de bioseguridad durante la temporada navideña (Secretaría de Seguridad, Honduras, 2020e).

El horario de circulación a nivel nacional se estableció entre las 5:00 a.m. y las 10:00 p.m., con excepción de los días 24, 25 y 31 de diciembre, así como el 1 de enero de 2021, en los cuales no habrá restricción de horario. En cuanto a convivios y celebraciones familiares, se recomendó no exceder un máximo de 10 personas en residencias y domicilios, y se aclaró que los bares, discotecas y salones sociales no están autorizados para operar (Secretaría de Seguridad, Honduras, 2020e).

Además, se informó que los operativos de control serían más rigurosos en establecimientos comerciales para verificar el cumplimiento de los protocolos de

bioseguridad durante los horarios de atención al público (Secretaría de Seguridad, Honduras, 2020e).

Toques de queda con cambio de horario y confinamientos obligatorios

El 16 de marzo, en el marco del Decreto Ejecutivo PCM-021-2020, continúan las restricciones de las garantías constitucionales como medida preventiva ante la propagación de la COVID-19. Debido a los dos nuevos casos de COVID-19 y la rápida propagación del virus, especialmente en las ciudades del Distrito Central, La Ceiba y Choluteca, se eliminan las excepciones y se declara un toque de queda absoluto. Esto implica la prohibición de entradas y salidas de estas tres ciudades, así como cualquier circulación interna en las mismas, a partir de las 10:00 pm del 16 de marzo de 2020 y hasta nuevo aviso (Gobierno de la República Honduras, 2020b).

Se indica que a partir de las 10:00 pm del 16 de marzo, las autoridades de FUSINA (Policía Nacional y Fuerzas Armadas) procederán a detener y poner a disposición de los tribunales de justicia a cualquier persona que no cumpla con esta disposición (Gobierno de la República Honduras, 2020b).

El 19 de marzo, reitera el toque de queda absoluto para las ciudades del Distrito Central, La Ceiba y Choluteca y se extiende a las ciudades de Puerto Cortés, Santa Cruz de Yojoa y El Triunfo en el departamento de Choluteca. En las siete ciudades afectadas por esta medida, se mantendrá el cierre de calles así como las entradas y salidas. También, se intensificarán los controles para evitar la circulación en las vías públicas (Secretaría de Seguridad, 2021).

El 20 de marzo de 2021, la Secretaría de Seguridad de Honduras, declaró un toque de queda absoluto en todo el territorio nacional a partir de las 6:00 p.m., en respuesta a la emergencia sanitaria provocada por el COVID-19. Esta medida, que se enmarca en el acuerdo ejecutivo PCM 021-2020, estará vigente hasta el domingo 29 de marzo a las 3:00 de la tarde, momento en el cual se evaluarían las nuevas decisiones para frenar la propagación del virus (Secretaría de Seguridad, Honduras, 2020a).

El 3 de mayo, la Secretaría de Seguridad a través de la Policía Nacional, informa sobre la extensión del toque de queda absoluto en el país. Esta medida se amplía desde el 3 de mayo a las 3:00 p.m. hasta el 17 de mayo de 2020 a las 11:00 p.m. Durante este periodo, la circulación de personas se restringe a un dígito por día, basado en la terminación del número de identificación de los ciudadanos, permitiendo que salgan a

abastecerse de alimentos, medicinas y otros insumos esenciales (Secretaría de Seguridad, Honduras, 2020b).

Los establecimientos como supermercados, gasolineras, farmacias, bancos, cooperativas y ferreterías permanecerán abiertos solo en los días programados, y es obligatorio que tanto empleados como clientes usen mascarillas y sigan medidas de higiene, como el uso de gel antibacterial y control de temperatura en las entradas. Además, se prohíbe la circulación de vehículos y la salida de personas durante los fines de semana, salvo excepciones justificadas. Las medidas no aplican a ciertos municipios, donde se anunciarán disposiciones específicas más adelante. La Policía Nacional enfatiza que estas acciones son esenciales para preservar la vida y garantizar el cumplimiento de las recomendaciones de salud pública en el contexto de la pandemia (Secretaría de Seguridad, Honduras, 2020b).

Este tipo de medias estuvieron vigentes hasta octubre del año 2020, con adecuaciones temporales y espaciales de acuerdo con la gravedad del virus. El 25 de octubre, el Gobierno de Honduras decidió extender el toque de queda debido a la pandemia del coronavirus. Esta medida se mantendría vigente hasta el 1 de noviembre. La decisión se toma en el marco de la reapertura inteligente del país, buscando equilibrar la necesidad de reactivar la economía con la protección de la salud pública (Secretaría de Seguridad, Honduras, 2020d).

Cierres mandatorios en instituciones públicas, establecimientos comerciales y empresas no esenciales

Como parte del Decreto Ejecutivo PCM-021-2020, también se suspenden labores en el sector público y privado durante el tiempo de excepción; planteado inicialmente para 7 días. Además, se prohíbe el funcionamiento de los negocios incluyendo centros comerciales (Gobierno de la República Honduras, 2020a).

El 20 de marzo, considerando el toque de queda absoluto en todo el territorio nacional, se autoriza a todas las pulperías y mercaditos a abrir sus puertas para atender a la población en sus respectivas comunidades como medida de abastecimiento. Asimismo, supermercados, farmacias, abarroterías, tortillerías, panaderías y servicios de entrega a domicilio están autorizados para distribuir productos bajo esta modalidad, presentando ante la autoridad policial su carnet de identificación y la orden de entrega (Gobierno de la República Honduras, 2020c).

El 28 de julio de 2020, el Gobierno de la República de Honduras, a través del Consejo de Secretarios de Estado y en colaboración con la Mesa Multisectorial, anunció

la implementación de la Fase 1 de la reapertura económica. Esta decisión se tomó tras un análisis exhaustivo de la situación de contagios y se basa en un esquema de apertura responsable y gradual. A partir del 29 de julio, se permitirá a los comercios y empresas reanudar sus actividades, siempre que cumplan con los protocolos de bioseguridad establecidos por la Secretaría del Trabajo y Seguridad Social (Gobierno de la República Honduras, 2020f).

Sin embargo, no todos los municipios podrán avanzar a esta fase; algunos, como La Ceiba y Tela en Atlántida, así como varios en los departamentos de Colón, Francisco Morazán, y otros, continuarán en la Fase 0. La reapertura se llevará a cabo respetando un horario específico y priorizando la atención a grupos vulnerables, como adultos mayores y personas con discapacidad (Gobierno de la República Honduras, 2020f).

Además, se establecieron restricciones para el funcionamiento de ciertos comercios durante los fines de semana, permitiendo solo entregas a domicilio de farmacias, supermercados y restaurantes incluidos en un pilotaje inicial. Las iglesias podrán realizar actividades litúrgicas con limitaciones de capacidad, y se implementarán medidas de vigilancia para asegurar el cumplimiento de las disposiciones (Gobierno de la República Honduras, 2020f).

Suspensión del transporte público

El Decreto Ejecutivo PCM-021-2020 del 16 de marzo, establece la suspensión del funcionamiento del transporte público (Gobierno de la República Honduras, 2020a).

El transporte público se reanudó el 15 de septiembre de 2020, considerando la difícil situación económica que enfrentan miles de transportistas, quienes han sido gravemente afectados por la pandemia. Sin embargo, la medida también representa un riesgo significativo para la población, ya que un alto porcentaje de las pruebas de COVID-19 realizadas diariamente resultan positivas (Contra Corriente, 2020).

Cierre de fronteras territoriales

El 16 de marzo se ordena el cierre de todas las fronteras aéreas, terrestres y marítimas en el territorio nacional (Gobierno de la República Honduras, 2020a).

El 10 de agosto se reanuda el servicio aéreo nacional y, a partir del 17 de agosto, también el tráfico aéreo internacional, implementando requisitos adicionales para quienes ingresaban al país. Estos requisitos incluían el pre-registro en la página web <https://prechequeo.inm.gob.hn/>, que abarcaba el pre-registro migratorio, una ficha sanitaria, una declaración jurada de cumplimiento de las disposiciones sanitarias del país

y un formulario de aduanas. Además, se requería una prueba PCR negativa realizada dentro de las 72 horas previas al viaje. Los viajeros debían cumplir con el protocolo del Reglamento Sanitario Internacional, que incluía una evaluación clínica y, si las autoridades sanitarias lo determinaban, una cuarentena obligatoria de dos semanas en un domicilio u hotel. También debían seguir otras medidas de bioseguridad decretadas por las autoridades, como el uso obligatorio de mascarilla (Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, 2020).

El 19 de octubre de 2020 Honduras anunció que reabrirla sus fronteras terrestres, después de haberlas mantenido cerradas durante siete meses debido a la pandemia de coronavirus. Esta reapertura se realizaría de manera gradual y condicionada, permitiendo el tránsito hacia y desde los países vecinos de El Salvador, Guatemala y Nicaragua (Prensa Libre, 2020d).

Las autoridades hondureñas tomaron esta decisión con el objetivo de reactivar la economía y facilitar el movimiento de personas y mercancías. Sin embargo, enfatizaron que se mantendrían estrictas medidas de bioseguridad para evitar un aumento en los contagios de COVID-19. Entre estas medidas se incluían el uso obligatorio de mascarillas, el distanciamiento social y la desinfección constante de las áreas comunes.

Medidas epidemiológicas

Testeo para la COVID-19

El 16 de marzo de 2020, la Secretaría de Salud de Honduras emitió un comunicado informando sobre la confirmación de dos nuevos casos de COVID-19 en el país, ambos provenientes de Tegucigalpa. Los pacientes son una mujer de 15 años y otra de 28 años, ambas con un nexo epidemiológico relacionado con un caso previamente confirmado en la misma ciudad. Con estos nuevos casos, el total de infectados en Honduras asciende a ocho (Secretaría de Salud, Honduras, 2020d).

Ante esta situación, la Secretaría de Salud hizo un llamado a la población para que cumpla con las medidas de prevención establecidas por el Gobierno. Estas incluyen el lavado frecuente de manos con agua y jabón, el uso de gel desinfectante, evitar el saludo físico, no compartir alimentos ni bebidas, y el uso de mascarillas en caso de presentar síntomas respiratorios. Además, se recomendó no salir de casa a menos que sea necesario, enfatizando la importancia de la responsabilidad colectiva en la contención del virus (Secretaría de Salud, Honduras, 2020d).

Durante el primer semestre de 2020 se registran 71 comunicados de este tipo reportando la cantidad de casos a nivel nacional.

Mascarillas obligatorias

El Decreto No. 58-2020 establece la obligatoriedad del uso de mascarillas o cubre bocas en todo el territorio nacional de Honduras como una medida esencial para prevenir la propagación del COVID-19. Esta disposición se aplica a todas las personas sin excepción y se caracteriza por los siguientes elementos (Gobierno de la República Honduras, 2020e):

Espacios Públicos y Privados: Es obligatorio el uso de mascarillas para todas las personas que se encuentren en la calle o en lugares públicos y privados donde haya más de cinco personas presentes. Esto incluye, pero no se limita a, mercados, parques, y cualquier otro lugar donde se congregue un número significativo de personas.

Transporte Público y Privado: Las mascarillas son obligatorias para los usuarios y operadores de transporte público, así como en vehículos de transporte privado que estén sujetos a pago. Esto se extiende a otros medios de transporte y desplazamiento de personas, incluyendo ascensores.

Establecimientos Específicos: El uso de mascarillas es mandatorio en recintos cerrados de diversos establecimientos, tales como:

- Centros educativos (prebásica, básica, media y superior).
- Establecimientos de salud, tanto públicos como privados.
- Centros comerciales, hoteles, farmacias y otros lugares de acceso público.
- Aeropuertos y puertos.
- Iglesias, cines, discotecas, bares, restaurantes, y gimnasios, entre otros.

Sanciones por Incumplimiento: El incumplimiento de esta normativa puede resultar en sanciones. Las personas que no usen mascarillas o se nieguen a hacerlo pueden enfrentar multas o la obligación de realizar trabajos comunitarios. En caso de reincidencia, las sanciones se vuelven más severas, incluyendo detenciones temporales y la pérdida de beneficios de programas sociales.

Excepciones: Se establecen ciertas excepciones al uso de mascarillas, que incluyen a menores de tres años, personas con discapacidades, y aquellos con dificultades respiratorias, así como en actividades incompatibles como deportes.

Responsabilidad del Estado: El Estado tiene la obligación de proporcionar mascarillas a las personas de escasos recursos y de llevar a cabo campañas de

comunicación para educar a la población sobre la importancia del uso de mascarillas y otras medidas de bioseguridad, como el lavado de manos y la desinfección de espacios.

Este decreto fue derogado mediante el Decreto No.12-2023 emitido el 22 de marzo de 2023.

Como se indicó anteriormente, Honduras priorizó las medidas de contención y reducción de la movilidad en su estrategia para hacerle frente a la pandemia durante los primeros meses. Es importante destacar que este país, junto con Guatemala, presenta una de las calificaciones más bajas de capacidad administrativa en la región, lo cual puede explicar las limitaciones para implementar medidas epidemiológicas.

Cuando un Estado no puede ejecutar adecuadamente acciones fundamentales como el testeo sistemático de casos o la implementación de protocolos de protección (como el uso obligatorio de mascarillas), se compromete severamente su capacidad para controlar y dar seguimiento a la propagación del virus en la población.

Esta limitación en la capacidad de respuesta epidemiológica tiene repercusiones que trascienden el ámbito sanitario inmediato. En el plano de la salud pública, la falta de datos confiables sobre la propagación del virus dificulta la toma de decisiones informadas y la asignación eficiente de recursos médicos. En términos sociales y económicos, la incapacidad para controlar efectivamente la transmisión del virus puede llevar a la prolongación de medidas restrictivas como cuarentenas y cierres comerciales, profundizando el impacto negativo en la economía y el bienestar social. Además, esta debilidad institucional puede erosionar la confianza de la población en las autoridades sanitarias y afectar la implementación de futuras políticas de salud pública, como las campañas de vacunación.

El análisis subsiguiente examina eventos críticos que se desarrollaron de manera simultánea a la implementación de las medidas previamente descritas. Estos acontecimientos no solo incidieron en la efectividad de las disposiciones sanitarias adoptadas, sino que también configuraron el marco institucional y operativo que condicionaría posteriormente el desarrollo e implementación de la política de vacunación. La comprensión de esta dinámica paralela resulta fundamental para contextualizar los desafíos y limitaciones que enfrentaría la estrategia de inmunización contra el COVID-19 en Honduras. Corrupción en tiempos de COVID-19.

Las medidas de contención, reducción de movilidad y las disposiciones epidemiológicas implementadas durante el año 2020 se desarrollaron en un escenario particularmente complejo. Si bien estas acciones constituyeron la respuesta inmediata a

la crisis sanitaria, es fundamental señalar que su implementación tuvo lugar en un contexto caracterizado por una pronunciada inestabilidad política, factor que condicionaría significativamente tanto su ejecución como sus resultados. Esta convergencia entre la emergencia sanitaria y el contexto político preexistente generó un entorno institucional especialmente desafiante para la gestión de la pandemia. (Iglecias et al., 2022, pp. 29-30).

Desde el golpe de Estado de 2009 que derrocó a Manuel Zelaya, Honduras ha enfrentado una crisis política y social cada vez más profunda. En noviembre de 2016, Juan Orlando Hernández, del Partido Nacional de Honduras (PNH), anunció su intención de permanecer en el poder, tras el fallo favorable de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia (CSJ) que permitía la reelección, decisión que fue ratificada por el pleno del Poder Judicial. Esta resolución provocó una crisis política significativa, ya que hasta ese momento la reelección estaba prohibida por la Constitución (Iglecias et al., 2022, pp. 29-30).

Además, se observaron numerosas irregularidades durante el proceso electoral, lo que generó muchas críticas, sin embargo, Juan Orlando Hernández fue declarado vencedor por un estrecho margen de votos. Así, los eventos de 2009 y el consecuente debilitamiento institucional se agravaron con el proceso electoral de 2017, desencadenando una nueva crisis política (Iglecias et al., 2022, pp. 29-30).

La segunda gestión de Hernández estuvo marcada por el conflicto desde el inicio de su mandato en enero de 2018. La desconfianza social fue evidente, lo que provocó numerosas revueltas y manifestaciones contra su gestión presidencial.

La principal causa de la agitación social es la desconfianza hacia las instituciones, derivada de su incapacidad para combatir la corrupción y el narcotráfico, dos problemas centrales no solo por su impacto, sino también por las numerosas denuncias que implican a representantes del partido gobernante (Iglecias et al., 2022, p. 30).

En el año 2019 se conoció el fallo de la Fiscalía Federal de Estados Unidos que condenó a “Tony” Hernández, hermano del presidente y excongresista por el PNH, como narcotraficante. La Fiscalía aseguró que Tony Hernández operaba con total impunidad y pertenecía a una organización auspiciada por el Estado que distribuyó cocaína durante años. Asimismo, el documento judicial de Estados Unidos denunció que la campaña presidencial de Hernández de 2013 fue financiada en parte por el narcotráfico. A partir de esa declaración en 2019 se han publicado numerosas pruebas que confirman los

vínculos de miembros del Partido Nacional con el narcotráfico (Iglecias et al., 2022, p. 30).

Según el Índice de Percepción de la Corrupción (IPC) de 2020 de Transparencia Internacional, Honduras obtuvo una puntuación de 24 sobre 100, muy por debajo de la media regional de 43. En 2020, Honduras redujo significativamente su calificación en 7 puntos desde 2015, posicionándose como uno de los países más corruptos de la región, con un puntaje de 24 (Iglecias et al., 2022, p. 30).

La pandemia no logró erradicar los casos de corrupción, como lo ha demostrado el Consejo Nacional Anticorrupción (CNA) de Honduras²⁵. A lo largo de 2020, esta entidad llevó a cabo una serie de investigaciones tituladas “La corrupción en tiempos de COVID-19”, en las cuales se revelaron hallazgos significativos sobre el uso de los fondos destinados a enfrentar la pandemia.

Desde el mes de abril de 2020, el CNA expone que ha recibido una numerosa cantidad de denuncias por parte de la ciudadanía, en las cuales se pone en evidencia cómo diversas instituciones sobrevaloran productos que están destinados para atender la emergencia, especialmente el Equipo de Protección Especial (EPP) (Consejo Nacional Anticorrupción, 2020a, p. 4). Mediante un análisis comparativo entre los precios publicados en el portal de transparencia y los precios de mercado incluidos en el “Informe de Compras Emergencia COVID-19” del Poder Judicial (PJ), el CNA identificó una notable discrepancia entre ambos montos, lo que resultó en un perjuicio financiero para el Estado de Honduras de tres millones seiscientos cincuenta y tres mil novecientos sesenta lempiras (L 3,653,960.00) (Consejo Nacional Anticorrupción, 2020a, p. 17).

En el mes de mayo, el CNA evidenció nuevos casos de corrupción. La Secretaría de Estado en los Despachos de Gestión de Riesgos y Contingencias Nacionales (COPECO) asignó fondos para la compra de ventiladores mecánicos de transporte que resultaron no ser funcionales. Estos equipos carecían de accesorios esenciales y no eran adecuados para tratar a pacientes con COVID-19. A pesar de haber gastado quince

²⁵ Es una instancia de la sociedad civil, independiente del gobierno, dedicada a prevenir, disuadir y combatir la corrupción en el país¹². Fue creado mediante el Decreto Legislativo n.º 07-2005 y tiene personería jurídica, duración indefinida y patrimonio propio². El CNA trabaja en la búsqueda de justicia y en la prevención de la corrupción mediante investigaciones, denuncias y capacitaciones. Además, colabora con diversas instituciones y organizaciones para fortalecer la transparencia y la democracia en Honduras.

millones quinientos mil lempiras (L 15,500,000), los ventiladores permanecen almacenados sin uso (Consejo Nacional Anticorrupción, 2020a, pp. 3-4).

Además, se detectaron irregularidades en la construcción y remodelación de un espacio en el Instituto Nacional Cardio Pulmonar (INCP), conocido anteriormente como el Hospital del Tórax. Las obras resultaron disfuncionales debido a la falta de supervisión adecuada, lo que impidió cumplir con los objetivos de atender a pacientes contagiados (Consejo Nacional Anticorrupción, 2020a, pp. 3-4).

El CNA revela cómo la imprudencia, negligencia e intencionalidad de los empleados públicos provocaron un perjuicio económico significativo al Estado de Honduras y a su vez una afectación en la población que no puede recibir la atención necesaria en un contexto de crisis sanitaria (Consejo Nacional Anticorrupción, 2020a, pp. 3-4).

En el mes de junio, en la quinta entrega del informe “La corrupción en tiempos del COVID-19”, se identificaron varias inconsistencias en el proceso de adquisición de siete hospitales móviles de aislamiento por parte de Inversiones Estratégicas de Honduras (Invest-H), a solicitud de la Secretaría de Salud (SESAL). Cabe destacar que Invest-H forma parte del SINAGER y como institución “referente” se le permitió administrar la mayor parte de recursos, aún por encima de la Secretaría de Salud (SESAL) y la Secretaría de Estado en los Despachos de Gestión de Riesgos y Contingencias Nacionales (COPECO). De este modo Invest-H ejecutó una serie de procesos de adquisición, que a consideración del Consejo Nacional Anticorrupción (CNA), no se han apegado a los principios que establece la Ley de Contratación del Estado y por ende no garantizan la satisfacción de ninguna necesidad.

Partiendo de lo anterior, el CNA realizó una auditoría sobre el manejo de recursos públicos por parte de Invest-H, revelando una falta de planificación en la gestión y administración de fondos. Esta deficiencia resultó en un gasto de cuarenta y siete millones cuatrocientos sesenta y dos mil quinientos dólares (USD 47,462,500.00) por parte del Estado de Honduras, únicamente para la adquisición de los hospitales móviles, sin incluir los costos adicionales relacionados con obras civiles, supervisión de la instalación y contratación de servicios de consultoría (Consejo Nacional Anticorrupción, 2020b, p. 1)

La adquisición de los siete hospitales móviles por parte de Invest-H demostró ser ineficiente. No se puede reclamar legalmente a la empresa proveedora debido a dos razones: primero, el fabricante está retrasado en la producción del equipo por un error en el montaje del sistema mecánico; segundo, los términos y condiciones establecidos por la

empresa impiden que Invest-H ejerza presión legal para acelerar la entrega o solicitar el reembolso (Consejo Nacional Anticorrupción, 2020b, p. 24).

Para el CNE, resulta sorprendente que una entidad estatal, considerada experta en contratación y manejo de proyectos, acepte términos y condiciones que permiten el pago total por un producto sin garantizar una fecha de entrega. Esto ha desvirtuado la naturaleza de la adquisición como una necesidad de emergencia, dado que los plazos de entrega son inciertos (Consejo Nacional Anticorrupción, 2020b, p. 24). Esta situación se asemeja mucho a lo ocurrido en Guatemala con la adquisición de las vacunas Sputnik V.

Las investigaciones realizadas por el Consejo Nacional Anticorrupción (CNA) revelaron la existencia de un “favoritismo estratégico” por parte de funcionarios de Inversiones Estratégicas de Honduras (Invest-H). Un ejemplo destacado es el del Director Ejecutivo, Marco Antonio Bográn Corrales, quien firmó el contrato CD-DCPV-127-2020 con la empresa Consultores de Ingeniería Sociedad Anónima (CINSA) para supervisar la construcción de un plantel y apoyar en la instalación de un hospital de aislamiento móvil de 51 camas en Santa Rosa de Copán. No obstante, se descubrió que el presidente y socio de CINSA, Napoleón Bográn Idiáquez, es tío del Director Ejecutivo de Invest-H (Consejo Nacional Anticorrupción, 2020c).

A finales de junio de 2020, Marco Bográn, Director Ejecutivo de Inversión Estratégica de Honduras (Invest-H), presentó su renuncia en medio de un escándalo relacionado con la adquisición de hospitales móviles durante la pandemia de COVID-19. Esta decisión se produjo tras las denuncias del Consejo Nacional Anticorrupción (CNA) sobre irregularidades en los procesos de compra gestionados por Invest-H (La Prensa, 2020b).

El Consejo Directivo de Invest-H, compuesto por altos funcionarios del gobierno, había solicitado al presidente Juan Orlando Hernández la destitución de Bográn debido a las acusaciones de corrupción. La situación se agravó cuando la empresa SDI Global LLC, con sede en Turquía, denunció que la orden de compra de siete hospitales móviles había sido falsificada y enviada a Invest-H bajo el nombre de otra empresa (La Prensa, 2020b).

La situación generó un notable descontento entre la población, ya tensionada por la pandemia. En agosto de 2020, se realizaron movilizaciones y manifestaciones en Tegucigalpa bajo el lema “¿Dónde está el dinero?” para protestar contra la corrupción en el manejo de los fondos destinados a combatir el coronavirus. Los manifestantes corearon esta consigna mientras marchaban por el bulevar Suyapa, donde la frase “¿Dónde está el

dinero? Honduras lo exige” estaba pintada en grandes letras blancas sobre el asfalto. Además, otras personas se unieron en vehículos, formando una caravana por la capital con el mensaje escrito en los cristales. Simultáneamente, grafitis con el mismo lema aparecieron en otros municipios del país (Deutsche Welle, 2020).

La compra de estos siete hospitales móviles fue discutida y denunciada a lo largo del 2020. En setiembre de 2020, el CNE publica un nuevo informe sobre el hospital móvil instalado en Villanueva, Cortés. Tras dos visitas técnicas al sitio, ubicado en el predio de la Iglesia Misionera La Reforma y adquirido por COPECO, se constató que el hospital móvil no era más que una carpa de triaje común, hecha de lona impermeable y anclada directamente al suelo, sin cimientos adecuados (Consejo Nacional Anticorrupción, 2020d, p. 28).

Durante la primera visita, se observó que la carpa no contaba con una construcción civil adecuada. En la segunda visita, se encontró que la carpa había sido desarmada y reubicada a 200 metros debido a inundaciones causadas por lluvias. La nueva ubicación, sobre un terreno mal compactado, provocó daños en la lona y problemas con los aires acondicionados, generando altas temperaturas en su interior (Consejo Nacional Anticorrupción, 2020d, p. 28).

Además, el centro de triaje no puede operar las 24 horas debido a la inestabilidad del suministro eléctrico en Villanueva. Aunque Copeco proporcionó un generador eléctrico, este carece de los accesorios necesarios para su funcionamiento, y su reparación costaría más de 200,000 lempiras. El personal de salud también reportó la falta de manuales, protocolos y capacitación sobre el uso de la carpa para tratar pacientes con COVID-19 (Consejo Nacional Anticorrupción, 2020d, p. 28).

En diciembre de 2020, el CNA concluyó que los hospitales móviles de aislamiento no habían brindado el apoyo esperado al sistema sanitario nacional, a pesar de que su costo superaba los mil cien millones de lempiras. Hasta esa fecha, solo uno de estos hospitales había comenzado a operar, y varios especialistas médicos señalaron que estos módulos no son adecuados para el tratamiento de pacientes con COVID-19 (Consejo Nacional Anticorrupción, 2020e, p. 20).

Si bien el tema de los hospitales fue el más destacado en Honduras, es importante considerar que el CNE evidenció otros casos relacionados con la compra de equipo de protección especial, compra de medicamentos o compra de equipo médico como ventiladores, los cuales pueden conocerse en detalles por medio de sus publicaciones tituladas “La corrupción en tiempos de COVID-19”.

La gestión de la crisis sanitaria estuvo marcada por dos factores críticos que condicionaron su desarrollo. Por un lado, la inestabilidad política derivada del controvertido proceso electoral de 2017 y las denuncias de vínculos entre funcionarios gubernamentales y el narcotráfico habían debilitado significativamente la confianza en las instituciones. Por otro lado, la corrupción sistémica, documentada extensivamente por el Consejo Nacional Anticorrupción, socavó el desarrollo de las medidas implementadas, como lo demuestran los casos de malversación de fondos en la adquisición de hospitales móviles y equipo médico.

El manejo de los recursos destinados a la emergencia sanitaria reveló serias deficiencias en los mecanismos de control y transparencia. Las investigaciones del CNA pusieron en evidencia múltiples irregularidades en los procesos de compra, sobrevaloración de productos y adquisición de equipamiento inadecuado o disfuncional. Estas prácticas no solo representaron un perjuicio económico para el Estado, sino que también limitaron significativamente la capacidad del sistema de salud para responder efectivamente a la crisis.

La brecha entre la disponibilidad de recursos y su administración efectiva, junto con la erosión de la confianza pública debido a los escándalos de corrupción, constituyeron antecedentes críticos que condicionarían el posterior desarrollo de la política de vacunación en el país.

Elecciones nacionales como incentivo de la política de vacunación

Adquisición de la vacuna

No existe un documento institucional que exponga la manera en que se desarrolló el proceso de adquisición de las vacunas contra COVID-19 en Honduras, sin embargo, es posible contribuir a la reconstrucción de esta etapa a partir de la revisión de diversas fuentes (Maldonado et al., 2023, p. 29).

El análisis de la respuesta inicial de Honduras ante la adquisición de vacunas contra el COVID-19 revela un patrón similar al observado en Guatemala, caracterizado por una notable disparidad entre la capacidad de movilización de recursos financieros y la eficacia en su administración. Si bien el Estado hondureño demostró competencia para asignar fondos destinados a la compra de vacunas, la gestión de estos, puso de manifiesto las limitaciones que enfrentaron algunos países centroamericanos para garantizar un acceso oportuno a las vacunas, evidenciando que la mera disposición de fondos resulta insuficiente.

En el mes de noviembre, como parte de las noticias del funcionamiento del mecanismo COVAX, se indica que Honduras tendrá acceso a 1.9 millones de dosis a través de este sistema. Inicialmente, se recibirán dosis para vacunar al 3% de la población, es decir, aproximadamente 270,000 personas, priorizando a los trabajadores de la salud en la primera línea de combate contra el virus. Además, se planea vacunar a adultos mayores de 60 años y a personas con enfermedades crónicas, así como a otros trabajadores esenciales (El Herald, 2020c).

Sumado a esto, se hace referencia a que el Estado también está buscando adquirir un 20% adicional de vacunas a través del Fondo Rotatorio de la OPS, lo que permitiría cubrir a otros 1.9 millones de hondureños. Además, se indica que el primer lote de vacunas llegará en el segundo semestre de 2021 (El Herald, 2020c).

En esta misma línea, el 25 de noviembre de 2020, el diario El Herald reportó que el Estado destinará más de 20 millones de dólares para la compra de vacunas contra la COVID-19. La ministra de Salud, Alba Consuelo Flores, indicó que, aunque el país recibirá vacunas donadas que cubrirán al 20% de la población, es esencial contar con un presupuesto para la logística necesaria, incluyendo la cadena de frío para la conservación de las dosis y la vigilancia de posibles efectos adversos. Flores aseguró que el presupuesto para 2021 ya está garantizado para asegurar el acceso a la vacuna para toda la población, y que se han coordinado esfuerzos con el presidente Juan Orlando Hernández y el secretario de Finanzas, Marco Midence, para definir este presupuesto. La ministra enfatizó que, aunque parte de las vacunas serán donadas, el Estado debe asumir los costos logísticos asociados a su distribución y administración (El Herald, 2020d).

El 26 de noviembre de 2020, Honduras firmó un convenio con la empresa AstraZeneca para la adquisición de 1.4 millones de dosis de la vacuna contra la COVID-19, destinadas a afiliados del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), priorizando a las personas más expuestas y vulnerables de la población (El Herald, 2020e).

En el marco de la firma de este convenio, el presidente Juan Orlando Hernández, mencionó que Honduras ha estado en contacto con la Alianza Mundial para la Vacunación (GAVI) para asegurar que al menos el 20% de la población reciba la vacuna. En el acto participaron representantes del Consejo Hondureño de la Empresa Privada (COHEP) y del IHSS, subrayando la colaboración entre el sector público y privado en la lucha contra la COVID-19 (El Herald, 2020e).

El 27 de noviembre de 2020, el presidente de Honduras, Juan Orlando Hernández, anunció que se garantizará el acceso gratuito a las vacunas contra la COVID-19 para la población del país. Hernández destacó que no se requerirá pago alguno por estas vacunas, enfatizando que el proceso de adquisición, distribución y aplicación será directo entre las empresas productoras y el Estado de Honduras, sin intermediarios (El Heraldó, 2020f).

El 1 de diciembre de 2020 se comunica que las primeras vacunas contra la COVID-19 compradas por el IHS están previstas para llegar en marzo de 2021. Sin embargo, debido a los compromisos de Astrazeneca con otros países, las dosis se entregarán en partes (El Heraldó, 2020g).

El 3 de diciembre de 2020, el neurólogo y científico hondureño Marco Tulio Medina destaca la falta de equipos adecuados en el país para mantener la cadena de frío necesaria para las vacunas de Pfizer-Biontech, que requieren temperaturas de -70 grados Celsius. Asimismo, menciona que la vacuna de Moderna necesita ser almacenada a -20 grados Celsius (El Heraldó, 2020h).

Dado que Honduras solo dispone de una cadena de frío estándar, similar a las refrigeradoras domésticas, es probable que el país acceda a vacunas que requieran condiciones de almacenamiento más simples, como las de Astrazeneca. Medina también señala que para que una vacuna sea aprobada para su uso en la población, debe cumplir con un mínimo de efectividad del 50% (El Heraldó, 2020h).

En esta misma línea, la jefa del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Berenice Molina, afirma que el país tiene la capacidad de almacenar vacunas que requieren refrigeración a temperaturas de entre dos y ocho grados centígrados. Esta capacidad ha sido evaluada y confirmada, lo que permite asegurar la conservación de las vacunas (El Heraldó, 2020j).

Sin embargo, se destaca que Honduras no invertirá en la compra de equipos para la cadena de frío que permitan almacenar vacunas que requieren temperaturas más extremas, como las de Pfizer y Moderna, que necesitan ser almacenadas a temperaturas de menos 70 y menos 20 grados centígrados, respectivamente. La decisión del país es optar por vacunas que no requieran ultracongelación, lo que facilitará su introducción y distribución en el territorio nacional. Además, se menciona que la implementación de una cadena de frío adecuada para las vacunas podría tardar entre dos a seis meses, lo que podría retrasar la introducción de estas (El Heraldó, 2020j).

La limitada infraestructura para el almacenamiento de vacunas que requerían ultra refrigeración, como Pfizer o Moderna, constituyó un desafío común en la región

centroamericana. Este reto tecnológico y logístico generó respuestas divergentes entre los países del istmo: mientras Guatemala y Nicaragua optaron por prescindir de estas vacunas, otros Estados como El Salvador, Costa Rica y Panamá desarrollaron capacidades de ultra refrigeración durante el transcurso de la pandemia. Esta disparidad en la adaptación de la infraestructura sanitaria refleja las diferentes capacidades estatales y estrategias adoptadas en la región para enfrentar los requerimientos técnicos de la campaña de vacunación contra el COVID-19. El 4 de diciembre de 2020, el Congreso Nacional de Honduras aprobó la Ley de Vacuna Gratuita, que establece la creación de una comisión encargada de supervisar la adquisición de vacunas contra la Covid-19. Esta comisión estará compuesta por representantes de la academia y entidades especializadas en salud, quienes ofrecerán observaciones y sugerencias al gobierno a través de la Secretaría de Salud para garantizar la compra de las dosis más adecuadas para la población (El Herald, 2020i).

A pesar de las solicitudes de varios diputados para incluir al Colegio Médico de Honduras y otras organizaciones como el Tribunal Superior de Cuentas y el Consejo Nacional Anticorrupción, estas entidades no fueron incorporadas en la comisión. Solamente se aceptó parcialmente la inclusión de miembros de universidades y colegios profesionales relacionados con la medicina. (El Herald, 2020i).

La evidencia sugiere que los regímenes con restricciones democráticas tienden a mostrar una menor apertura para la participación de diversos actores en los procesos de toma de decisiones. La exclusión de voces y perspectivas diversas no solo reduce la legitimidad de las decisiones tomadas, sino que también puede comprometer el alcance de las políticas implementadas, al no considerar las necesidades y capacidades de diferentes sectores de la sociedad. Este patrón ilustra cómo las características del régimen político pueden condicionar significativamente los resultados de una política como es en este caso la de vacunación contra la Covid-19.

El secretario del Congreso, Tomás Zambrano, destacó que las vacunas adquiridas en el extranjero deberán contar con la aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA). La ley también autoriza al Instituto Hondureño de Seguridad Social a adquirir las vacunas directamente a través del Fondo Rotatorio de Vacunas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), asegurando así la disponibilidad de dosis para toda la población (El Herald, 2020i).

El 7 de diciembre de 2020, el Poder Legislativo de Honduras promulgó el Decreto No. 162-2020, conocido como la “Ley de Vacuna Gratuita para Todos contra el COVID-

19”. Esta legislación tuvo como objetivo asegurar que toda la población hondureña tenga acceso gratuito y universal a la vacuna contra la COVID-19. Para lograrlo, se contempla la colaboración de todas las instituciones públicas y privadas que estén legalmente autorizadas por la Constitución, la ley y la Secretaría de Estado en el Despacho de la Salud (SESAL). En el artículo 3, se faculta a la Secretaría de Finanzas (SEFIN) a realizar los ajustes presupuestarios necesarios para garantizar la adquisición de suficientes vacunas, permitiendo así que toda la población hondureña pueda acceder a la vacuna de manera gratuita e igualitaria (Maldonado et al., 2023, p. 30).

El 12 de diciembre se evidencian algunas dificultades que enfrenta el IHSS en la adquisición de 1.4 millones de dosis de la vacuna contra la COVID-19 de AstraZeneca. El Diario el Heraldó informa que, a pesar de las conversaciones directas entre el IHSS y la farmacéutica, la compra se complica debido a obstáculos burocráticos y la desconfianza generada por experiencias previas con la compra de insumos durante la pandemia, específicamente las transacciones realizadas por Invest-H. AstraZeneca ha solicitado un anticipo del 40% del costo de las vacunas una vez que sean certificadas por un ente regulador, preferentemente la FDA de Estados Unidos. Sin embargo, la Comisión Interventora del IHSS ha expresado preocupaciones sobre los riesgos asociados con la compra y ha solicitado garantías adicionales por parte de la empresa privada involucrada en la transacción. El medio destaca que esta situación ha generado un ambiente de incertidumbre y ha dificultado el avance en la adquisición de las vacunas (El Heraldó, 2020k).

Además, el Congreso Nacional de Honduras ha aprobado recientemente una ley que condiciona la compra de vacunas a que estas sean certificadas por la FDA, excluyendo otras certificaciones, lo que añade otra capa de complejidad al proceso. A pesar de estos desafíos, se espera que Astrazeneca entregue las vacunas a finales del primer trimestre de 2021, y otros países de la región, como México y República Dominicana, ya han establecido compromisos de compra (El Heraldó, 2020k).

Por otro lado, el 14 de diciembre, se reportó que las autoridades de salud de Honduras solicitaron al Congreso Nacional un monto de 748 millones de lempiras para la adquisición de 1.9 millones de dosis adicionales de vacunas. Las vacunas serán adquiridas mediante el fondo rotatorio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a través del mecanismo Covax, que se espera que entregue las vacunas en el segundo semestre de 2021 (El Heraldó, 2020l).

De acuerdo con la Tabla 41, para el 15 de diciembre, las proyecciones sobre la adquisición de vacunas en Honduras serían las siguientes (El Herald, 2020m):

Tabla 41

Cantidad de vacunas que llegarán a Honduras, diciembre, 2020

Donación mediante mecanismo COVAX	Compra de la Secretaría de Salud a través del Fondo Rotatorio OPS	Compra del IHSS
1.9 millones de dosis	1.9 millones de dosis	1.4 millones de dosis
Inmunización al 20% de la población	Inmunización al 20% de la población	Inmunización a 700.000 personas
Prioridad: trabajadores de la salud, adultos mayores de 60 años y enfermos crónicos.	Prioridad: grupos de trabajadores esenciales que también estén en primera línea de batalla.	Prioridad: afiliados directos (2 dosis a cada uno).
Llegarán segundo semestre de 2021, a partir de junio.	No hay fecha de llegada.	Llegarán en abril de 2021

Nota. Adaptado de “Salud buscará vacunar a 5.2 millones de hondureños”, por El Herald, 2020

A finales del año 2020, el 29 de diciembre, se presenta una iniciativa del gobierno de Honduras para reformar la “Ley de Vacuna Gratis para Todos contra el Covid-19”, con el objetivo de permitir a la Secretaría de Salud realizar compras directas de vacunas a farmacéuticas. Actualmente, la ley vigente limita las compras a través del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aunque se ha autorizado al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) a realizar una compra directa de 1.4 millones de dosis de la vacuna AstraZeneca (El Herald, 2020n). El 31 de diciembre de 2020, la Secretaría de Salud de Honduras (SESAL) envió un oficio al Consejo de Ministros solicitando la reforma de la Ley de Vacunas de la República. Con el objetivo permitir a la SESAL realizar negociaciones directas con proveedores de vacunas contra la COVID-19, con el fin de acelerar la adquisición y distribución de las dosis necesarias para la población. El documento destaca la urgencia de proteger a la mayor parte de la población en el menor tiempo posible, priorizando a los grupos de mayor riesgo (El Herald, 2020o).

La estrategia inicial de Honduras para la adquisición de vacunas contra el COVID-19 se centró prioritariamente en los mecanismos ofrecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Esta decisión estratégica experimentó un punto de inflexión en diciembre, cuando la Secretaría de Salud (SESAL) solicitó modificar este enfoque para permitir negociaciones directas con las empresas farmacéuticas. No obstante, en un contexto global caracterizado por una intensa competencia por el acceso a las vacunas, una arquitectura de política en la que se apuesta inicialmente por una vía

única de adquisición tuvo repercusiones significativas en el posterior desarrollo de la política de vacunación del país. Durante el mes de enero de 2021, se evidenció una creciente tensión debido a la escasez de vacunas, atribuida tanto a la falta de acuerdos bilaterales como al retraso en la llegada de los lotes del mecanismo COVAX. El Diario El Heraldó destacó que el país se encontraba rezagado en comparación con otras naciones que ya habían comenzado a inmunizar a sus poblaciones. Además, señaló que, a medida que el número de infectados seguía aumentando, se observaba una disminución en el respeto a las medidas de bioseguridad, lo que resultó en un incremento de contagios y muertes (El Heraldó, 2021a).

A finales de enero de 2021, se esperaba la llegada de 26,000 vacunas de Pfizer enviadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero la incertidumbre sobre la fecha de llegada y la distribución para la población general persistía. Mientras tanto, otros países como Nicaragua y El Salvador habían avanzado en la gestión de vacunas, con Nicaragua proyectando inmunizar a más del 55% de su población en la primera fase y El Salvador asegurando un convenio con AstraZeneca para la compra de dos millones de dosis (El Heraldó, 2021b)

En el mes de febrero de 2021, mediante el Decreto Ejecutivo No. 8-2021, se reforman los artículos 2, 4, 6 y 7 de la “Ley de Vacuna Gratis para Todos contra el Covid-19”. En su Artículo 2, se otorgan facultades al Poder Ejecutivo, a través de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (SESAL), para que pueda adquirir vacunas de manera directa, sin intermediarios, y sin estar sujeto a las normativas de la Ley de Contratación del Estado. Esta disposición busca agilizar el proceso de compra, permitiendo que las vacunas lleguen a la población de forma más rápida y eficiente. Además, el Artículo 4 autoriza al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) a realizar adquisiciones directas, garantizando así que tanto los afiliados como la población en general tengan acceso a la inmunización necesaria para combatir el virus (Poder Legislativo de Honduras, 2021).

En el mes de febrero, se conoce que las vacunas gestionadas por medio de la OMS, mecanismo COVAX y el acuerdo suscrito por el IHSS presentan atrasos, por lo que las autoridades competentes impulsan acuerdos bilaterales de compra para acceder a las vacunas. Una de las negociaciones más avanzadas para la adquisición de vacunas es con la farmacéutica estadounidense Moderna. De manera similar, se están llevando a cabo conversaciones avanzadas con las compañías Pfizer-BioNTech para asegurar opciones adicionales. Ambas vacunas tienen una eficacia superior al 90%, pero requieren equipos

complejos para su almacenamiento, los cuales Honduras no posee actualmente. Para ese momento, solo la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) cuenta con un refrigerador de ultra baja congelación con capacidad para almacenar hasta 90,000 dosis de estas vacunas (El Heraldó, 2021c).

Asimismo, se realizaron acercamientos con el Centro Nacional de Investigación de Epidemiología y Microbiología Gamaleya de Rusia para adquirir un lote de vacunas Sputnik V. Sin embargo, el gobierno ruso admitió recientemente que no tiene la capacidad de producción necesaria para satisfacer la alta demanda mundial de vacunas. Además, se están buscando más dosis de AstraZeneca. Estas dos últimas vacunas pueden ser almacenadas a temperaturas entre 2 y 8 grados centígrados, lo que las hace más accesibles para el país debido a la cadena de frío existente, que ya se utiliza para almacenar otras vacunas (El Heraldó, 2021c).

El 5 de marzo de 2021, se firmó un contrato para la adquisición de 4.2 millones de dosis de la vacuna Sputnik V, con el objetivo de inmunizar a 2.1 millones de hondureños. Este acuerdo fue confirmado por el embajador ruso en Honduras, Alexander Nikolaevich Khokholikov. Sin embargo, como se verá a continuación, el país solamente recibirá 86.000 dosis de esta vacuna.

En este contexto, el primer lote de vacunas que arriba a Honduras es una donación de 5,000 dosis de la vacuna Moderna provenientes de Israel. A pesar de las gestiones descritas previamente, no es hasta mediados de marzo que arriba el primer lote de vacunas compradas mediante el mecanismo COVAX. La decisión estratégica inicial de Honduras de circunscribir la adquisición de vacunas a un único mecanismo tuvo repercusiones que permearon todas las fases del proceso de inmunización. Este elemento crucial en la arquitectura de la política de vacunación constituye un factor explicativo significativo para comprender el desempeño del programa de inmunización contra el COVID-19 en el país.

En la Tabla 42 se presenta un desglose de las vacunas adquiridas por Honduras por medio del mecanismo COVAX, compras bilaterales y donaciones:

Tabla 42

Vacunas adquiridas por Honduras, 2021-2023

FECHA	LOTE	CANTIDAD	ADQUISICION	TIPO_VX	ORIGEN_VX	ORIGEN_DON
25/2/2021	1	5 000	DONACIÓN	Moderna	OCCIDENTE	Israel
13/3/2021	2	48 000	COVAX	Oxford-AstraZeneca	OCCIDENTE	
16/4/2021	3	6 000	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	

4/5/2021	4	189 600	COVAX	Oxford-AstraZeneca	OCCIDENTE	
13/5/2021	5	34 000	DONACIÓN	Oxford-AstraZeneca	OCCIDENTE	El Salvador
14/5/2021	6	40 000	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	
22/5/2021	7	168 000	COMPRA	Oxford-AstraZeneca	OCCIDENTE	
24/5/2021	8	36 000	COMPRA	Oxford-AstraZeneca	OCCIDENTE	
7/6/2021	9	44 000	DONACIÓN	Oxford-AstraZeneca	OCCIDENTE	El Salvador
17/6/2021	10	105 300	COVAX	Pfizer	OCCIDENTE	
18/6/2021	11	105 300	COVAX	Pfizer	OCCIDENTE	
19/6/2021	12	168 000	COMPRA	Oxford-AstraZeneca	OCCIDENTE	
20/6/2021	13	36 000	COMPRA	Oxford-AstraZeneca	OCCIDENTE	
23/6/2021	14	2 340	COVAX	Pfizer	OCCIDENTE	
23/6/2021	15	19 310	COVAX	Oxford-AstraZeneca	OCCIDENTE	
24/6/2021	16	154 100	DONACIÓN	Oxford-AstraZeneca	OCCIDENTE	México
27/6/2021	17	1 500 000	DONACIÓN	Moderna	OCCIDENTE	Estados Unidos
30/6/2021	18	59 670	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	
5/7/2021	19	5 000	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	
7/7/2021	20	5 838	DONACIÓN	Pfizer	OCCIDENTE	ONG Alaska
8/7/2021	21	54 990	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	
10/7/2021	22	187 200	COVAX	Oxford-AstraZeneca	OCCIDENTE	
15/7/2021	23	40 950	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	
22/7/2021	24	40 950	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	
22/7/2021	25	1 500 100	DONACIÓN	Moderna	OCCIDENTE	Estados Unidos
29/7/2021	26	42 120	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	
5/8/2021	27	186 030	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	
7/8/2021	28	139 300	COMPRA	Oxford-AstraZeneca	OCCIDENTE	
12/8/2021	29	176 670	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	
14/8/2021	30	20 000	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	
19/8/2021	31	193 050	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	
21/8/2021	32	20 000	COMPRA	Sputnik V	NO OCCIDENTE	
25/8/2021	33	99 450	DONACIÓN	Pfizer	OCCIDENTE	Estados Unidos
26/8/2021	34	105 300	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	
26/8/2021	35	100 000	DONACIÓN	Oxford-AstraZeneca	OCCIDENTE	España
27/8/2021	36	92 150	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	
28/8/2021	37	108 770	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	
1/9/2021	38	204 600	COMPRA	Oxford-AstraZeneca	OCCIDENTE	
2/9/2021	39	105 300	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	
3/9/2021	40	81 900	DONACIÓN	Pfizer	OCCIDENTE	Estados Unidos

4/9/2021	41	101 000	DONACIÓN	Oxford-AstraZeneca	OCCIDENTE	República Dominicana
9/9/2021	42	210 600	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	
11/9/2021	43	150 000	DONACIÓN	Oxford-AstraZeneca	OCCIDENTE	México
15/9/2021	44	222 720	COMPRA	Oxford-AstraZeneca	OCCIDENTE	
15/9/2021	45	210 600	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	
17/9/2021	46	7 020	DONACIÓN	Pfizer	OCCIDENTE	Estados Unidos
17/9/2021	47	174 330	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	
18/9/2021	48	180 000	COVAX	Oxford-AstraZeneca	OCCIDENTE	
1/10/2021	49	81 900	DONACIÓN	Pfizer	OCCIDENTE	Estados Unidos
4/10/2021	50	250 000	DONACIÓN	Moderna	OCCIDENTE	Estados Unidos
7/10/2021	51	106 470	DONACIÓN	Pfizer	OCCIDENTE	Estados Unidos
15/10/2021	52	981 630	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	
29/10/2021	53	250 040	DONACIÓN	Moderna	OCCIDENTE	Estados Unidos
15/11/2021	54	1 354 860	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	
15/12/2021	55	214 000	COMPRA	Oxford-AstraZeneca	OCCIDENTE	
15/12/2021	56	394 290	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	
15/1/2022	57	214 200	COMPRA	Oxford-AstraZeneca	OCCIDENTE	
1/2/2022	58	1 280 692	COMPRA	Otros	NI	
15/2/2022	59	108 000	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	
15/3/2022	60	349 830	DONACIÓN	Pfizer	OCCIDENTE	Estados Unidos
28/3/2022	61	2 568 110	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	
1/4/2022	62	612 597	COMPRA	Otros	NI	
1/5/2022	63	1 390 796	COMPRA	Otros	NI	
6/5/2022	64	250 380	DONACIÓN	Pfizer	OCCIDENTE	Estados Unidos
1/6/2022	65	402 810	COVAX	Pfizer	OCCIDENTE	
1/6/2022	66	121 490	COMPRA	Otros	NI	
1/7/2022	67	1 410 210	COVAX	Pfizer	OCCIDENTE	
1/8/2022	68	149 760	DONACIÓN	Pfizer	OCCIDENTE	Suiza
1/8/2022	69	542 880	COVAX	Pfizer	OCCIDENTE	
1/9/2022	70	184 320	COVAX	Pfizer	OCCIDENTE	
1/11/2022	71	150 000	COVAX	Pfizer	OCCIDENTE	
1/12/2022	72	185 443	COMPRA	Otros	NI	
1/1/2023	73	67 978	COMPRA	Otros	NI	
1/2/2023	74	303 660	COVAX	Pfizer	OCCIDENTE	
1/3/2023	75	569 820	COVAX	Pfizer	OCCIDENTE	
30/4/2023	76	240 000	COMPRA	Pfizer	OCCIDENTE	

Nota: Elaboración propia con datos de Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud Pública de Honduras, el COVID-19 Market Dashboard de UNICEF y CEPAL a mayo de 2023²⁶

²⁶ Estos datos también fueron contrastados con la investigación: Justicia económica y Covid-19: Adquisición de vacunas durante la pandemia en El Salvador, Guatemala y Honduras, 2023.

Sobre la Tabla 42 es importante tener en cuenta algunos aspectos sobre el levantamiento y procesamiento de los datos. La Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud Pública de Honduras no ofrece los datos lote desagregados por lote, presenta números globales de dosis recibidas a lo largo de un determinado período, de acuerdo con el mecanismo de adquisición: COVAX, Compras Bilaterales o Donaciones. Por lo tanto, el número de cada lote obedece a una aproximación de la base de datos elaborada para esta investigación.

La información proporcionada por esta institución indica que Honduras recibió un total de 22.068.567 dosis de vacunas entre febrero de 2021 y abril de 2023. Por otro lado, la base de datos de esta investigación suma un total de 22.222.724 dosis. Sin embargo, el lote número 61 es un acumulado de dosis recibidas durante el primer trimestre de 2022, elaborado a partir de la información del Boletín de vacunación contra la COVID-19 No.01-2022 de Honduras.

También, es importante señalar que de acuerdo con dicho Boletín el país recibió un total de 11.224.887 dosis a lo largo de 2021, mientras que la base de datos de esta investigación reporta 11.119.748 dosis, lo que representa un 99.064% de precisión entre ambos datos.

Considerando lo anterior, la Tabla 42 muestra que, para finales de 2021, Honduras había recibido aproximadamente 56 lotes de vacunas, sumando un total de 11.119.748 dosis. Sin embargo, es importante destacar que, para junio de 2021, durante el primer semestre del año, el país solo había recibido 2,720,620 dosis, lo que representa aproximadamente el 24.47% del total adquirido ese año. Con una población de 10,294,000 personas en ese momento, Honduras solo podía administrar dos dosis a alrededor del 13% de su población.

Lo anterior confirma las implicaciones de la estrategia inicial de Honduras de circunscribir la adquisición de vacunas a un único mecanismo.

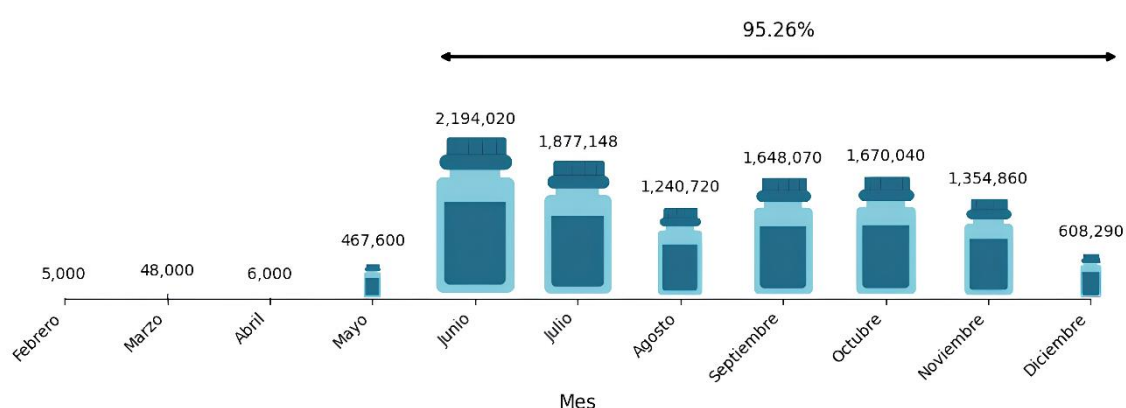
El análisis de la disponibilidad de vacunas en Honduras durante 2021, ilustrado en la Figura 21, revela una dinámica particular en la adquisición y recepción de dosis. El primer semestre se caracterizó por un acceso limitado a las vacunas, situación que puede atribuirse a tres factores principales: la dependencia del mecanismo COVAX como vía principal de adquisición, los retrasos generalizados en el cumplimiento de las entregas programadas y la ausencia inicial de acuerdos bilaterales de compra directa.

No obstante, el panorama experimentó una transformación significativa durante el segundo semestre. El período comprendido entre julio y septiembre registró la

recepción de 4,765,938 dosis, representando el 42.86% del total de vacunas adquiridas durante el año. Esta tendencia se mantuvo en el último trimestre, cuando se recibieron 3,633,190 dosis adicionales, equivalentes al 32.67% del total anual. En comparación con Guatemala, Honduras logró mantener una distribución temporal más equilibrada en la recepción de vacunas a lo largo del año, sugiriendo diferentes capacidades y estrategias en la gestión de la adquisición de vacunas entre ambos países.

Figura 21

Total de vacunas adquiridas por mes, Honduras, 2021



Nota: Elaboración propia con datos de Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud Pública de Honduras, el COVID-19 Market Dashboard de UNICEF y CEPAL a mayo de 2023

Sin embargo, a pesar de limitada disponibilidad de vacunas durante el primer semestre de 2021, es importante considerar que durante ese período el país había recibido aproximadamente 2,720,620 dosis de vacunas. Mientras que al 15 de julio, había administrado alrededor de 1,215,233 dosis de vacunas. Por lo tanto, si bien la disponibilidad de vacunas representaba un obstáculo para el desarrollo de esta política, estos datos muestran que otros elementos afectaron los resultados de los indicadores de este caso en términos de cobertura, suficiencia y sostenibilidad.

No obstante, si bien el país había recibido aproximadamente 2,720,620 dosis durante este período, al 15 de julio solo se habían administrado alrededor de 1,215,233 dosis. Esta brecha sustancial entre las vacunas disponibles y las efectivamente aplicadas sugiere que, más allá de las limitaciones en el suministro, existieron otros factores determinantes que incidieron en los resultados del programa. Esta evidencia permite inferir que los indicadores de cobertura, suficiencia y sostenibilidad de la política de vacunación fueron afectados por factores adicionales a la mera disponibilidad de dosis.

A pesar de que Honduras inicialmente se enfocó en las opciones ofrecidas por la OMS, finalmente adquirió la mayor parte de sus vacunas contra la Covid-19 a través de acuerdos bilaterales de compra, según se detalla en la Tabla 43. El 56,7% de las dosis se obtuvo mediante compras a partir de acuerdos bilaterales, el 23,5% donaciones y un 19,8% a partir del mecanismo COVAX.

El análisis del componente ¿Quién paga y cómo? de la arquitectura de la política de vacunación en Honduras, detallado en la Tabla 44, revela una significativa divergencia respecto a la estrategia inicial centrada en los mecanismos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud. La composición final del portafolio de adquisiciones muestra que el 56.7% de las dosis fueron obtenidas mediante acuerdos bilaterales de compra directa, mientras que las donaciones representaron el 23.5% del total, y el mecanismo COVAX contribuyó con el 19.8% restante. Esta distribución evidencia cómo la estrategia de adquisición evolucionó hacia un modelo diversificado, donde los acuerdos bilaterales terminaron constituyendo la principal vía de obtención de vacunas.

Tabla 43

Características de las vacunas adquiridas por Honduras, 2021-2023

Adquisición	Suma de cantidad	Porcentaje de dosis
COMPRA	12601186	56.7%
NI	3658996	16.5%
Otros	3658996	16.5%
NO OCCIDENTE	86000	0.4%
Sputnik V	86000	0.4%
OCCIDENTE	8856190	39.9%
Pfizer	7453370	33.5%
Oxford-AstraZeneca	1402820	6.3%
DONACIÓN	5220788	23.5%
OCCIDENTE	5220788	23.5%
Moderna	3505140	15.8%
Pfizer	1132548	5.1%
Oxford-AstraZeneca	583100	2.6%
COVAX	4400750	19.8%
OCCIDENTE	4400750	19.8%
Pfizer	3776640	17.0%
Oxford-AstraZeneca	624110	2.8%
Grand Total	22222724	100.0%

Nota: Elaboración propia con datos de Unidad de Transparencia de la Secretaría de Salud Pública de Honduras, el COVID-19 Market Dashboard de UNICEF y CEPAL a mayo de 2023

A finales de 2020, Honduras había confiado en el mecanismo COVAX y el Fondo Rotatorio de la OPS. Sin embargo, debido a las limitaciones evidenciadas por este método, el país tuvo que cambiar su estrategia. Las compras mediante acuerdos bilaterales, así como las adquisiciones a través del mecanismo COVAX, fueron fundamentales en la etapa de obtención de vacunas.

Al igual que en el caso de Guatemala, esta etapa también estuvo marcada por la desconfianza hacia el Gobierno y las autoridades. La adquisición de las vacunas Sputnik V, se caracterizó por la falta de claridad en el proceso de compra. A pesar de que el 5 de marzo se anunció la firma del contrato con la Federación Rusa para la compra de 4.2 millones de dosis de la vacuna Sputnik V, no se conocieron los detalles de este, como por ejemplo cronograma de entregas.

Por otro lado, en abril de 2021, la Secretaría de Salud de Honduras negó a Contracorriente, medio de comunicación independiente, el acceso a la información sobre el contrato de adquisición de la vacuna rusa Sputnik V, argumentando que el proceso de adquisición aún estaba en curso (Contra Corriente, 2021a).

Por su parte, las autoridades vinculadas sostienen que el país había formalizado un contrato de compra con Rusia, pero que no ha realizado ningún pago anticipado. La ministra de Salud de Honduras, Alba Consuelo Flores, confirmó que el país no ha desembolsado fondos por las vacunas y que el pago se realizará únicamente al momento de la entrega. El representante comercial de Rusia en la región, Piotr Pankratov, defendió la práctica de pagar al momento de recibir el producto, pero también destacó que la falta de pago anticipado ha llevado a que Rusia priorice a aquellos países que sí han realizado desembolsos. La situación ha generado un clima de incertidumbre en Honduras (El Herald, 2021h).

Como se observó en la Tabla 42 el monto de vacunas Sputnik V recibidas distó mucho de lo estipulado en el contrato de marzo de 2021. Finalmente, en agosto de 2024, la Secretaría de Salud de Honduras anunció la anulación del contrato para la compra de 4.4 millones de dosis de la vacuna Sputnik V de Rusia. El titular de la institución, José Manuel Matheu, explicó que la decisión se tomó porque ya no se necesitan esas vacunas, dado que hay suficientes dosis de Pfizer disponibles (El Herald, 2024).

A pesar de las dificultades iniciales en la adquisición de vacunas, Honduras logró establecer un flujo de suministro más sistemático y gradual en comparación con otros países de la región. Si bien se registraron episodios que evidenciaron falta de transparencia en algunos procesos de adquisición, particularmente en el caso de la vacuna

Sputnik V, estas irregularidades no tuvieron el impacto observado en Guatemala. Otro elemento importante de destacar en esta etapa es el papel de la empresa privada, ya que, el 9 de abril de 2021, el ministro de Finanzas de Honduras, Marco Midence, firmó un convenio que permite al sector privado adquirir vacunas contra el Covid-19 para sus trabajadores y sus familias. Este acuerdo fue firmado en conjunto con las autoridades de la Secretaría de Finanzas y del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). El convenio sería completado con la firma de las autoridades de la Secretaría de Salud y de la Agencia de Regulación Sanitaria (ARSA), así como con la participación de representantes del Consejo Hondureño de la Empresa Privada (COHEP) (El Herald, 2021g).

Una vez que el convenio estuviera vigente, las autoridades de Salud y del IHSS podrán realizar compras directas de vacunas, utilizando fondos proporcionados por las empresas privadas. Se estimó que se adquirirían un millón de dosis de la farmacéutica Johnson & Johnson, las cuales serían donadas a los trabajadores y sus familiares (El Herald, 2021g).

Sin embargo, de acuerdo con la información disponible, el presupuesto para la adquisición de la vacuna provino de crédito externo administrado por la SESAL y del IHSS, no de la empresa privada (Maldonado et al., 2023, pp. 49-50).

El análisis del proceso de adquisición de vacunas en Honduras revela una evolución significativa en la estrategia del país. La decisión de concentrar inicialmente los esfuerzos en los mecanismos proporcionados por la OMS/OPS, particularmente COVAX, demostró ser insuficiente para garantizar un acceso oportuno a las vacunas. Esta limitación llevó a un cambio de la arquitectura de la política, específicamente en el componente de financiamiento, resultando en que el 56.7% de las dosis fueran obtenidas mediante acuerdos bilaterales, mientras que las donaciones representaron el 23.5% y COVAX contribuyó con el 19.8% del total.

Un factor crítico que condicionó la capacidad del país para acceder a ciertas vacunas fue la limitada infraestructura de la cadena de frío. Por esta razón, en un primer momento, Honduras optó por prescindir de la inversión en equipos de ultra refrigeración necesarios para vacunas como Pfizer o Moderna, lo que restringió sus opciones de adquisición.

La implementación del programa de vacunación evidenció una notable disparidad entre la disponibilidad de vacunas y su administración efectiva. Durante el primer semestre de 2021, de las 2,720,620 dosis recibidas, solo se administraron 1,215,233, lo

que sugiere que, más allá de las limitaciones en el suministro, existieron otros factores que afectaron la eficiencia del programa de vacunación. En este caso, es importante destacar que el país tiene un legado de sus políticas de vacunación moderado, así como una baja capacidad administrativa, lo cual puede contribuir a explicar estos resultados en el desempeño de vacunación.

Administración de la vacuna

Diseño del plan de vacunación

En enero de 2021, la Secretaría de Salud publicó el “Plan Nacional de Introducción de la Vacuna contra la COVID-19 en Honduras, 2020-2021”, que tenía como objetivo “Contribuir al control de la pandemia de la COVID-19 a nivel nacional, a través de la vacunación con base al análisis epidemiológico nacional y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud”. Posteriormente, en febrero, esta institución publicó los “Lineamientos técnicos y operativos de introducción de la vacuna contra COVID-19” cuyo fin fue “Establecer los lineamientos técnicos y operativos para incorporar la vacuna contra la COVID-19 en el esquema nacional de vacunación” (Secretaría de Salud, Honduras, 2021a). Ambos fundamentaron las bases para la vacunación contra la Covid-19 en el país

De acuerdo con el Plan Nacional, para coordinar el acceso e introducción de la vacuna contra la COVID-19, la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud designó al Subsecretario de Proyectos e Inversión como líder político y a la Jefa del Programada Ampliado de Inmunizaciones (PAI) como coordinación técnica del proceso. Basándose en el marco político y legal vigente en el país, y bajo la dirección político-técnica de la SESAL, se formó el Equipo de Integración Nacional (EIN) con participación interinstitucional y cooperación externa para desarrollar e implementar el plan de introducción de la vacuna contra la COVID-19, estableciendo 14 subgrupos de trabajo (Secretaría de Salud, Honduras, 2021a).

A nivel regional y municipal, también se establece la formación un Equipo de Integración encargado de elaborar e implementar el plan de introducción de la vacuna contra la COVID-19. Se crearán y operarán Equipos de Integración Regional, Equipo Coordinador de Red (ECOR) y subgrupos de trabajo, con funciones específicas para la implementación de la estrategia (Secretaría de Salud, Honduras, 2021a).

El diseño del plan de vacunación en Honduras refleja la influencia histórica de las políticas de inmunización del país, fundamentadas en la experiencia del Programa

Ampliado de Inmunizaciones (PAI). No obstante, la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia presentó nuevos desafíos: si bien se contemplaron estrategias locales y regionales de vacunación, la implementación inicial se caracterizó por un enfoque predominantemente centralizado.

Los objetivos de esta estrategia, para enero del 2021, fueron los siguientes (Secretaría de Salud, Honduras, 2021a, pp. 28-29)

Objetivo General:

El objetivo principal del plan es contribuir al control de la pandemia de COVID-19 a nivel nacional mediante la vacunación, basada en el análisis epidemiológico nacional y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Objetivos Específicos:

- Proteger la integridad del sistema de salud: Vacunar a los trabajadores de salud en todos los niveles de atención de la red de servicios de salud del país, tanto públicos como privados.
- Reducir la mortalidad y morbilidad severa: Vacunar a los grupos de población de mayor riesgo, identificados según el análisis epidemiológico nacional y las recomendaciones de la OMS, para disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad severa asociadas a la COVID-19.
- Asegurar la continuidad de los servicios básicos: Vacunar a los trabajadores esenciales que están expuestos a un alto riesgo de transmisión de la enfermedad, garantizando así la continuidad de los servicios básicos para la población.
- Reducir la transmisión comunitaria: Ampliar la vacunación a otros grupos de población vulnerables y en riesgo de transmisión, de acuerdo con la disponibilidad de vacunas, para disminuir la propagación de la infección en la comunidad.

Sobre la definición de grupos priorizados, presenta la siguiente estrategia (Secretaría de Salud, Honduras, 2021a, pp. 30-33):

Tabla 44

Población priorizada para vacunar contra la COVID-19 según objetivos y justificación técnica, Honduras, 2021

Objetivo	Justificación técnica	Grupos para vacunar	Subgrupo priorizado ala oferta limitada de vacuna
Contribuir a la protección de la integridad del sistema de salud público y no público,	• Riesgo de alto a muy alto de infectarse y transmitir el virus. • Mantener los servicios de salud funcionando,	• Trabajadores de salud públicos y no públicos	• Trabajadores de saludque brindan atención directa a la población.

a través de la vacunación de los trabajadores de salud, en todos los niveles de atención de la red de servicios de salud del país.	atendiendo la demanda a la población durante la pandemia. • Prevenir la transmisión del virus a los convivientes de los trabajadores de salud.		
Contribuir en la reducción de la mortalidad y morbilidad severa asociada a la COVID-19, vacunando a grupos de población de mayor riesgo, identificados de acuerdo al análisis epidemiológico nacional y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.	• Mayor riesgo de morbilidad y mortalidad basado en la caracterización epidemiológica de la COVID-19 en el país. • Otros grupos en riesgo por condición de hacinamiento o concentración.	• Adultos mayores de 60 años • Privados de libertad • Estudiantes universitarios	• Adultos mayores concentrados en centros de cuidado y asilos. • Adultos mayores con dos o más comorbilidades
	• La evidencia epidemiológica mundial y nacional indica que los grupos con comorbilidad y condiciones de salud subyacentes tienen un riesgo significativo mayor de enfermedad grave o muerte. • Las personas con dos o más comorbilidades tienen un mayor riesgo de enfermedad grave y muerte.	• Enfermedad cardiovascular • Hipertensión • Enfermedad renal crónica • Enfermedad respiratoria crónica • Enfermedad hepática crónica • Diabetes • Cánceres con inmunosupresión directa • Cánceres sin inmunosupresión directa, con posible inmunosupresión causada por el tratamiento • VIH/Sida • Tuberculosis (activa) • Trastornos neurológicos crónicos. • Trastornos de células falciformes • Obesidad severa	• Población con dos o más comorbilidades
Asegurar la continuidad de los servicios básicos para la población del país, a través de la vacunación de los trabajadores esenciales expuestos a alto riesgo de transmisión de la enfermedad.	Asegurar el funcionamiento de los servicios públicos esenciales priorizados del país.	• Trabajadores de atención al público y cuadrillas del SANAA, ENEE y HONDUTEL, cable e internet. • Personal de seguridad: Policía Nacional, Fuerzas Armadas y custodios de los centros penitenciarios. • Servicios de socorro: Bomberos, COPECO, Cruz Roja y Cruz Verde, 911 y COVI.	Bajo un escenario de vacuna limitada este grupo será priorizado para la vacunación.

		• Recolectores de desechos sólidos y tren de aseo, cuadrillas de limpieza de Alcaldías Municipales. • Trabajadores de construcción de infraestructura vial y sanitaria. • Trabajadores de las aduanas terrestres, aéreas y marítimas.	
	Personal con alto riesgo de enfermar y contagiar a otras personas por la ocupación laboral.	• Personal docente de centros educativos públicos y no públicos. • Comunicadores sociales (reporteros y camarógrafos). • Rubro de combustible (Bomberos, cajas y atención al público en tiendas de conveniencia, personal que transporta combustible, personal técnico de carga y descarga de combustible). • Mercados Municipales y ferias del agricultor. • Supermercados, mercaditos. • Farmacias y puestos de venta de medicinas. • Repartidores de servicio a domicilio. • Personal de atención al cliente de la banca. • Líderes religiosos.	• Personal de centros educativos de prebásica y básica. • Trabajadores de los mercados, supermercados, farmacias, gasolineras y trabajadores de servicio a domicilio. • Líderes religiosos.
	Personal específico y fundamental para el funcionamiento de la estructura del Estado.	Poder ejecutivo: • Presidente de la República • Titulares de las Secretarías de Estado: Secretarios de Estado, Subsecretarios y Direcciones Generales de Estado del nivel central. Directores Departamentales. • Trabajadores que brindan atención en ventanilla y cuadrillas en campo con contacto directo con la	Se priorizarán de acuerdo a la disponibilidad de vacuna y al contexto epidemiológico de la COVID-19, considerando los mayores de 60 años y población con comorbilidad o condiciones subyacentes.

		población de las Secretarías de Estado. • Entes descentralizados o Desconcentrados del Estado. Poder Legislativo: • Presidente del congreso • Diputados propietarios y suplentes Poder Judicial: • Magistrados de la corte suprema de justicia • Jueces, fiscales y procuradores, secretarios y archiveros. • Personal del Cuerpo Diplomático acreditado en el país, titulares de las embajadas y personal de atención al público. • Agencias de Naciones Unidas.	
	Personal que brindan servicios esenciales para fortalecer la capacidad productiva (de acuerdo con disponibilidad de vacuna)	• Industria agroalimentaria (carne, lácteos y cafetera). • Transporte de personas (urbano, interurbano y colectivo). • Operarios de maquilas. • Trabajadores del Sector turismo (Hoteles, restaurantes, y guías turísticos) • Constructoras de aeropuertos.	• Trabajadores de Industria agroalimentaria • Trabajadores del transporte de carga y de personas (urbanos e interurbanos y colectivos) • Operarios de maquilas. • Trabajadores del Sector turismo (Hoteles, restaurantes, y guías turísticos).

Nota. Adaptado de Plan Nacional de Introducción de la Vacuna contra la COVID-19 en Honduras, 2020-2021, por SESAL, 2021

De acuerdo con la información de la Tabla 44, los grupos priorizados representan el 20% de la población total. Según el Plan, se estableció como objetivo alcanzar una cobertura nacional de vacunación contra la COVID-19 de al menos el 95% en cada región sanitaria, red/municipio y establecimiento de salud, para todos los grupos de riesgo priorizados (Secretaría de Salud, Honduras, 2021a, p. 33).

Considerando la disponibilidad de vacunas así como las eventuales fechas de entrega, la SESAL ha programado realizar la vacunación en las siguientes tres fases (Secretaría de Salud, Honduras, 2021a, pp. 34-35):

Tabla 45*Fases de vacunación contra la COVID-19, Honduras, 2021*

Fases de vacunación	Grupos Priorizados	Fecha prevista
Primera fase	• Trabajadores de salud públicos y no públicos • Adultos mayores concentrados en asilos y centros de cuidado diurno • Personas de 60 años con una o más comorbilidades • Personal de servicios de socorro • Personal de seguridad • Empleados públicos de los Poderes del Estado que brindan atención directa	Dependerá de la fecha de llegada de la vacuna, primera campaña
Segunda fase	• Adultos mayores de 60 años • Población con comorbilidades y condiciones subyacentes de 18 a 59 años • Trabajadores esenciales para el funcionamiento del Estado y la economía	Segundo semestre 2021 de acuerdo con recibo de vacuna, varias campañas
Tercera fase	• Otros grupos en riesgo • Población de 50 a 59 años • Privados de libertad • Estudiantes mayores de 18 años • Trabajadores del sector informal de la economía según la situación epidemiológica del país • Migrantes en centros de retornados • Se ampliará la vacunación de acuerdo con capacidad de producción mundial y oferta de la vacuna, a otros grupos de edad según la caracterización epidemiológica del país que el país presente en el 2021	Segundo semestre 2021 de acuerdo con recibo de vacuna, varias campañas

Nota. Adaptado de Plan Nacional de Introducción de la Vacuna contra la COVID-19 en Honduras, 2020-2021, por SESAL, 2021

Para determinar los grupos de población objetivo a vacunar contra la COVID-19, se consideraron los grupos de población priorizados basándose en la experiencia del país con ciertos grupos en riesgo que se vacunan anualmente contra la Influenza estacional, el censo de trabajadores de salud públicos (SESAL e IHSS) y no públicos, las proyecciones de población del INE para el grupo de 60 años y más, el análisis de los resultados del Modelo sobre condiciones de salud subyacentes para COVID-19 grave en Honduras y el censo de trabajadores esenciales (Secretaría de Salud, Honduras, 2021a, p. 35).

Según la planificación presentada, la SESAL prevé que la vacunación en las tres fases mencionadas cubrirá al 81.5% (4,662,000) de la población elegible, basándose en las proyecciones del INE para el año 2021 (9,450,711), lo que implica la adquisición de 9,324,000 dosis. Este número de dosis fue prácticamente alcanzado en octubre de 2021, mes en el que se registra que Honduras ha adquirido 9.156.598 dosis de vacunas

(Secretaría de Salud, Honduras, 2021a, p. 35). Sin embargo, para finales del 2021, Honduras no había alcanzado a vacunar al 50% de su población con una dosis.

Con respecto a las tácticas de vacunación, la SESAL expone las principales recomendaciones para cada uno de los grupos establecidos:

Tabla 46

Tácticas según el grupo de población a vacunar, Honduras, 2021

Grupos para vacunar	Tácticas recomendadas
Trabajadores de salud públicos y no públicos	• Vacunación institucional de población cautiva. • Puestos fijos en establecimientos de salud, por servicios de atención y turnos. • Concentración en sedes municipales para vacunación, considerando presentación multidosis de la vacuna.
Población con comorbilidades y condiciones subyacentes	• Referencia (prescripción médica) de servicios de atención ambulatoria a centros de vacunación. • Captación en servicio de salud especializado en forma pasiva o por generación de la demanda, mediante comunicación social. • Vacunación casa a casa, puestos fijos y móviles a nivel comunitario.
Adultos mayores de 60 años	• Vacunación en los establecimientos de salud. • Vacunación en centros de concentración de adultos mayores (centros de cuidado, asilos). • Vacunación casa a casa, puestos fijos y móviles a nivel comunitario. • Vacunación en lugares especiales: farmacias, supermercados, mercados, bancos, centros de trabajo, etc.
Trabajadores esenciales	• Vacunación en establecimientos de salud, por demanda con base a programación. • Vacunación por puestos fijos en la sede de su organización, asociación o institución respectiva.

Nota. Adaptado de Plan Nacional de Introducción de la Vacuna contra la COVID-19 en Honduras, 2020-2021, por SESAL, 2021

Según la información presentada en la Tabla 46, la prestación del servicio de vacunación fue diseñada para ejecutarse tanto en establecimientos de salud como mediante jornadas domiciliarias, constituyendo un elemento fundamental en la arquitectura de la política. Sin embargo, la implementación posterior difirió de lo planificado

El Plan Nacional de Introducción de la Vacuna contra la COVID-19 en Honduras estableció una estructura organizativa coordinada en diferentes niveles e instituciones para asegurar su ejecución. Las principales acciones en esta línea fueron las siguientes (Secretaría de Salud, Honduras, 2021a, p. 39):

- Conformación de equipo político técnico para acceso a la vacuna.

- Conformación y funcionamiento de un Equipo de Integración Nacional para el Acceso e Introducción de la vacuna.
- Reuniones del Consejo Consultivo Nacional de Inmunizaciones (CCNI), para recomendaciones de la política de inmunizaciones y socialización del Plan.
- Conformación y funcionamiento de Equipos de Integración Regional, Red/ECOR/municipio y subgrupos de trabajo, para la implementación del Plan de Introducción.
- Reuniones del Comité de Cooperación Interagencial en Salud, Mesa de Cooperantes en Salud y Reforma (CESAR), Mesa Multisectorial, para socialización del Plan, movilización de recursos y avances en la implementación.
- Reuniones con las Mesas Intersectoriales departamentales y municipales, para socialización del Plan, movilización de recursos y avances en la implementación.
- Reuniones informativas del Plan de Introducción de la Vacuna contra la COVID-19 con los colegios profesionales de la salud.

Con respecto a la seguridad de la vacunación, se establecen protocolos para la notificación de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVI), así como la necesidad de comunicar de manera efectiva cualquier preocupación del público sobre la seguridad de las vacunas. Se propone la creación de boletines informativos y la asistencia técnica para desarrollar un sistema de farmacovigilancia que monitoree estos eventos. Además, se sugiere la capacitación del personal de salud en prácticas seguras de vacunación y la investigación de cualquier incidente relacionado con la vacunación, asegurando así la confianza de la población en el proceso (Secretaría de Salud, Honduras, 2021a, pp. 41-42).

En el segmento de recursos humanos, se aborda la necesidad de contar con el personal adecuado para llevar a cabo las actividades de vacunación. Se realiza un diagnóstico que identifica la cantidad y tipo de recursos humanos requeridos, destacando la importancia de los Auxiliares de Enfermería, Licenciadas en Enfermería, digitadores y guardalmacenes. Se menciona que, para cubrir las brechas existentes, es fundamental movilizar recursos financieros que permitan la contratación de personal en modalidad permanente. Se prioriza la asignación de recursos humanos en las regiones con las tasas más bajas de vacunación y altas incidencias de COVID-19, asegurando así una respuesta efectiva y sostenible en el tiempo (Secretaría de Salud, Honduras, 2021a, pp. 42-43).

En esta misma línea se reconoce que, frente a los desafíos impuestos por la pandemia, es crucial que el personal cuente con los conocimientos y habilidades necesarios. Se propone un plan de capacitación que abarque diferentes niveles y modalidades de aprendizaje, incluyendo tanto la formación virtual como presencial. Esto permitirá que el personal esté bien preparado para llevar a cabo la introducción de la vacuna contra la COVID-19 de manera efectiva y segura (Secretaría de Salud, Honduras, 2021a, p. 43).

En el Plan también se destaca la importancia de una comunicación efectiva para fomentar la aceptación de la vacuna contra la COVID-19 entre la población. Se plantean estrategias y actividades que buscan generar confianza en la vacunación, abordando preocupaciones y mitos que puedan existir. Se propone el diseño de campañas de comunicación que incluyan mensajes claros sobre la seguridad y eficacia de la vacuna, así como la participación de la comunidad en el proceso. Además, se sugiere la coordinación con diferentes actores, como asociaciones médicas y colegios profesionales, para asegurar que la información sea accesible y comprensible. La movilización social se considera esencial para promover la participación de la población en las campañas de vacunación, facilitando así una implementación más efectiva (Secretaría de Salud, Honduras, 2021a, pp. 43-44).

Con respecto al sistema de información para la vacunación, se establece la necesidad de contar con plataformas y herramientas que proporcionen datos precisos y oportunos sobre el estado de la vacunación en el país. Esto incluye el diseño de un sistema de información en tiempo real que registre la vacunación de manera nominal, así como la incorporación de la nueva vacuna en los sistemas existentes. Se prevé la impresión de formularios de registro y la revisión de carnets de vacunación, asegurando que toda la información relevante esté disponible para los establecimientos de salud (Secretaría de Salud, Honduras, 2021a, p. 44).

Considerando lo anterior, se llevará a cabo la ejecución de la vacunación, mediante un enfoque estructurado que incluye la preparación y despliegue del personal de salud en los diferentes niveles, desde el regional hasta el local. Se enfatiza la importancia de cumplir con las medidas de prevención de infecciones, como el triaje al ingreso a los sitios de vacunación, así como el respeto a las normas de bioseguridad y distanciamiento físico. La ejecución de la vacunación se planifica de manera que se garantice un acceso equitativo a la vacuna, priorizando a los grupos más vulnerables y asegurando que el proceso sea fluido y eficiente. Además, se contempla la necesidad de

coordinar con las autoridades locales y otros actores para facilitar la logística y la distribución de las vacunas (Secretaría de Salud, Honduras, 2021a, pp. 44-45).

Como parte del proceso, se propone la elaboración de guías de supervisión que sirvan como herramientas para evaluar el desempeño del personal de salud en la implementación del plan. Se establece un sistema de monitoreo que incluye la verificación de la cobertura de vacunación, el cumplimiento de las medidas de bioseguridad y la identificación de áreas que requieran atención adicional. La recopilación de datos se realiza a través de listas de verificación e indicadores de proceso, lo que permite un seguimiento continuo de la campaña. Además, se prevé la realización de Monitoreos Rápidos de Vacunación (MRV) para evaluar la situación en tiempo real y hacer ajustes necesarios en la estrategia de vacunación (Secretaría de Salud, Honduras, 2021a, p. 45).

El “Plan Nacional de Introducción de la Vacuna contra la COVID-19 en Honduras, 2020-2021” presenta una estrategia de administración de la vacuna que se fundamente en los legados de políticas de vacunación preexistentes en Honduras. Tal y como lo indican Blofield et al, el contexto del COVID-19 requería una respuesta rápida, por lo que en lugares donde existía un programa de inmunización relativamente sólido, los responsables políticos podían recurrir no solo a las bases de datos de usuarios y redes de distribución de beneficios preexistentes, sino también utilizar la red como modelo para una mayor expansión de la protección social (Blofield et al., 2023, p. 26).

No obstante, existen divergencias significativas entre la estrategia propuesta en el plan de vacunación y su implementación efectiva, lo cual contribuye a explicar los resultados obtenidos por el país. Esto evidencia que, además de los factores históricos precedentes, diversos elementos adicionales influyeron en el proceso.

Implementación del plan de vacunación

Como se ha indicado anteriormente, no se cuenta con información institucional que permita reconstruir todo el proceso de vacunación, por lo tanto, para la etapa de la implementación del plan de vacunación, se utilizará principalmente la información ofrecida por la prensa, especialmente el Diario El Herald.

Tomando en cuenta lo anterior, los principales elementos que permiten reconstruir la etapa de administración de la vacuna durante el primer semestre de 2021 fueron los siguientes:

El 27 de febrero de 2021, Honduras inició la vacunación de su personal de salud contra la Covid-19, marcando un hito importante en la lucha contra la pandemia. Personal de primera línea de diversas regiones, incluyendo Copán, Choluteca, San Pedro Sula y la capital, fueron los primeros en recibir la vacuna. Este proceso se llevó a cabo en 21 centros de vacunación, donde se distribuyeron las primeras 5,000 dosis de la vacuna Moderna, donadas por el gobierno de Israel (El Herald, 2021d).

La jornada comenzó con la vacunación de los primeros 60 empleados de salud, y se esperaba que continuara en los días siguientes. Las autoridades de salud, lideradas por la titular de la Secretaría de Salud, expresaron su agradecimiento y optimismo. Sin embargo, surgieron denuncias sobre la administración de vacunas a personas que no pertenecen a este grupo prioritario, lo que generó preocupación. Edwin Cruz, director de un centro asistencial, defendió la inclusión de ciertos empleados, como el jefe de Relaciones Públicas y el presidente del sindicato, argumentando que su trabajo los expone al virus, ya que realizan tareas relacionadas con la Sala COVID. Sin embargo, César Enríquez, jefe del servicio de emergencia del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), denunció que muchas enfermeras de primera línea no habían sido vacunadas, mientras que personal de otras áreas, con menor riesgo, sí recibió la vacuna (El Herald, 2021d).

La segunda campaña de vacunación dio inicio el 16 de marzo de 2021, día en el que más de 1,000 trabajadores de la salud en Honduras recibieron la primera dosis de la vacuna contra la Covid-19, específicamente la de Astrazeneca, donada a través del mecanismo Covax. La jornada de vacunación se inició en el centro de salud Alonso Suazo, donde estuvieron presentes el presidente Juan Orlando Hernández y la ministra de Salud, Alba Flores (El Herald, 2021e).

La ministra Flores anunció que la campaña de vacunación se extendería por ocho días, enfocándose en el personal de hospitales públicos, privados y del Seguro Social. Además, se informó que el 25 de marzo se aplicaría la segunda dosis de Moderna a 2,696 trabajadores que ya habían recibido la primera dosis. Se anticipa la llegada de 91,200 dosis adicionales de Astrazeneca a finales de marzo, también donadas por COVAX/GAVI (El Herald, 2021e).

Como parte de esta segunda campaña de vacunación, se espera beneficiar a más de 52,000 trabajadores de la salud. Inicialmente, se planeaba vacunar a 48,000 trabajadores, pero gracias a la obtención de dosis adicionales, se espera que el número total de vacunados supere las expectativas. La jefa del Programa Ampliado de

Inmunizaciones (PAI), Ida Berenice Molina, confirmó que, de cada frasco de vacuna, que originalmente contenía 10 dosis, se están extrayendo en promedio 11, lo que resulta en más de 4,000 dosis adicionales. Estas dosis extras se destinarán a personal de salud tanto del sector público como privado, incluyendo a aquellos que han sido recientemente contratados y a otros trabajadores esenciales (El Heraldó, 2021f).

De acuerdo con Molina, la vacunación se llevará a cabo del 17 al 19 de marzo en el Polideportivo de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), y se espera que se vacune a un gran número de trabajadores en el menor tiempo posible. Durante el primer día de la campaña, se vacunó a 3,640 trabajadores de 11 regiones sanitarias, y se planea continuar con la jornada, asegurando que todos los trabajadores de salud censados tengan la oportunidad de recibir la vacuna (El Heraldó, 2021f). Para el 26 de marzo, ya se habían aplicado las 50.000 dosis del lote No.2 y el país volvería a recibir un nuevo cargamento hasta el 16 de abril de 2021.

En un artículo publicado el 19 de abril de 2021 por el Diario El Heraldó, se aborda la situación del plan de vacunación contra el COVID-19 en Honduras. La jefa del PAI, Ida Molina, aseguró que, a pesar de los retrasos en la llegada de las vacunas, el cronograma de vacunación no se verá alterado. Entre abril y junio, las autoridades habían establecido que se vacunaría a los trabajadores de la salud, tanto del sector público como privado, así como al personal de cuerpos de socorro, quienes están en la primera línea de combate contra la enfermedad (El Heraldó, 2021i).

Además, se planeaba inmunizar a los adultos mayores y a varios funcionarios de la administración pública, incluyendo presidentes, secretarios y diputados. Hasta la fecha de la noticia, solo se habían administrado aproximadamente 52,000 dosis a trabajadores de la salud, y se esperaba aplicar 3,000 dosis adicionales de la vacuna Sputnik V en la semana siguiente (El Heraldó, 2021i).

Acá se pueden observar las implicaciones en la disponibilidad de vacunas que tuvo el país durante el primer semestre de 2021.

El 22 de abril de 2021, se inició la aplicación de la vacuna Sputnik V. En esta primera jornada, se distribuyeron 3,000 dosis, comenzando a las 8:00: a.m. La vacunación se llevó a cabo en el Polideportivo de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), donde se esperaba vacunar a 1,950 trabajadores de la salud de 17 establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados, en el Distrito Central (El Heraldó, 2021j).

Simultáneamente, en la región metropolitana de San Pedro Sula, se vacunaría a 890 trabajadores de salud en la Universidad Católica del Valle de Sula. Además, 160 profesionales de la salud de Olancho recibirían la vacuna en el Hospital Santo Hermano Pedro de Juticalpa. Se programó que la segunda dosis de la vacuna se administrara 21 días después, completando así el esquema de inmunización para estos esenciales recursos humanos (El Herald, 2021j).

El 1 de mayo de 2021, el diario El Herald reportó que la Secretaría de Salud de Honduras se encuentra preparada para iniciar la cuarta jornada de vacunación contra el COVID-19, programada para el 6 de mayo. La titular de la Secretaría, Alba Consuelo Flores, anunció que se espera la llegada de 189,600 dosis de la vacuna Astrazeneca, donadas a través del mecanismo COVAX-GAVI, así como 40,000 dosis de la vacuna Sputnik V. Sin embargo, surgieron dudas sobre la llegada de la vacuna rusa, ya que se reportaron problemas logísticos que podrían retrasar su entrega (El Herald, 2021k).

A pesar de estas incertidumbres, el viceministro de Salud, Nery Cerrato, aseguró que el plan de vacunación está listo y que se vacinará a 228,560 personas en 20 regiones sanitarias del país, priorizando a grupos en riesgo, como adultos mayores de 60 años, pacientes renales en diálisis y trabajadores esenciales de servicios básicos (El Herald, 2021k).

El 7 de mayo se inició la cuarta jornada de vacunación contra la COVID-19. En esta fase, se priorizó la vacunación del personal sanitario, tanto del sector público como privado, quienes recibieron la vacuna AstraZeneca en diferentes ciudades del país, incluyendo Tegucigalpa, Comayagua y San Pedro Sula. Roberto Cosenza, viceministro de Salud y encargado de la gestión de la pandemia en la zona norte, destacó la importancia de esta jornada, extendiendo el horario de vacunación hasta las 8:00 p.m. para alcanzar a un mayor número de personas. Además, anunció que la próxima semana comenzarán a vacunar a personas mayores de 75 años. Sin embargo, Cosenza también mencionó que aún no hay una fecha confirmada para la llegada de las vacunas rusas Sputnik V, lo que genera incertidumbre en el proceso de vacunación (El Herald, 2021l).

En un artículo publicado el 10 de mayo de 2021 por el Diario El Herald se aborda la desigualdad en la distribución de vacunas contra la COVID-19 en Honduras, donde departamentos con altos índices de contagio, como Francisco Morazán y Cortés, han recibido una cantidad significativa de dosis, mientras que otros, como Comayagua y Yoro, han recibido dosis desproporcionadas en relación con sus casos de contagio. A pesar de que el país recibió 189,600 vacunas a través de Covax, la Secretaría de Salud

reporta una distribución total de 208,502 dosis, sugiriendo que se obtienen más dosis de lo indicado en las etiquetas de los frascos (El Heraldó, 2021m).

Sumado a esto, la noticia destaca el desorden en los centros de vacunación, lo que ha generado preocupaciones sobre la seguridad y la organización en el proceso de inmunización. La inclusión de jefes y directores de instituciones en las listas de priorización para la vacunación ha sido criticada como un acto de corrupción, ya que hay poblaciones más vulnerables que deberían ser atendidas primero (El Heraldó, 2021m).

Más allá de distribución de las vacunas a lo largo del territorio, es fundamental resaltar que las irregularidades en este proceso pueden afectar la confianza de la sociedad hacia las autoridades competentes. Como se ha indicado anteriormente, estudios recientes han demostrado que la confianza en las autoridades de salud pública tiene una correlación más fuerte con la aceptación de la vacunación en comparación con la confianza en el gobierno. Esto sugiere que cuando los ciudadanos confían en las instituciones de salud, es más probable que se vacunen (Devine et al., 2024, p. 657)

A partir del 11 de mayo de 2021, se implementaron autoservicios de vacunación en San Pedro Sula, Honduras, dirigidos a personas mayores de 75 años, específicamente aquellos nacidos en 1946. Esta iniciativa fue anunciada por el viceministro de Salud, Roberto Cosenza, quien destacó la importancia de facilitar el acceso a la vacuna de manera rápida y masiva. Los centros de vacunación se establecieron en tres ubicaciones clave: la Universidad Tecnológica de Honduras, la Universidad Católica y un triaje en el Bulevar del Norte. Este esfuerzo forma parte de un plan más amplio para inmunizar a la población del departamento de Cortés, pionero en la implementación del proceso de autoservicio (El Heraldó, 2021n).

El establecimiento de los centros de vacunación prioritariamente en la capital constituye un elemento crítico en la arquitectura de la política de inmunización, específicamente en el componente de provisión del servicio, ya que establece un patrón de centralización urbana, que contribuye a explicar el desempeño del país en la vacunación contra la Covid-19.

En mayo de 2021, Honduras recibió un cargamento de 40 mil vacunas contra el COVID-19 donadas por El Salvador. Sin embargo, de acuerdo con el Diario El Heraldó, la falta de insumos esenciales, como jeringas y carnés de vacunación, impidió que la inmunización comenzara de inmediato en al menos cinco de los siete municipios que debían recibir las dosis, como, por ejemplo, San José de Colinas, Santa Bárbara y Ojojona. Sumado a lo anterior, a pesar de que el personal de salud había planeado iniciar la

vacunación el lunes 17 De mayo, la presión de los medios y la comunidad llevó a que la Secretaría de Salud autorizara el trabajo durante el fin de semana (El Herald, 2021o). Por su parte, el alcalde de San José de Colinas, Amable de Jesús Hernández, y otros funcionarios expresaron su agradecimiento por la donación y la disposición del personal de salud para comenzar la vacunación. La ministra de Salud, Alba Flores, aseguró que había presupuesto para pagar horas extras al personal y que se utilizarían los insumos necesarios para iniciar la vacunación de inmediato. De acuerdo con el PAI, a pesar de los desafíos iniciales, se esperaba que la campaña de vacunación alcanzara a 18,700 personas en los siete municipios beneficiados (El Herald, 2021o).

Esta situación refleja la limitada capacidad estatal de Honduras para gestionar eficazmente los recursos humanos y materiales en la implementación de su política de vacunación. Este factor, sumado a la escasa disponibilidad de dosis durante el primer semestre de 2021, contribuye a explicar el desempeño del país en su campaña de vacunación contra la COVID-19.

Con la llegada del segundo lote de vacunas Sputnik-V se continúa vacunando a las personas mayores de 75 años y se incluye a más de 1,300 periodistas, fotógrafos y camarógrafos. La Secretaría de Salud del país se encargará de la distribución de las dosis, con un total de 1,000 destinadas a comunicadores en Tegucigalpa, las restantes serán distribuidas entre San Pedro Sula, Choluteca, Comayagua, La Ceiba y Tela (El Herald, 2021p).

El 25 de mayo de 2021, inició la vacunación para los afiliados del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) en cuatro municipios de Honduras: Tegucigalpa, Choluteca, Juticalpa y Catacamas.

En Tegucigalpa, se establecieron cuatro grandes centros de vacunación, cada uno destinado a diferentes grupos de edad y condiciones de salud. En la Universidad Católica, se atenderá a personas de 18 a 59 años con comorbilidades, mientras que en la Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC) se vacunará a mayores de 60 años. La Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) recibirá a jubilados y pensionados del IHSS, y la Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán (UPNFM) atenderá a afiliados del Instituto de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados y Funcionarios del Poder Ejecutivo (INJUPEMP) (El Herald, 2021q).

En Choluteca, la vacunación se llevará a cabo en el Campo Agach, y se ha establecido un cronograma específico según el último dígito de la cédula de identidad. En San Pedro Sula, la vacunación comenzará el 27 de mayo, debido a la falta de inmunizantes

disponibles en ese momento. En Catacamas, la vacunación se llevará a cabo en la Cámara de Comercio e Industrias. Las autoridades han invitado a los afiliados del IHSS a estar atentos a las comunicaciones del IHSS para conocer las fechas y detalles específicos del proceso de vacunación (El Herald, 2021q).

De acuerdo con Bessy Alvarado, directora médica del IHSS, se espera que en todo el país se vacune a entre 10,000 y 12,000 afiliados diariamente, con un enfoque especial en grupos prioritarios como personas mayores y aquellos con condiciones de salud preexistentes (El Herald, 2021q).

Como se indicó anteriormente, si bien el plan de vacunación planteaba una provisión del servicio descentralizada, hasta este momento esa estrategia no se ha implementada, dado que se ha optado por convocar a las personas a determinados centros vacunatorios.

En junio de 2021, Honduras se preparaba para llevar a cabo su quinta campaña de vacunación contra el COVID-19, programada del 21 de junio al 3 de julio. Durante esta campaña, se inmunizaría a un amplio grupo de personas, incluyendo personas con discapacidad mayores de 12 años, adultos mayores de 65 años y aquellos con comorbilidades entre 50 y 59 años. Las comorbilidades identificadas abarcan una variedad de condiciones de salud, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer, VIH/SIDA, tuberculosis activa, trastornos neurológicos crónicos, obesidad y enfermedad renal crónica (El Herald, 2021r) (El Herald, 2021s).

Además, se vacunará a trabajadores esenciales, incluyendo personal de la Policía Nacional, empleados de funerarias, del Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados, y recolectores de desechos sólidos. Con esta jornada, se esperaba que el número total de hondureños vacunados superara los 600,000, enfocándose en la primera dosis, ya que no se aplicarían segundas dosis en esta fase (El Herald, 2021r).

El viceministro de Salud, Nery Cerrato, confirmó que la decisión de no administrar segundas dosis en esta campaña se tomó tras un análisis del comité de expertos de la OMS, quienes indicaron que no había riesgo en extender el intervalo entre la primera y segunda dosis. Esto significaba que aquellos que recibieron su primera dosis en mayo tendrían que esperar hasta agosto para recibir la segunda (El Herald, 2021r).

A pesar de las expectativas de recibir nuevas dosis de vacunas, como las de Sputnik V, la ministra de Salud, Alba Consuelo Flores, mencionó que las entregas se habían retrasado. Se esperaba que las vacunas llegaran a finales de junio, pero la

incertidumbre sobre la disponibilidad de las segundas dosis generó preocupación entre la población (El Heraldó, 2021r).

En un artículo publicado el 22 de junio de 2021 por el Diario El Heraldó, se describe que miles de ciudadanos se congregaron en los centros de vacunación para recibir la primera dosis de la vacuna Pfizer contra el COVID-19. Se destaca que la quinta campaña de vacunación generó una gran expectativa y desesperación, llevando a muchos a hacer largas filas de vehículos que alcanzaban hasta cuatro kilómetros en el anillo periférico de la capital. A pesar de las dificultades, como el frío de la madrugada y el calor del mediodía, los hondureños mostraron un fuerte deseo de inmunizarse (El Heraldó, 2021t).

De acuerdo con el medio de comunicación, el proceso de vacunación, aunque rápido en su ejecución, se tornó tedioso debido a la gran cantidad de personas que no respetaban el rango de edad establecido para la inoculación, lo que complicó la logística en los centros de vacunación. La doctora Nidia Reyes, responsable de una de las estaciones de vacunación, hizo un llamado a la población para que respetara las citas y los grupos de edad, recordando que la segunda dosis de Pfizer se aplicaría tres meses después de la primera (El Heraldó, 2021t).

El primer día de quinta campaña de vacunación, se reportó que antes del mediodía se habían agotado las dosis en varios centros, lo que llevó a altercados entre los ciudadanos que esperaban ser vacunados. La ministra de Salud, Alba Flores, reconoció la situación y pidió paciencia a la población, asegurando que se haría un esfuerzo para vacunar a todos. Sin embargo, la desesperación por acceder a la vacuna se convirtió en un fenómeno común, con miles de personas buscando inmunizarse, incluso aquellos que no cumplían con los criterios de elegibilidad (El Heraldó, 2021u).

En un artículo publicado por Diario El Heraldó el 25 de junio de 2021, se expone la problemática que enfrentó la reciente campaña de vacunación. La Jefa del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Ida Berenice Molina, aclaró que no se habían agotado las vacunas a nivel nacional, sino que la Región Metropolitana había completado la aplicación de las dosis asignadas para la población de 50 a 59 años. Sin embargo, la Secretaría de Salud no comunicó adecuadamente que solo se inmunizaría al 20% de este grupo etario y al 50% de las personas mayores de 12 años con discapacidad durante la quinta jornada de vacunación, lo que generó confusión y largas filas en los centros de vacunación (El Heraldó, 2021v). Según este medio de comunicación, la jornada, mostró una desorganización significativa, ya que muchos ciudadanos acudieron en masa, sin

saber que no habría suficientes dosis para todos. Esto dejó a un gran número de personas, especialmente aquellas con enfermedades preexistentes, sin protección hasta que lleguen más vacunas en julio o agosto. Además, se destacó la falta de personal en los centros de vacunación, lo que complicó aún más el proceso. Por su parte, el infectólogo Tito Alvarado sugirió la necesidad de contratar más personal y habilitar más puntos de vacunación para evitar la concentración de personas en pocos lugares (El Herald, 2021v).

Lo ocurrido alrededor de la quinta campaña de vacunación, evidencia los obstáculos recurrentes que enfrentó esta política. Por un lado, la limitada capacidad estatal para gestionar eficazmente los recursos humanos y materiales en la etapa de administración de la vacuna, la escasa disponibilidad de dosis durante el primer semestre de 2021 y una provisión del servicio principalmente centralizada.

A partir del lunes 28 de junio de 2021, la Secretaría de Salud (SESAL) inició la vacunación de docentes en 92 municipios de siete departamentos de Honduras. De acuerdo con la institución, este proceso es parte de un esfuerzo más amplio para facilitar un regreso escalonado a las clases presenciales. Las autoridades educativas han identificado a un total de 11,929 maestros que recibirán la primera dosis de la vacuna, priorizando aquellos que no cuentan con cobertura del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) (El Herald, 2021w).

La selección de los municipios para la vacunación de maestros se basó en un criterio específico conocido como "índice de riesgo de contagio bajo". Este índice se refiere a la evaluación del riesgo de transmisión del virus en diferentes áreas, y en este caso, se consideraron aquellos municipios que presentaban un riesgo de contagio que oscila entre cero y cinco por ciento. Esto significa que solo se eligieron aquellos lugares donde la probabilidad de que el virus se propagara era relativamente baja, lo que se considera seguro para llevar a cabo la vacunación y, eventualmente, el regreso a clases (El Herald, 2021w).

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) ha establecido un calendario para la vacunación, y se ha solicitado a los docentes que lleven su documento de identificación y un carné que certifique su labor en la docencia. Este esfuerzo es parte de un plan más amplio que incluye la identificación de centros educativos para su reapertura, en colaboración con el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo (SINAGER) (El Herald, 2021w).

Este tipo de estrategias específicas para la vacunación de un sector como lo fue el de maestros, evidencia la influencia histórica de las políticas de inmunización del país, fundamentadas en la experiencia del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). No obstante, como se ha mencionado, otros factores influyeron en el resultado de desempeño de este país.

El 6 de julio de 2021, la Secretaría de Salud de Honduras anunció que las personas que recibieron su primera dosis de la vacuna AstraZeneca entre el 6 y el 13 de mayo podrían asistir a los puntos de vacunación para recibir su segunda dosis. Esta medida forma parte de la quinta campaña de vacunación (El Herald, 2021x).

A partir del 19 de julio de 2021, como parte de la quinta jornada de vacunación, se administró la segunda dosis de las vacunas Pfizer y Moderna. Esta campaña, que se extenderá hasta el 4 de agosto, tuvo como objetivo completar el esquema de vacunación de un millón de hondureños que recibieron su primera dosis a partir del 21 de junio.

Sumado a lo anterior, la Secretaría de Salud organizó la distribución de 155,610 dosis de Pfizer y 851,972 dosis de Moderna a lo largo de las 20 regiones sanitarias del país. Además, se establecieron nueve puntos fijos de vacunación en diversas instituciones educativas y centros comunitarios, así como centros móviles en universidades, para facilitar el acceso a la población (El Herald, 2021y):

- Instituto Jesús Aguilar Paz
- Técnico Luis Bográn
- Central Vicente Cáceres
- Universidad Católica
- Villa Olímpica
- Escuela Estados Unidos
- Universidad Pedagógica
- Escuela Marcos Carías
- Polideportivo de la Universidad Nacional

Sin embargo, según un informe de El Herald del 20 de julio de 2021, la capital, Tegucigalpa, ha sido escenario de largas filas de personas que esperan recibir la segunda dosis de la vacuna, lo que ha llevado a muchos a quejarse de las condiciones incómodas y del desorden en el proceso de vacunación (El Herald, 2021z). Persiste la limitada capacidad estatal para gestionar eficazmente los recursos humanos y materiales en la etapa de administración de la vacuna.

De acuerdo con el artículo, a pesar de que el gobierno ha recibido millones de dosis de vacunas, solo se ha logrado aplicar el 45% de las mismas. Expertos en salud, como el neurólogo Marco Tulio Medina y el infectólogo Tito Alvarado, han instado a las autoridades a acelerar el proceso de vacunación, especialmente ante la amenaza de nuevas variantes del virus que son más agresivas y transmisibles. Medina enfatiza la necesidad de completar el esquema de vacunación para proteger a la población, mientras que Alvarado destaca la urgencia de masificar la vacunación en un momento crítico de la pandemia (El Herald, 2021z).

Además, se destaca que el presidente Juan Orlando Hernández reconoció la necesidad de mejorar la capacidad de vacunación y anunció la llegada de más dosis al país. Sin embargo, la logística seguía siendo un desafío, y muchos ciudadanos expresaron su frustración por tener que esperar horas bajo el sol para recibir la vacuna. A pesar de que la vacunación debería ser un proceso positivo, muchos consideraron que se ha convertido en una experiencia incómoda y caótica (El Herald, 2021z).

Como parte de las medidas para poder aumentar la cantidad de personas vacunas, el 31 de julio de 2021, las autoridades sanitarias de Honduras convocaron a la población capitalina de 35 años en adelante a participar en el plan “Vacunación”, una jornada masiva de vacunación contra el COVID-19. Según el Diario El Herald, la meta era vacunar a 50,000 personas durante el fin de semana, distribuidas en 30,000 el sábado y 20,000 el domingo. La jornada se llevaría a cabo en siete centros de vacunación, ofreciendo tanto primeras como segundas dosis de la vacuna. Los ciudadanos podrían acudir en vehículo o a pie (El Herald, 2021aa).

Además, se realizarían vacunaciones en otros 27 municipios de Francisco Morazán, con el objetivo de vacunar a 25,000 personas en esas localidades. La Secretaria de Salud, Alba Consuelo Flores, expresó su deseo de que entre 100,000 y 200,000 personas asistieran, asegurando que estarían preparados para atender a un mayor número de ciudadanos que cumplieran con el requisito de edad. La jornada de vacunación se llevaría a cabo de 8:00 AM a 4:00 PM en los municipios mencionados (El Herald, 2021aa).

La implementación del plan “Vacunación” se convirtió en una medida recurrente durante el segundo semestre de 2021, diseñada para expandir la cobertura de vacunación poblacional. La introducción de esta estrategia coincidió tanto con un incremento significativo en el suministro de vacunas al país como con la proximidad de las elecciones generales programadas para noviembre de ese año.

El 2 de agosto de 2021, la SESAL, con la cooperación técnica y financiera de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), llevó a cabo un "Vacunatón" en la capital hondureña. Este evento masivo, se desarrolló durante dos días y logró la aplicación de un total de 126,149 dosis de vacunas, beneficiando a la población de Tegucigalpa y los municipios del departamento de Francisco Morazán (Organización Panamericana de la Salud, 2021a).

De acuerdo con la OPS, el "Vacunatón" se realizó en ocho puntos estratégicos de la ciudad, con la participación de cerca de 80 brigadas que ofrecieron tanto vacunación peatonal como vehicular. Además, 27 cabeceras municipales se unieron a esta iniciativa, permitiendo que miles de personas accedieran a la vacuna (Organización Panamericana de la Salud, 2021a).

Piedad Huerta, representante de la OPS/OMS en Honduras, destacó la importancia de la vacunación, afirmando que "cada vacuna que se ponga es una vida que se salva". La Primera Dama, Ana García de Hernández, y la Ministra de Salud, Alba Consuelo Flores, también hicieron un llamado a la población para que se vacune, agradeciendo el apoyo de la OPS/OMS y el mecanismo COVAX en la gestión de las vacunas (Organización Panamericana de la Salud, 2021a).

En esta misma línea, la OPS destaca que durante los meses de agosto y septiembre de 2021, se llevaron a cabo jornadas de vacunación, denominadas, "vacunatones", en diversas regiones del país, priorizando a las comunidades más vulnerables y de difícil acceso. Los "vacunatones" se organizaron en cuatro zonas principales: la Zona Central, que incluye la Región Metropolitana de Tegucigalpa y Francisco Morazán; la Zona Sur-oriental y norte, que abarca Choluteca, Valle, Cortés, Yoro, La Paz, Comayagua, El Paraíso y Olancho; la Zona del Litoral Atlántico, que comprende Atlántida, Islas de la Bahía, Colón y Gracias a Dios; y la Zona de Occidente, que incluye Ocotepeque, Copán, Intibucá y Lempira (Organización Panamericana de la Salud, 2021b)

De acuerdo con la OPS, estas jornadas no solo se centraron en la aplicación de la primera dosis, sino que también se organizaron para asegurar que la población completara su esquema de vacunación con la segunda dosis (Organización Panamericana de la Salud, 2021b).

El personal de la OPS/OMS en Honduras colaboró estrechamente con el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) para establecer un sistema de información que permitiera monitorear en tiempo real la cantidad de dosis aplicadas y la vacuna utilizada, facilitando así la gestión del proceso de vacunación. A lo largo de dos meses, este sistema

fue adoptado por las regiones sanitarias, lo que permitió un seguimiento efectivo de las jornadas (Organización Panamericana de la Salud, 2021b).

También se subraya que la iniciativa fue bien recibida por la población, que, a pesar de los temores iniciales sobre la vacunación, acudió masivamente a los puntos de vacunación. Se realizaron campañas de comunicación en varios idiomas para informar y motivar a la comunidad a participar en el proceso de vacunación, destacando la importancia de proteger la salud de todos, especialmente de las mujeres embarazadas (Organización Panamericana de la Salud, 2021b).

Sin embargo, en el marco de la ejecución de la estrategia “Vacunatón”, surgieron denuncias sobre la politización de las vacunas por parte del Partido Nacional y algunos alcaldes, quienes supuestamente estaban utilizando la campaña de vacunación para ganar simpatías y votos. En un reciente informe, el medio de comunicación alternativo Contra Corriente denunció inequidades en la ejecución de la campaña de vacunación 'Vacunatón' en Honduras. En específico, se documentaron casos en el municipio de El Progreso, Yoro, donde adultos mayores como Luis Alonso Morales (71 años) y Adán Gómez (57 años) experimentaron dificultades para acceder a la vacuna, a pesar de largas horas de espera bajo el sol. Paralelamente, se observó que personas más jóvenes recibían las dosis con mayor facilidad (Contra Corriente, 2021b).

La campaña “Vacunatón”, fue presentada por el gobierno hondureño como la iniciativa de vacunación más ambiciosa hasta la fecha, la cual contó con el respaldo de donaciones internacionales y fue encabezada por la Secretaria de Salud, Alba Consuelo Flores, y el presidente Juan Orlando Hernández. Además, se estableció un equipo interinstitucional para implementar el plan durante los días 31 de julio y 1 de agosto (Contra Corriente, 2021b).

Por su parte, Contra Corriente, argumenta que a pesar del anuncio gubernamental de contar con 4.5 millones de vacunas para inmunizar a 2.2 millones de hondureños, para esa fecha, Honduras y Haití figuraban como los países latinoamericanos con los índices de vacunación más bajos. Sumado a esto, aunque el programa “Vacunatón” parece ser una iniciativa efectiva, especialmente en términos de propaganda y publicidad, en la práctica no lo es. La Secretaría de Salud (SESAL) es la encargada de la aplicación de las vacunas a nivel nacional, pero la institución está controlada por funcionarios activistas del Partido Nacional. Sin embargo, Honduras cuenta con 298 municipalidades, gobernadas por alcaldes del Partido Liberal o de Libertad y Refundación (Libre), quienes

han denunciado el mal manejo y la politización del proceso de vacunación (Contra Corriente, 2021b).

A lo largo del mes de agosto y setiembre, el plan “Vacunación” es replicado en distintos departamentos y municipios de Honduras. Este es presentado como una jornada masiva que busca proteger la vida de los hondureños bajo con el lema “Vacuna + Cuidado = - Protección”, también es definido como un esfuerzo logístico y humano puesto a la disposición de los hondureños, para salvaguardar la vida de todos (Instituto Hondureño de Turismo, 2021). Sin embargo, también es importante destacar que se presenta como una iniciativa del Presidente de la República Juan Orlando Hernández, lo cual puede explicar el cuestionamiento de organizaciones como Contra Corriente.

No obstante, este contexto sugiere que la vacunación se posicionó como tema central en la agenda electoral, generando incentivos para que líderes políticos, incluyendo al entonces presidente Juan Orlando Hernández, fortalecieran la capacidad estatal y movilizaran recursos para incrementar la disponibilidad de vacunas. Sumado a lo anterior, durante el mes de agosto y setiembre se lleva a cabo la sexta campaña de vacunación contra la COVID-19, con el objetivo de inmunizar a 865,491 personas. Durante esta jornada, se administrarán tanto primeras como segundas dosis de las vacunas disponibles. La campaña se enfoca en alcanzar una amplia cobertura para proteger a la población y reducir la propagación del virus. Las autoridades sanitarias han establecido varios puntos de vacunación en diferentes localidades para facilitar el acceso a la vacuna (La Prensa, 2021).

Como parte de la sexta campaña de vacunación contra el COVID-19, se incluyó a las mujeres embarazadas a lo largo de la primera quincena de agosto. Además, se habilitaron puestos de vacunación tanto peatonales como vehiculares en los siguientes lugares (Comisión Permanente de Contingencias, 2021):

- Instituto Jesús Aguilar Paz (Peatonal)
- Instituto Técnico Luis Bográn (Peatonal)
- Instituto Central Vicente Cáceres (Peatonal)
- Escuela Estado Unidos (Peatonal)
- Universidad Católica (Peatonal)
- Villa Olímpica (Peatonal)
- Universidad Pedagógica (Peatonal)
- Escuela Marcos Carías (Peatonal)

- Campo Parada Marte (Vehicular)
- UTH (Vehicular)

También, esta campaña se implementó en el Distrito Central entre el 1 y el 3 de septiembre de 2021. Los puntos de vacunación incluyeron el Instituto Técnico Luis Bográn, la Escuela Estados Unidos - Cáceres, el Instituto Central Vicente Cáceres, la Escuela Estadounidense y el Polideportivo Unidad y Fuerza. Los requisitos para vacunarse incluían llevar una tarjeta de identidad o pasaporte y una tarjeta de vacunación para segundas dosis. El horario de atención fue de 7:00 a.m. a 2:00 p.m. (Secretaría de Salud, Honduras, 2021c).

Cabe resaltar que, a pesar de que el plan de vacunación inicial contemplaba tanto la inmunización domiciliaria como la aplicación en centros de salud, en esta etapa se mantuvo la estrategia de concentrar la vacunación en centros específicamente designados. El 5 de octubre de 2021, la SESAL anuncia la séptima campaña de vacunación contra la COVID-19, la cual dio inicio el 14 de octubre en distintas regiones del país como: Comayagua, Copán, Islas de la Bahía, Francisco Morazán, Intibucá y el Distrito Central, con un horario que variaba según localidad, pero generalmente se extendía de 7:00 a.m. a 2:00 p.m., 3:00 p.m. o 4:00 p.m. Esta campaña estaba dirigida a personas de 12 años en adelante, incluyendo mujeres embarazadas. Y se administrarían primeras y segundas dosis de la vacuna Pfizer, así como segundas dosis de AstraZeneca, Moderna y Sputnik V. Los requisitos incluyen llevar partida de nacimiento y estar acompañado de un adulto para adolescentes, carnet perinatal para embarazadas, tarjeta de identidad para primeras dosis y carnet de vacunación junto con tarjeta de identidad para segundas dosis.

Durante el mes de noviembre, continuaron los “vacunatones”, aunque con menor frecuencia. El Vacunatón 2.0 se llevó a cabo en distintas regiones del país, entre el viernes 12 de noviembre y el sábado 14 de noviembre. De acuerdo con el Gobierno de la República, se incluyeron 8 departamentos y se pusieron a disposición 5000 trabajadores de la Salud (Secretaría de Salud, Honduras, 2021d)

La SESAL destaca que el “Vacunatón” se lleva a cabo en zonas rurales, como, por ejemplo, en la zona productiva del departamento de Ocotepeque. De acuerdo con la institución, el sábado desde muy temprano, el personal sanitario se desplazó para inmunizar a los trabajadores agrícolas en diversas áreas rurales. Entre los lugares visitados se encontraban una plantación de camote en la comunidad de Santa Anita y campos de cebolla en el municipio de Concepción, así como otros sectores rurales de Ocotepeque (Secretaría de Salud, Honduras, 2021d). Este es un elemento importante porque se incluye

la inmunización domiciliaria, que, si bien se había estipulado en el plan inicial, no es hasta este momento que se registran acciones de este tipo.

Durante el Vacunación 2.0 contra la COVID-19, la Oficina Satélite de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) colaboraron con la Región Metropolitana del Distrito Central (RMDC) en un proyecto para reducir la tasa de mortalidad e incidencia de casos de COVID-19. Este evento se llevó a cabo durante tres días consecutivos, del 5 al 7 de noviembre de 2021, e incluyó intervenciones integrales para la prevención de la COVID-19, el dengue y la vacunación sostenida, así como la participación comunitaria (Organización Panamericana de la Salud, 2021c).

En la campaña de vacunación en el Distrito Central, se establecieron múltiples puntos de vacunación en diversas localidades para facilitar el acceso a la vacuna contra el COVID-19. Además, se llevaron a cabo actividades educativas y de concienciación para fomentar la adopción de medidas preventivas contra el virus y otras enfermedades. Según datos estadísticos de la Secretaría de Salud, la Región Metropolitana del Distrito Central es el área con el mayor número de casos de COVID-19. Por esta razón, se implementó una estrategia que incluye vacunatones, participación comunitaria y brigadas casa a casa, con el objetivo de reducir gradualmente la incidencia de la enfermedad. Esta combinación de esfuerzos busca proteger a la población y disminuir la propagación del virus en la región más afectada del país (Organización Panamericana de la Salud, 2021c). Como se indicó anteriormente, empieza a notarse un cambio en la arquitectura de la política, ya que la provisión del servicio deja de estar exclusivamente centralizada.

También, en el mes de noviembre continuó la séptima campaña de vacunación, dirigida a adolescentes de 12 a 17 años y mujeres embarazadas, quienes recibirán primeras y segundas dosis de la vacuna Pfizer. Se administrarían primeras dosis de Moderna a personas mayores de 18 años y segundas dosis de Pfizer y Moderna. Los puntos de vacunación incluyen escuelas y centros de salud en diversas regiones. Los requisitos para la vacunación incluyen llevar una tarjeta de identidad o partida de nacimiento para los adolescentes y un carnet perinatal para las embarazadas (Canal 6 Honduras, 2021).

Además de las acciones en materia de vacunación, es importante destacar que el 28 de noviembre de 2021, se llevan a cabo las elecciones generales en Honduras. Se eligieron varios cargos públicos, incluyendo la Presidencia de la República, los miembros del Congreso Nacional, las Corporaciones Municipales y los representantes de Honduras

en el Parlamento Centroamericano. Este evento marcó un momento significativo en la política hondureña, ya que se celebraron en un contexto de cambio tras 12 años de gobierno del Partido Nacional (Jerez Moreno, 2022). Y como se verá más adelante, este cambio de administración también trae consigo transformaciones en la política de vacunación.

El 1 de diciembre de 2021, la Secretaría de Salud (SESAL) emitió un comunicado destacando la continuidad de la vacunación contra la COVID-19, dada la situación epidemiológica tanto nacional como internacional. Según el comunicado, hasta el 26 de noviembre de 2021, se habían administrado 4.660.360 primeras dosis de la vacuna, alcanzando una cobertura del 65%, y 3.481.841 segundas dosis, logrando una cobertura del 49%. La meta de vacunación se estableció para una población elegible de 7.121.331 personas, de las cuales 2.459.022 aún no habían recibido ninguna dosis (Secretaría de Salud, Honduras, 2021e). Para ese momento, el país había recibido un total de 10.511.458 dosis de vacunas, dejando un saldo de 2.369.257 dosis disponibles.

No obstante, la SESAL ajustó la estimación de la población elegible total basándose en datos del Instituto Nacional de Migración, que reportó que aproximadamente 1.036.000 hondureños residen en el extranjero (principalmente en Estados Unidos y España). Esto redujo la población elegible a 6.121.331 personas, de las cuales 1.459.022 no habían recibido ninguna dosis, resultando en una cobertura del 76% para la primera dosis y del 56% para la segunda dosis (Secretaría de Salud, Honduras, 2021e).

La institución subrayó que se siguen realizando esfuerzos para vacunar a la población pendiente, tanto con primeras como con segundas dosis, a través de establecimientos de salud, sitios de vacunación y búsqueda comunitaria. Además, a partir del 1 de diciembre de 2021, se comenzó a aplicar dosis de refuerzo de la vacuna Pfizer a personas mayores de 18 años, sin restricciones, que hayan completado su esquema de vacunación al menos seis meses antes. La meta nacional es vacunar a 2.953.062 personas con dosis de refuerzo entre diciembre de 2021 y marzo de 2022. Hasta el 26 de noviembre, se habían administrado 209.271 dosis de refuerzo a trabajadores de salud y personas mayores de 60 años en asilos (Secretaría de Salud, Honduras, 2021e).

A pesar de la intensificación de las acciones de la estrategia de vacunación, en diciembre, el medio de comunicación Proceso Digital comunicó una situación preocupante en Honduras respecto a la vacunación contra la COVID-19. Según el informe, una cantidad significativa de dosis estaba en riesgo de caducar debido a la

reticencia de un sector considerable de la población a recibir la inmunización (Proceso Digital, 2021). Como se ha indicado previamente, el proceso de administración de la vacuna en Honduras, especialmente a lo largo del 2021 presentó una serie de barreras. Si bien los últimos meses del año se intentaron revertir algunas de estas, es importante considerar que la velocidad de la vacunación, especialmente en un contexto de shock como el que se presentó ante la pandemia por COVID-19 es un indicador fundamental en términos de desempeño. Tal y como lo indican Carreño y Álvarez, “tener una vacuna eficaz que no es administrada de forma eficiente es lo mismo que tener una vacuna poco eficaz”, por lo tanto, “si se dispone de una vacuna lo suficientemente buena, lo mejor que se puede hacer, según nuestro modelo, es que las administraciones se aseguren de que la velocidad de vacunación sea la más alta posible y que los ciudadanos se vacunen lo antes posible” (Carreño Navas & Álvarez Nodarse, 2021).

Como se ha señalado anteriormente, el proceso de administración de vacunas en Honduras durante 2021 enfrentó múltiples obstáculos. Si bien en los últimos meses del año se implementaron medidas para mitigar estas limitaciones, es fundamental considerar que la velocidad de vacunación constituye un indicador crítico de desempeño, especialmente en un contexto de crisis como el generado por la pandemia de COVID-19. En este sentido, Carreño y Álvarez sostienen que las entidades encargadas deben asegurarse de que la velocidad de vacunación sea la más alta posible y que los ciudadanos se vacunen lo antes posible. Durante el mes de diciembre no se registran variaciones significativas en las acciones para administrar la vacuna (Carreño Navas & Álvarez Nodarse, 2021).

El primer semestre de 2022 estuvo marcado por la transición gubernamental en Honduras, efectuada en enero de ese año. Este cambio implicó una renovación en los cargos directivos de las instituciones responsables del proceso de vacunación. A continuación, se presentan las principales medidas que caracterizaron la estrategia de inmunización durante esta etapa.

El 26 de enero de 2022, Honduras inició la vacunación contra el COVID-19 para niños de 5 a 11 años, comenzando con los de 11 años. Esta medida fue adoptada siguiendo las recomendaciones del Consejo Consultivo Nacional de Inmunizaciones, con el objetivo de proteger a los más jóvenes de la pandemia. Para recibir la vacuna, los padres o encargados deben presentar la partida de nacimiento de los niños (La Prensa, 2022).

El gobierno hondureño ha establecido una meta ambiciosa de vacunar a 1.3 millones de niños en este rango de edad. Las primeras 100,000 dosis de la vacuna llegaron

al país el 24 de enero, y la aplicación de estas dosis comenzó al día siguiente en varios centros de vacunación distribuidos por todo el territorio nacional (La Prensa, 2022).

La vacunación pediátrica es vista como un paso crucial para controlar la propagación del virus y garantizar la seguridad de los niños, especialmente con el regreso a clases presenciales (La Prensa, 2022).

En el mes de enero, se intensifican los esfuerzos para combatir los mitos sobre la vacunación. El 28 de enero de 2021, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) publicó un video titulado “Mitos sobre la vacuna contra el COVID-19: ¡Es tiempo de protegerte, ven a vacunarte!”, acompañado de los hashtags #VacunasIHSS, #SEGUROmevacuno y #Yomevacuno. En este video, se abordan los siguientes puntos (Instituto Hondureño de Turismo, 2022):

- La inmunidad a través de la infección por COVID-19 es mejor que la inmunidad obtenida mediante la vacuna.
- Las vacunas contra el COVID-19 causan variantes.
- Las vacunas contra el COVID-19 son tóxicas.
- Las reacciones notificadas al VAERS son a causa de las vacunas.
- Las vacunas contra el COVID-19 pueden alterar mi ADN.
- Una vacuna contra el COVID-19 me puede enfermar de COVID-19.
- La vacuna contra el COVID-19 afecta mi fertilidad.

L La campaña de inmunización contra la COVID-19 ha mantenido su continuidad, prosiguiendo con la administración del esquema básico de vacunación y las dosis de refuerzo. Sin embargo, se evidencia una reducción significativa tanto en la cobertura mediática como en la disponibilidad de información relacionada con este proceso sanitario.

Durante el período de Semana Santa de 2022, específicamente del 11 al 16 de abril, se implementó una estrategia focalizada de vacunación. Esta iniciativa se caracterizó por el establecimiento de puestos de inmunización contra la COVID-19 en diversas zonas turísticas del país. Los centros vacacionales priorizados incluyeron algunas de las playas más concurridas, como Tela, La Ceiba, Puerto Cortés y Amapala. El objetivo principal de esta acción fue facilitar el acceso a la vacuna para la población, llevando el servicio de inmunización directamente a los lugares de mayor afluencia durante este período festivo (Secretaría de Salud, Honduras, 2022a).

Estas medidas corroboran lo expuesto anteriormente sobre la transformación en la arquitectura de la política de vacunación, evidenciando una transición desde un modelo exclusivamente centralizado. Transcurrido un año, se retoma la estrategia originalmente planteada en el plan de vacunación, que contemplaba acercar los servicios de inmunización a la población. Mediante un comunicado de prensa, el Ministro de Salud, José Manuel Matheu, destacó la importancia de esta iniciativa, subrayando que la vacunación es una herramienta crucial para controlar la pandemia y prevenir nuevas olas de contagio. Los puestos de vacunación estarán ubicados estratégicamente en puntos turísticos clave, facilitando el acceso a la vacuna para los turistas y residentes locales (Secretaría de Salud, Honduras, 2022a).

Según el funcionario, existe una preocupación significativa respecto a la cobertura de vacunación en la población infantil. El Ministro señaló que casi la mitad de los niños en Honduras aún no han sido inmunizados contra el COVID-19. Para abordar esta situación, anunció que se implementarán brigadas de vacunación en las escuelas una vez que se reanuden las clases presenciales (Secretaría de Salud, Honduras, 2022a).

El Ministro de Salud enfatizó que los esfuerzos de vacunación han ido más allá de los puestos habilitados tradicionalmente. Informó que actualmente se están realizando campañas de inmunización puerta a puerta en un intento por aumentar la cobertura. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos intensificados, reconoció que aún no se ha logrado vacunar a la mitad de la población infantil contra el COVID-19 (Secretaría de Salud, Honduras, 2022a).

Esta transformación en la estrategia de vacunación coincide con una modificación sustancial en las condiciones democráticas del régimen político hondureño. Según el Instituto V-Dem, el país experimentó una transición desde una autocracia electoral en 2021 hacia una democracia electoral en 2022. En este contexto, Wigley y Akkoyunlu (2011) sostienen que los regímenes democráticos tienden a implementar políticas de salud más efectivas y obtener mejores resultados en atención médica, debido a factores como la rendición de cuentas, la influencia de grupos de interés y la sensibilidad ante la crítica pública.

Respecto a la población adulta, el Ministro anunció el inicio de una nueva fase en la estrategia de vacunación. Reveló que ya se ha comenzado a aplicar la segunda dosis de refuerzo a grupos prioritarios, incluyendo a los trabajadores de salud del sector público y privado, así como a los miembros de los cuerpos de socorro. Además, explicó que se tiene previsto ampliar la elegibilidad para este segundo refuerzo conforme ingresen más

vacunas al país. Los próximos grupos que recibirán esta dosis adicional incluirán a personas de 12 años en adelante, individuos inmunocomprometidos y adultos mayores de 60 años (Secretaría de Salud, Honduras, 2022a).

También se mantienen las jornadas llevadas a cabo en puntos regulares de vacunación mencionados en el año 2021. El sábado 7 de mayo de 2022, la Secretaría de Salud de Honduras habilitó varios centros de vacunación contra el COVID-19 en diferentes localidades del país. El personal de salud estuvo aplicando las vacunas en un horario de 8 a.m. a 2:00 p.m., con la excepción del Centro de Salud Miguel Paz Barahona, que extendió su horario hasta las 6 de la tarde. En Tegucigalpa, los sitios habilitados para la vacunación incluyeron el Edificio 1847 de la UNAH, que ofreció vacunación tanto vehicular como peatonal, el Campo Parada Marte para vacunación vehicular, y la Escuela Marcos Carías en Zambrano (Diario Tiempo, 2022).

El 28 de junio de 2022, la Secretaría de Salud de Honduras presentó el Plan de Recuperación de Cobertura de Vacunación, un instrumento estratégico diseñado para optimizar la utilización de los recursos financieros nacionales. Este plan se enmarcó en un modelo de gestión por resultados, con el objetivo concreto de alcanzar una cobertura de vacunación del 95% en los diversos biológicos (Secretaría de Salud, Honduras, 2022b).

Nerza Paz, Subsecretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud, enfatizó que el logro del 95% de cobertura vacunal sería el indicador clave para evaluar el desempeño de las Regiones Sanitarias. El plan contempló la asignación de recursos humanos para la vacunación, fondos para la movilización del personal en actividades extramuros y el fortalecimiento de la coordinación intersectorial (Secretaría de Salud, Honduras, 2022b).

La funcionaria subrayó la importancia de transformar el Sistema Nacional de Salud, orientándolo hacia un modelo basado en la Atención Primaria en Salud. Este enfoque buscaba fortalecer el acceso y la cobertura universal, priorizando la prevención para garantizar el máximo nivel de salud posible para individuos, familias y comunidades (Secretaría de Salud, Honduras, 2022b).

La socialización del plan se llevó a cabo con los equipos de las 20 regiones sanitarias del país. Esta iniciativa respondió a la preocupante tendencia de descenso en la cobertura de vacunas trazadoras como Pentavalente 3 y SRP1 durante el último quinquenio, lo cual exponía a la población hondureña al riesgo de brotes de enfermedades en proceso de eliminación y erradicación, como el sarampión y la poliomielitis. La

reaparición de estas enfermedades sería particularmente catastrófica en el contexto de la pandemia de COVID-19 (Secretaría de Salud, Honduras, 2022b).

Paz instó a los jefes regionales a liderar las acciones con equipos fortalecidos, capaces de analizar datos confiables, realizar seguimiento sistemático de la cobertura, mantener una comunicación efectiva con los equipos de red y municipios, y ejercer un liderazgo eficaz frente a los diversos actores en sus áreas de influencia (Secretaría de Salud, Honduras, 2022b).

Las medidas planteadas en el marco del el Plan de Recuperación de Cobertura de Vacunación son particularmente importantes considerando que una de las principales barreras enfrentadas por Honduras durante el 2021 fue la limitada capacidad estatal de para gestionar eficazmente los recursos humanos y materiales en la implementación de su política de vacunación.

Como parte de ese plan, se anunció que los meses de julio y agosto serían críticos para la Campaña de Vacunación y Seguimiento al Sarampión, Rubéola y Poliomielitis. Esta campaña también se aprovecharía para captar a la población pendiente de vacunación contra la COVID-19. Los esfuerzos de vacunación continuarían hasta finalizar el año 2022.

La Subsecretaria concluyó reafirmando el compromiso de las autoridades para dar seguimiento al cumplimiento del Plan, proporcionar el apoyo necesario para su ejecución y mantener un proceso transparente de petición y rendición de cuentas (Secretaría de Salud, Honduras, 2022b).

El evento de socialización contó con la participación de jefes regionales, equipos técnicos y administrativos de las regiones sanitarias, consultores de la OPS/OMS y del PROSALH, así como representantes de diversas dependencias de la Secretaría de Salud, incluyendo la Dirección General de RISS, la Dirección General de Desarrollo del Recurso Humano, el Departamento de Servicios del Primer Nivel de Atención, la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión, la Unidad de Vigilancia de la Salud, la Unidad de Comunicación Social e Institucional, la Gerencia Administrativa y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (Secretaría de Salud, Honduras, 2022b).

Durante el mes de julio, se implementan medidas como la ampliación de los horarios de vacunación y así como las visita casa a casa. El 28 de julio de 2022, la Secretaría de Salud de Honduras desarrolló una extensión nocturna de la jornada de vacunación contra la COVID-19 en la Universidad Católica de San Pedro Sula, logrando resultados notables. Esta iniciativa, llevada a cabo el martes por la noche, resultó en la

inmunización de más de 2,500 personas (Secretaría de Salud, Honduras, 2021b). Esta disposición, que extendió el horario de vacunación hasta las 9:00 p.m., fue diseñada para facilitar el acceso a aquellos ciudadanos que no podían asistir durante el día debido a compromisos laborales. La población objetivo incluyó a personas mayores de 30 años y aquellas entre 26 y 29 años con condiciones de salud preexistentes (Secretaría de Salud, Honduras, 2021b).

De acuerdo con la SESAL, la respuesta ciudadana fue notable, con una asistencia masiva y ordenada que reflejó un alto nivel de conciencia cívica. El subsecretario de Salud, Dr. Roberto Cosenza, calificó la actividad como un "rotundo éxito" y sugirió que la disponibilidad de vacunas es un factor clave para incentivar la participación de la población. Esta experiencia exitosa podría servir como modelo para futuras estrategias de vacunación en otras áreas del país, especialmente en centros urbanos con alta densidad poblacional y diversos horarios laborales (Secretaría de Salud, Honduras, 2021b).

Sumado a esto, durante el mes de julio, la SESAL implementó brigadas de vacunación comunitarias, la instalación de puntos fijos de vacunación casa a casa y en establecimientos de salud. Además de la vacunación contra la COVID-19, se llevaron a cabo campañas de vacunación contra el sarampión, la rubéola y la poliomielitis, así como la vacunación sostenida para menores de 5 años. También se realizaron tamizajes de COVID-19 para la detección oportuna del virus y se llevaron a cabo actividades de prevención contra las arbovirosis, incluyendo el dengue, chikungunya y zika (Secretaría de Salud, Honduras, 2022c).

El análisis confirma la transformación observada en la arquitectura de la política de vacunación, reflejando el abandono progresivo del modelo centralizado inicial. La implementación, tras un año de iniciado el proceso, retorna a la estrategia originalmente diseñada en el plan de vacunación, priorizando la accesibilidad de los servicios de inmunización para la población. Las transformaciones de la estrategia de vacunación descritas anteriormente permiten explicar por qué Honduras se posiciona, junto con Panamá y Costa Rica, como uno de los países de la región que lograron mantener una sostenibilidad en la política de vacunación, presentando uno de los porcentajes más altos en la administración de dosis de refuerzo.

La implementación de la política de vacunación contra la COVID-19 en Honduras durante 2021-2022 evidencia varios elementos críticos que permiten explicar su desempeño. El proceso estuvo marcado por una limitada capacidad estatal para gestionar eficazmente los recursos humanos y materiales, lo cual se manifestó en diversos aspectos

como la desorganización en los centros de vacunación, las largas filas y los problemas de coordinación.

En esta misma línea, la disponibilidad de vacunas representó otro factor determinante, especialmente durante el primer semestre de 2021, cuando el suministro limitado afectó la capacidad del país para implementar una campaña de vacunación más amplia y efectiva. Paradójicamente, hacia finales de 2021, el país enfrentó el riesgo de que algunas dosis caducaran.

La arquitectura de la política experimentó una transformación significativa a lo largo del período analizado. Si bien el plan inicial contemplaba una estrategia descentralizada que incluía la vacunación domiciliaria, durante la mayor parte de 2021 predominó un modelo centralizado que concentró la administración de vacunas en puntos específicos, principalmente en áreas urbanas. Esta centralización constituyó una barrera importante en el desempeño de la política de vacunación.

Un punto de inflexión significativo fue la implementación del plan "Vacunación" durante el segundo semestre de 2021, que coincidió tanto con un incremento en el suministro de vacunas como con la proximidad de las elecciones generales. Esta estrategia, si bien logró aumentar la cobertura de vacunación, también fue objeto de críticas por su presunta politización.

La transición política experimentada a inicios de 2022, que según el Instituto V-Dem representó un cambio desde una autocracia electoral hacia una democracia electoral, marcó un giro en la estrategia de vacunación. Durante este período, se observó un retorno gradual hacia el modelo originalmente planteado, con la implementación de brigadas móviles, vacunación casa a casa y una mayor descentralización del servicio.

El Plan de Recuperación de Cobertura de Vacunación, implementado por una nueva administración en junio de 2022, representó un esfuerzo institucional por fortalecer la capacidad estatal y mejorar la gestión de recursos, estableciendo metas claras y mecanismos de seguimiento. Este plan evidencia un reconocimiento de las limitaciones previas y un intento por superarlas mediante un enfoque más sistemático y orientado a resultados.

Finalmente, la experiencia de Honduras en la implementación de su política de vacunación contra la COVID-19 resalta la importancia de factores como la capacidad estatal, la arquitectura de la política pública y el contexto político en el desempeño de las campañas de vacunación.

¿Cómo explicar el desempeño de vacunación en Honduras?

La implementación de la política de vacunación contra la COVID-19 en Honduras durante 2021-2022 revela la interacción compleja de múltiples factores que explican su limitado desempeño. A nivel global, el país enfrentó importantes restricciones en el acceso a las vacunas debido a las desigualdades en el mercado internacional, donde las naciones con mayor poder adquisitivo y capacidad diplomática acapararon las dosis disponibles, afectando la efectividad del mecanismo COVAX como fuente de suministro para países como Honduras.

En el plano institucional, la pandemia reveló las debilidades históricas y estructurales del sistema de salud pública en Honduras. Con la llegada de las primeras vacunas, se hicieron evidentes las limitadas capacidades estatales, manifestadas en:

- Un número insuficiente de profesionales de la salud que limitaba la cantidad de personas que podían ser vacunadas diariamente, en algunas jornadas fue mucha más la demanda que la oferta de dosis a lo largo de un día. Por ejemplo, los horarios de funcionamiento de los vacunatorios fueron principalmente diurnos a lo largo del 2020.
- Una infraestructura de salud pública limitada, con menos centros de vacunación, especialmente en áreas rurales o remotas.
- Una provisión del servicio centralizada, como los “vacunatones”, mientras que las brigadas casa por casa se llevaron a cabo hacia finales del año 2021 y durante el primer semestre de 2022. Lo que pudo convertirse en barreras de acceso para poblaciones que viven lejos de los centros urbanos.
- Equipo técnico limitado, como por ejemplo la carencia de recursos para mantener la cadena de frío de ciertas vacunas, por lo que inicialmente se optó por aquellas que no requerían condiciones específicas de almacenamiento y transporte, lo que reducía las opciones, en un contexto ya de por sí limitado de acceso a las vacunas.

La corrupción emergió como otro factor determinante, evidenciando problemas en la gestión de fondos públicos durante la emergencia sanitaria.: La pandemia del COVID-19 expuso de manera alarmante la corrupción y la falta de transparencia en la gestión de fondos públicos en Honduras. A pesar de que el gobierno hondureño implementó 96 medidas para enfrentar la crisis sanitaria, el país fue uno de los que menos acciones tomó en Centroamérica, y sufrió una contracción económica del -9% en 2020, la segunda más alta de la región (Expediente Público, 2022).

Además, se señala que la falta de una política clara para medir el impacto de los gastos durante la pandemia ha dejado a la Secretaría de Finanzas en una situación crítica, con recursos limitados y un sistema financiero que ha sido descrito como voraz. La corrupción, que ha sido un problema histórico en el país, se ha visto exacerbada por la crisis sanitaria, afectando gravemente la atención en salud y la vida de los ciudadanos (Expediente Público, 2022).

En el contexto del impacto causado por la pandemia, especialmente a lo largo del 2020 cuando no se contaba con la vacuna, los casos de corrupción fueron constantes en Honduras. Al igual que en el caso de Guatemala, la relación entre la confianza política y la disposición a vacunarse durante la crisis sanitaria del COVID-19 se revela como un fenómeno complejo y altamente dependiente del contexto específico. No obstante, investigaciones recientes han arrojado luz sobre un aspecto crucial de esta dinámica: la confianza depositada en las autoridades de salud pública demuestra una correlación más robusta con la aceptación de la vacunación (Devine et al., 2024, p. 657).

Esta observación sugiere un patrón significativo en el comportamiento de la población frente a las campañas de vacunación. Específicamente, se evidencia que cuando los ciudadanos mantienen un alto nivel de confianza en las instituciones de salud, la probabilidad de que participen activamente en los programas de vacunación aumenta considerablemente. Este hallazgo subraya la importancia crítica de fortalecer la credibilidad y la eficacia percibida de las autoridades sanitarias como una estrategia clave para promover una mayor cobertura vacunal y, por ende, una protección más efectiva de la salud pública (Devine et al., 2024, p. 657).

Si bien el movimiento antivacunas no fue parte del análisis de esta investigación, el rastreo del proceso de vacunación en Honduras evidenció que es un elemento para considerar, especialmente en un contexto en el que la confianza en las instituciones públicas es frágil. El uso de la radio, la televisión y las redes sociales, junto con la maquinaria publicitaria del Estado, no es suficiente para generar confianza y unidad en la sociedad si los resultados no respaldan las promesas (Martí I Puig & Alcantara, 2020, p. 216).

En enero de 2022, en una entrevista concedida a Expediente Público, el Dr. Carlos Umaña, presidente de la Asociación de Médicos del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), identificó tres factores críticos que influyeron en la problemática de la vacunación contra la COVID-19 en Honduras.

En primer lugar, el Dr. Umaña enfatizó la necesidad de adoptar un enfoque proactivo en la distribución de vacunas. Sugirió que, en lugar de esperar pasivamente a que las personas acudan a los centros de vacunación, se deberían implementar brigadas móviles que realicen visitas domiciliarias. Esta estrategia tendría como objetivo alcanzar a aquellos sectores de la población que, por diversas razones, no han tenido acceso a los biológicos (Público Expediente, 2022). Como se ha mencionado anteriormente, esto remite al componente de provisión del servicio de la política de vacunación.

El segundo factor señalado por el especialista se refiere a la implementación de medidas más estrictas para incentivar la vacunación. Propuso la exigencia de presentar un carnet de vacunación como requisito obligatorio para ingresar a espacios públicos con alta concentración de personas. Esta medida buscaría motivar la vacunación, al tiempo que se protege a la población en general (Público Expediente, 2022).

Como tercer factor, el Dr. Umaña abordó la problemática de la desinformación. Hizo un llamado a contrarrestar activamente las campañas de los grupos "antivacunas", argumentando que estas difunden información errónea que contradice la evidencia científica sobre la eficacia y seguridad de las vacunas. Sugirió que se deben tomar medidas para limitar la propagación de esta desinformación, que afecta negativamente los esfuerzos de inmunización contra la COVID-19 (Público Expediente, 2022).

Finalmente, otro factor crucial a considerar es el papel de los liderazgos políticos. Aunque el gobierno de Juan Orlando Hernández Alvarado estuvo marcado por varios eventos de corrupción a lo largo de 2020, el año en que llegó la vacuna, 2021, estuvo caracterizado por una coyuntura electoral. En este contexto, la vacunación pudo haberse convertido en un incentivo para ganar en la disputa por el poder. Un ejemplo de esto son los "vacunatones", jornadas masivas de vacunación en las que Juan Orlando Hernández Alvarado se destacó como figura central.

Por otro lado, ante el bajo índice de vacunación alcanzado en 2021, el nuevo gobierno de Xiomara Castro del Partido Libre denunció el manejo deficiente de la pandemia y la vacunación. Su programa se propone asegurar que la vacunación sea un derecho para todos los hondureños, y no un privilegio para unos pocos. Esto incluye la diversificación de proveedores de vacunas, como China continental y Cuba, para garantizar el acceso. Como se indicó anteriormente, a partir del 2022 se registran cambios en la estrategia de vacunación, tales como la ampliación de los horarios y las brigadas casa por casa, que conllevan a una mejora del desempeño del país en la dimensión de sostenibilidad.

La experiencia hondureña resalta cómo la interacción entre factores globales (acceso a vacunas), sectoriales (legados de políticas y capacidades estatales), políticos (confianza, transiciones gubernamentales y liderazgos) puede afectar significativamente el desempeño de una política pública de salud.

¿Hubo diferencias entre ambos casos?

A pesar de que Guatemala y Honduras comparten características en cuanto a sus regímenes políticos y los legados de sus políticas de inmunización, el análisis comparativo de sus procesos de vacunación contra la COVID-19 revela diferencias significativas en tres dimensiones fundamentales:

En primer lugar, la dimensión política evidencia contrastes notables en el papel de los liderazgos. Mientras que en Honduras la vacunación se convirtió en un instrumento político estratégico, particularmente en el contexto electoral de 2021 y la posterior transición gubernamental de 2022, en Guatemala el proceso careció de esta instrumentalización política. Los líderes hondureños, tanto del gobierno saliente como del entrante, identificaron en la vacunación una oportunidad para fortalecer su legitimidad, lo que generó incentivos para movilizar recursos y capacidades estatales hacia este objetivo.

En segundo lugar, respecto a la gestión sectorial, si bien ambos países enfrentaron la pandemia con sistemas de salud estructuralmente débiles, la distribución temporal de las vacunas influyó significativamente en sus capacidades de respuesta. Honduras experimentó un flujo más gradual y sostenido de vacunas durante 2021, lo que permitió desarrollar estrategias más adaptadas a sus limitaciones operativas. En contraste, Guatemala enfrentó el desafío de gestionar una llegada masiva y concentrada de dosis hacia finales de 2021, lo cual tensionó significativamente sus capacidades logísticas y organizativas.

Esta dinámica se vincula con un elemento diferenciador en materia de corrupción durante la pandemia. Si bien ambos países registraron irregularidades significativas en la gestión de recursos, el caso específico de la adquisición de vacunas Sputnik en Guatemala generó repercusiones particularmente adversas en la fase de inmunización. Este episodio no solo evidenció la malversación de fondos públicos, sino que además comprometió directamente la disponibilidad y el suministro efectivo de vacunas para la población guatemalteca

Dicha situación tuvo a su vez una repercusión en el componente de la arquitectura de la política: ¿Quién paga y cómo? Mientras que Honduras adoptó un enfoque más diversificado, combinando compras directas con donaciones internacionales y asignaciones del mecanismo COVAX. Guatemala, por su parte, mostró una mayor dependencia de las donaciones internacionales, lo que pudo afectar la predictibilidad y planificación de su campaña de vacunación. Esta distinción en las estrategias de aprovisionamiento, enmarcada en sus respectivos contextos institucionales y políticos, contribuye a explicar las divergencias en el desempeño de sus programas de inmunización.

Este análisis comparativo sugiere que, más allá de las similitudes estructurales entre ambos países, en el contexto de shock generado por la pandemia, los liderazgos políticos, las capacidades estatales impulsadas por estos, así como las características de la arquitectura de la política determinaron las diferencias en sus resultados de vacunación.

Síntesis y Conclusiones

La pandemia por COVID-19 constituyó una coyuntura crítica que no solo exacerbó las vulnerabilidades estructurales preexistentes en las sociedades, sino que también generó nuevos desafíos sin precedentes en materia sanitaria, económica y social. Para la investigación académica, en tanto escenario de shock, planteó la necesidad de estudiar el desempeño de un mismo instrumento de política implementado simultáneamente en escenarios nacionales diversos. Este estudio se propuso primero caracterizar el desempeño de vacunación obtenido por los países de la región centroamericana y segundo dar cuenta de dicho desempeño.

Los resultados empíricos mostraron que el desempeño de la política de vacunación contra la COVID-19 en Centroamérica fue heterogéneo y se manifestó en tres niveles distintivos: alto (Costa Rica y Panamá), intermedio (El Salvador y Nicaragua) y bajo (Honduras y Guatemala). Lejos de simplemente reproducir niveles de desempeño esperado de acuerdo con factores prepandemia, este reflejó factores políticos e institucionales que este estudio se propuso desentrañar.

La documentación de las trayectorias de desempeño de los países seleccionados no fue sencilla: requirió un proceso metódico y exhaustivo de recopilación de información, el cual enfrentó diversos desafíos en términos de accesibilidad a los datos. Las condiciones políticas en regímenes autoritarios como Nicaragua y El Salvador, la fragilidad institucional manifestada en Honduras y Guatemala, así como las limitaciones en la transparencia de la información pública en casos como Panamá, constituyeron obstáculos significativos para acceder a datos oficiales de las instituciones vinculantes.

Ante estas limitaciones, fue necesario diversificar las estrategias de recolección de datos mediante la triangulación de múltiples fuentes: información pública disponible en línea, documentación hemerográfica, trabajo de campo presencial en todos los países —con excepción de Nicaragua por consideraciones de seguridad—, visitas a instituciones y organizaciones, y análisis de contenido en redes sociales. Cabe destacar el rol fundamental que juegan organizaciones civiles de la región centroamericana, en el levantamiento y sistematización de datos, sin lo cual este tipo de investigaciones no sería posible. Esta metodología integral permitió obtener un corpus de datos robusto para desarrollar tanto un análisis comparativo regional como estudios de caso específicos.

La información recopilada y sistematizada constituye un aporte significativo que trasciende los objetivos inmediatos de esta investigación: por un lado, establece una base

empírica fundamental para futuras investigaciones en el campo de las políticas de inmunización y, por otro, representa un precedente metodológico valioso para posteriores estudios comparados en el contexto centroamericano.

Esta investigación realiza una contribución empírica significativa al aplicar el método comparado al análisis del desempeño de la vacunación en los seis países de la región centroamericana. También la modelización de variables fue novedosa: si bien durante la pandemia proliferaron los estudios sobre vacunas, estos se centraron inicialmente en su efectividad y eficiencia, incorporando posteriormente variables como el acceso y la resistencia a la inmunización. Sin embargo, el análisis del desempeño de la vacunación desde el enfoque de política social representa una aproximación innovadora.

A partir de desarrollos ya existentes en la literatura, este estudio integra tres dimensiones fundamentales de lo ocurrido en términos de la vacunación: su cobertura, su suficiencia y su sostenibilidad. Cada dimensión se operacionalizó mediante indicadores específicos vinculados a las diferentes etapas del proceso de inmunización (primera, segunda y tercera dosis), combinando métricas propias de la política pública —como la cobertura poblacional— con indicadores epidemiológicos —como la velocidad de vacunación. Este marco analítico integral permite capturar la complejidad del proceso de inmunización en un contexto de crisis sanitaria, particularmente relevante para una región que enfrentó la pandemia bajo condiciones estructurales adversas. Adicionalmente, la diversidad de indicadores facilitó la incorporación de las particularidades y dinámicas específicas de cada caso nacional, permitiendo un análisis que conjuga tanto la perspectiva regional comparada como las trayectorias individuales de los países estudiados.

La investigación enriqueció el análisis regional mediante un rastreo de procesos en el marco de la una comparación apareada, la cual permitió una comprensión más profunda del desempeño de vacunación contra la Covid-19 al examinar convergencias y divergencias entre casos nacionales comparables. La comparación binaria, además, posibilitó una identificación más precisa de factores determinantes en los resultados de vacunación, contribuyendo así a validar la robustez del marco teórico propuesto.

El análisis realizado encuentra que Costa Rica y Panamá, países con un desempeño de vacunación alto, lideraron el proceso de vacunación en la región, siendo los primeros países en iniciar sus campañas en diciembre de 2020 y enero de 2021, respectivamente. Ambos países se caracterizaron por mantener un ritmo constante y creciente de vacunación, apoyados en sistemas de salud robustos y experiencia previa en

programas de inmunización. Costa Rica logró vacunar al 79.97% de su población con esquema completo para mediados de 2022, mientras que Panamá alcanzó el 70.63%. Su éxito se atribuye a una combinación de factores: regímenes democráticos estables, alta capacidad administrativa, y arquitecturas de política que combinaron efectivamente estrategias centralizadas y locales. Sin embargo, ambos países enfrentaron desafíos en la adquisición temprana de vacunas, particularmente durante el primer semestre de 2021, lo que limitó inicialmente la velocidad de sus campañas.

Los países con un desempeño intermedio, Salvador y Nicaragua presentaron trayectorias distintas, pero alcanzaron resultados similares. El Salvador, bajo el liderazgo de Nayib Bukele, mostró un inicio dinámico con alta velocidad de vacunación, alcanzando rápidamente una cobertura significativa durante 2021. Sin embargo, su estrategia centralizada y la volatilidad en la toma de decisiones afectaron la sostenibilidad del programa. Nicaragua, por su parte, tuvo un inicio tardío y lento, con una cobertura que no superó el 5% durante la primera mitad de 2021, pero experimentó un crecimiento extraordinario entre octubre y noviembre, alcanzando eventualmente una cobertura comparable a la de los países líderes. Este contraste ilustra cómo diferentes combinaciones de factores políticos y sectoriales pueden conducir a resultados similares, aunque por vías distintas.

Con respecto a los países con un desempeño bajo, Honduras y Guatemala, evidenciaron las mayores dificultades en la implementación de sus programas de vacunación. Guatemala mantuvo consistentemente el desempeño más bajo de la región, no logrando alcanzar la meta del 40% de cobertura con esquema completo para finales de 2021, mientras que Honduras, aunque superó esta meta, mostró limitaciones significativas en su capacidad de implementación. Ambos países enfrentaron obstáculos similares: débil capacidad estatal, problemas de corrupción y limitada infraestructura sanitaria. Sin embargo, Honduras mostró mejores resultados que Guatemala en términos de cobertura, suficiencia y especialmente en sostenibilidad, debido a que la vacunación se convirtió en un incentivo para líderes políticos en medio de una coyuntura electoral. Sus experiencias subrayan cómo la combinación de legados de política débiles, limitada capacidad administrativa y problemas de gobernanza puede comprometer severamente la efectividad de las políticas de salud pública en situaciones de crisis. Y en el caso específico de Guatemala, cómo el papel de los liderazgos políticos puede agravar aún más estos condicionantes.

El marco teórico desarrollado en esta investigación genera nuevas perspectivas analíticas para el campo de estudio de la política social. Aunque se fundamenta en teorías establecidas para el desarrollo de políticas sociales en “tiempos normales”, este estudio los combinó para dar cuenta de la respuesta a un shock. El rendimiento empírico del uso de los factores analizados muestra que la literatura de “tiempos normales” es efectivamente útil.

En términos de los factores explicativos propiamente dichos, si bien la literatura sobre América Latina ha demostrado que la democracia ha jugado un papel fundamental en la expansión de las políticas sociales en algunos países de la región, especialmente en la década de 1990 y principios de la de 2000 (Arza et al., 2022b, p. 27), también existe literatura que explora el desarrollo de la política social bajo regímenes autoritarios ((Aschenbrenner et al., 2023), (Khmelnitskaya & Zhou, 2024), (Peters, 2023)).

Los resultados de esta investigación subrayan la relevancia de desarrollar estudios comparativos que incorporen regímenes políticos diversos, dado que el contraste entre sistemas diferenciados resulta especialmente fructífera para identificar factores que inciden en la obtención de resultados similares. El análisis evidencia que, si bien Costa Rica y Panamá —países que mantuvieron condiciones democráticas durante el período estudiado— mostraron un desempeño general superior en la implementación de sus políticas de vacunación, el examen desagregado de indicadores revela patrones más complejos y heterogéneos. Particularmente notable resulta que países categorizados como regímenes autocráticos, El Salvador y Nicaragua, alcanzaron en dimensiones específicas niveles de desempeño equiparables a los de sus contrapartes democráticas. Esto sugiere la necesidad de incorporar variables explicativas adicionales en el desarrollo de la política social en general y particularmente en la comprensión del proceso de vacunación en la región.

En esta misma línea, este estudio muestra que los legados de políticas proporcionan el contexto institucional pero que existen factores intervinientes por los cuales dichos legados no necesariamente determinan el resultado. Algunos países en la región presentaron un desempeño de vacunación más alto de lo que se podría esperar basándose en su historia vacunación (por ejemplo, El Salvador y hasta cierto punto Honduras en la dimensión de sostenibilidad), mientras que otros proporcionaron una respuesta más débil de lo que las tendencias históricas predecirían (es decir Costa Rica y Panamá). Esta divergencia entre los patrones históricos y los resultados observados en

una situación de shock subraya la necesidad de emplear un marco teórico que diversifique los factores explicativos del desarrollo de la política social.

Tomando en cuenta lo anterior, un hallazgo importante de esta investigación concierne al papel determinante del liderazgo político como factor explicativo del desarrollo de política social, especialmente en regímenes con restricciones democráticas. El análisis comparado de los casos estudiados revela patrones distintivos en la interacción entre liderazgo e institucionalidad. En El Salvador, un liderazgo caracterizado por un rol simbólicamente positivo logró compensar temporalmente las debilidades institucionales, aunque esta compensación mostró limitaciones en términos de sostenibilidad a largo plazo. El caso nicaragüense, por su parte, ilustra cómo un liderazgo con un rol simbólicamente negativo puede obstaculizar el desarrollo de una política social, incluso en presencia de un legado robusto de sus políticas de vacunación. En Honduras se evidencia cómo la percepción de incentivos político-electorales asociados a la política de vacunación puede motivar a los líderes a movilizar recursos que compensen las limitaciones institucionales, sugiriendo que la alineación entre intereses políticos y objetivos de política pública puede catalizar respuestas efectivas incluso en contextos de capacidad estatal limitada. El desempeño guatemalteco tiene lugar en un escenario más crítico, en el cual un liderazgo simbólicamente negativo exacerbó las vulnerabilidades del débil marco institucional preexistente.

Los resultados de esta investigación también confirmaron el papel fundamental de la capacidad estatal en la implementación de la política de vacunación contra la COVID-19, particularmente en aspectos críticos como la adquisición y distribución de vacunas, los cuales dependieron significativamente de la capacidad administrativa de los Estados. No obstante, la capacidad estatal como categoría analítica única resulta insuficiente para explicar las variaciones transnacionales y temporales observadas en el desarrollo de la política de vacunación en la región. Costa Rica y Panamá, países que exhibían una alta capacidad administrativa preexistente, lograron el mejor desempeño regional en sus políticas de vacunación. Sin embargo, incluso estos casos enfrentaron obstáculos significativos, especialmente en la adquisición temprana de vacunas, lo que sugiere que la capacidad estatal, aunque necesaria, no garantiza por sí sola una respuesta óptima ante situaciones de shock global.

La necesidad de vincular factores explicativos también se manifiesta en los casos de El Salvador y Nicaragua donde, pese a poseer una capacidad administrativa clasificada como intermedia, se alcanzaron en determinadas etapas del proceso resultados

equiparables a los de países con mayor desarrollo administrativo. Este fenómeno evidencia la importancia de analizar la interacción entre la capacidad estatal y las características del régimen político: mientras que en los regímenes autoritarios la concentración del poder y la flexibilización de los mecanismos institucionales facilitan una movilización expedita de recursos alineados con objetivos políticos específicos — incrementando así las capacidades estatales coyunturales—, en los regímenes democráticos la distribución del poder entre múltiples instancias y unidades decisorias genera dinámicas más complejas en la implementación de políticas.

Los casos de Honduras y Guatemala ilustran cómo las debilidades estructurales en la capacidad estatal pueden comprometer severamente la efectividad de la respuesta ante una crisis sanitaria. No obstante, la divergencia en las trayectorias de desempeño en la vacunación entre ambos países evidencia la relevancia del liderazgo político como factor explicativo determinante: la priorización de la vacunación en la agenda política hondureña, que generó incentivos específicos para sus dirigentes, facilitó una movilización más efectiva de recursos para la implementación de la política de inmunización.

El marco teórico empleado también incluyó las arquitecturas de la política pública como factor explicativo. Particularmente en sus componentes de provisión del servicio y financiamiento, fueron determinantes en el desempeño alcanzado por cada país. Costa Rica y Panamá implementaron arquitecturas de política que combinaron efectivamente estrategias centralizadas y locales de vacunación. Esta aproximación híbrida permitió aprovechar tanto la capacidad de coordinación nacional como el alcance territorial de las redes locales de salud. Sin embargo, ambos países mostraron limitaciones en el componente de financiamiento, ya que, si bien lograron adquirir un importante porcentaje de vacunas mediante compras directas, al depender principalmente de un número reducido de proveedores, afectaron inicialmente la velocidad de sus campañas de inmunización.

El Salvador se presenta un caso distintivo donde la arquitectura de política altamente centralizada afectó el desempeño de la política. Si bien esta centralización facilitó una rápida movilización inicial de recursos y alcanzó altas tasas de cobertura temprana, la estrategia de "la gente a la vacuna" en lugar de "la vacuna a la gente" eventualmente limitó el alcance del programa, particularmente en términos de suficiencia y sostenibilidad. Nicaragua, por su parte, aprovechó su experiencia histórica en campañas de vacunación para implementar una arquitectura más descentralizada, priorizando

"llevar las vacunas a la gente", lo que contribuyó a mejorar significativamente sus indicadores tras un inicio tardío.

Honduras y Guatemala ilustran cómo las deficiencias en la arquitectura de política pueden exacerbar las limitaciones institucionales preexistentes. En el caso de Guatemala, la excesiva centralización y la alta dependencia de donaciones internacionales comprometieron la previsibilidad y efectividad del programa. Honduras, aunque inicialmente enfrentó desafíos similares, mostró una mejora notable tras la modificación de su arquitectura de política hacia un enfoque más descentralizado en 2022.

Si bien las arquitecturas de las políticas de vacunación constituyeron un factor determinante en aspectos cruciales como la adquisición de inmunizantes, resulta fundamental reconocer el papel decisivo que ejerció la geopolítica en el acceso diferenciado a las vacunas contra la COVID-19. Aunque un análisis exhaustivo de esta dimensión excede los alcances del presente estudio, la evidencia sugiere la pertinencia de desarrollar futuras líneas de investigación que incorporen sistemáticamente la variable geopolítica como factor explicativo en el estudio sobre el desempeño de la vacunación contra la Covid-19.

La elaboración y utilización de un marco teórico que combina factores explicativos tanto macro políticos como sectoriales demostró tener un alto rendimiento en la explicación del desempeño de la política social examinada.

El desarrollo y aplicación de un marco teórico que integra factores explicativos políticos y sectoriales demostró una considerable capacidad analítica para comprender el desempeño de una política social implementada en un contexto de shock. Este enfoque permitió articular coherentemente tanto el análisis de los resultados a nivel regional como las conclusiones derivadas de la comparación pareada entre casos específicos.

Una contribución de la investigación reside en la articulación sistemática de los factores explicativos identificados, permitiendo determinar su peso relativo en cada caso mediante el rastreo de procesos. Si bien todos los factores explicativos empleados contribuyen a la comprensión integral del desempeño de la política de vacunación, la identificación de constelaciones específicas para cada caso posibilitó un análisis más preciso y matizado de las dinámicas particulares.

La comparación sistemática de los seis países centroamericanos ha revelado una heterogeneidad significativa en sus respuestas ante la crisis sanitaria, evidenciando que la región facilita el estudio de una misma política en contextos político-institucionales diversos a la vez que se mantiene factores geopolíticos y demográficos similares y que,

en esa medida, los estudios sobre América Latina se beneficiarían de incorporar a Centroamérica de manera más frecuente y decidida.

Esta investigación constituye un referente para el desarrollo de estudios regionales en Centroamérica, al aportar categorías analíticas pertinentes, estrategias sistemáticas de recopilación de datos y propuestas metodológicas para abordar las limitaciones empíricas características de la región. Si bien la realización de investigaciones de alcance regional representa un desafío significativo, este estudio demuestra tanto su viabilidad como su imperativa necesidad en el contexto de la producción académica relevante para la comprensión y la formulación de políticas públicas en la región.

Se espera que esta investigación también motive a realizar otros estudios sobre la implementación de política pública en el marco de la pandemia. En el ámbito específico de la inmunización, emergen interrogantes fundamentales que ameritan futuras investigaciones: ¿De qué manera se manifestó la equidad en los resultados de los programas de vacunación? ¿Existieron disparidades regionales significativas en el desempeño dentro de cada país? ¿Qué diferencias se observaron en la provisión del servicio entre zonas rurales y urbanas? ¿Cuál fue la incidencia del escepticismo vacunal en el contexto regional? ¿En qué medida la diplomacia de las vacunas influyó en la selección de inmunizantes por parte de cada nación? Estas preguntas no solo amplían el horizonte analítico del presente estudio, sino que también sugieren prometedoras líneas de investigación para comprender mejor el desarrollo de la política social en contextos de shock.

La evidencia disponible indica que las coberturas de vacunación en Centroamérica no han recuperado los niveles previos a la pandemia, lo cual señala la necesidad imperativa de profundizar la investigación sobre el desempeño de los programas regionales de inmunización. La región enfrenta desafíos críticos que requieren atención prioritaria: el fortalecimiento del compromiso político para garantizar inversiones sostenidas en servicios esenciales de salud, la modernización y adaptación de los esquemas operativos de los programas de vacunación, y el desarrollo de estrategias comunicacionales efectivas que faciliten el acceso y comprensión de información científicamente validada por parte de la población.

El diseño e implementación de políticas sociales más efectivas y sostenibles requiere de legados institucionales robustos. Sin embargo, es crucial reconocer que estos legados pueden verse significativamente afectados por factores macro políticos, lo que subraya la importancia de preservar las condiciones democráticas en los regímenes

políticos. Si bien el desarrollo de políticas sociales es factible bajo condiciones no democráticas, estas se ven potencialmente comprometidas por la volatilidad decisional característica de los liderazgos autoritarios.

Sumado a esto, resulta necesario que los hacedores de políticas consideren cuidadosamente el impacto de las arquitecturas en el desarrollo de la política social. La configuración de elementos fundamentales como los mecanismos de financiamiento y los modelos de provisión de servicios puede constituir barreras significativas para alcanzar niveles óptimos de cobertura, suficiencia y sostenibilidad en la implementación de políticas públicas.

La coyuntura crítica generada por la pandemia de COVID-19 demandó una respuesta gubernamental inmediata y efectiva en materia de política pública. En este contexto de urgencia, caracterizado por un horizonte temporal comprimido, herramientas preexistentes adquirieron una relevancia fundamental para la gestión de la crisis. El análisis de esta coyuntura particular ofrece aprendizajes significativos para el fortalecimiento de las respuestas frente a futuros escenarios de shock, permitiendo identificar tanto los factores que potencian un desempeño eficiente como aquellos elementos que podrían constituir barreras en la implementación de políticas efectivas.

Referencias

- Aborode, A. T., Olofinsao, O. A., Osmond, E., Batubo, A. P., Fayemiro, O., Sherifdeen, O., Muraina, L., Obadawo, B. S., Ahmad, S., & Fajemisin, E. A. (2021). Equal access of COVID-19 vaccine distribution in Africa: Challenges and way forward. *Journal of Medical Virology*, 93(9), 5212-5215. <https://doi.org/10.1002/JMV.27095>
- Afolabi, A. A., & Ilesanmi, O. S. (2021). Dealing with vaccine hesitancy in Africa: The prospective COVID-19 vaccine context. *The Pan African Medical Journal*, 38(3), 1-7. <https://doi.org/10.11604/PAMJ.2021.38.3.27401>
- Alhassan, R. K., Owusu-Agyei, S., Ansah, E. K., & Gyapong, M. (2021). COVID-19 vaccine uptake among health care workers in Ghana: A case for targeted vaccine deployment campaigns in the global south. *Human Resources for Health*, 19(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/S12960-021-00657-1/TABLES/4>
- Alonso, G. (2008). *Capacidades estatales, instituciones y política social*. Prometeo Libros. <https://doi.org/10.978.987/574116>
- Alston, Lee. J., Melo, M. A., Mueller, B., & Pereira, C. (2006). *Political Institutions, Policymaking Processes and Policy Outcomes in Brazil* (pp. 1-88). Inter-American Development Bank. <https://publications.iadb.org/en/publication/10770/political-institutions-policymaking-processes-and-policy-outcomes-brazil>
- Alvarado, D. M., & Navarro, P. C. R. (2022). Evolución de la sindemia por “COVID-19” en Costa Rica al 10/12/2021. *Tecnología en Marcha*, 35(Extra 1), 150-163.
- Alvarado-socarras, J. L., Vesga-varela, A. L., Quintero-lesmes, D. C., Fama-pereira, M. M., Serrano-díaz, N. C., Vasco, M., Carballo-zarate, V., Zambrano, L. I., Paniz-mondolfi, A., & Rodriguez-morales, A. J. (2021). Perception of COVID-19

- Vaccination Amongst Physicians in Colombia. *Vaccines* 2021, Vol. 9, Page 287, 9(3), 287. <https://doi.org/10.3390/VACCINES9030287>
- Álvarez, L. R., & Rumbo-Prieto, J. M. (2023). Consideraciones éticas sobre la obligatoriedad de la vacuna del Covid-19 en profesionales sanitarios. Revisión narrativa. *Ética de los Cuidados*, e14644-e14644.
- Aminah, S., & Susilo, S. R. T. (2021). *State Capacity in Implementing the Covid-19 Vaccination Program in Indonesia*. 67-72. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.210615.014>
- Andrews, N., Stowe, J., Kirsebom, F., Toffa, S., Sachdeva, R., Gower, C., Ramsay, M., & Lopez Bernal, J. (2022). Effectiveness of COVID-19 booster vaccines against COVID-19-related symptoms, hospitalization and death in England. *Nature Medicine*, 28(4), Article 4. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01699-1>
- Aninat, C., Landregan, J., Navia, P., & Vial, J. (2006). *Political Institutions, Policymaking Processes and Policy Outcomes in Chile* (Latin American Research Network, pp. 1-64). Inter - American Development Bank. <https://publications.iadb.org/en/publication/10775/political-institutions-policymaking-processes-and-policy-outcomes-chile>
- Arza, C., Castiglioni, R., Franzoni, J. M., Niedzwiecki, S., Pribble, J., & Sánchez-Ancochea, D. (2022a). *The political economy of segmented expansion: Latin American social policy in the 2000s* (pp. 1-70). www.PolSoc.org.
- Arza, C., Castiglioni, R., Franzoni, J. M., Niedzwiecki, S., Pribble, J., & Sánchez-Ancochea, D. (2022b). The political economy of segmented expansion: Latin American social policy in the 2000s. *Cambridge University Press*, 1-70. <https://doi.org/doi:10.1017/9781009344135>

- Asamblea Nacional Nicaragua. (2023, febrero 9). *Ley de Defensa de los Derechos del Pueblo a la Independencia, Soberanía y Autodeterminación para la Paz*. <https://noticias.asamblea.gob.ni/aprueban-reforma-a-la-constitucion-y-ley-especial-que-regula-la-perdida-de-la-nacionalidad-nicaraguense/>
- Ayala Durán, C. (2021). Determinantes de la confianza pública en El Salvador: Manejo de la pandemia por el ministro de salud y el presidente. *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 30(2), 71-98. <https://doi.org/10.26851/rucp.30.2.3>
- Bajos, N., Spire, A., Silberzan, L., Sireyjol, A., Jusot, F., Meyer, L., Franck, J.-E., Warszawski, J., The EpiCov study group, Bajos, N., Warszawski, J., Bagein, G., Counil, E., Jusot, F., Lydie, N., Martin, C., Meyer, L., Raynaud, P., Rouquette, A., ... Spire, A. (2022). When Lack of Trust in the Government and in Scientists Reinforces Social Inequalities in Vaccination Against COVID-19. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.908152>
- Banco Centroamericano de Integración Económica. (2021, abril). *Con apoyo financiero del BCIE, 3.27 millones de nicaragüenses serán vacunados contra el COVID-19*. <https://www.bcie.org/novedades/noticias/articulo/con-apoyo-financiero-del-bcie-327-millones-de-nicaragueenses-seran-vacunados-contr-el-covid-19>
- Barbeito Iglesias, R. L., & Iglesias Alonso, A. (2020). Democracias en cuarentena: Respuestas políticas a COVID-19 y el futuro de la democracia. *RES. Revista Española de Sociología*, 29(3), 703-714.
- Barquero, A. C., Vargas, W. M., Sáenz, L. F. L., Pérez, E. S., Hernández, E. A., & Zuñiga, S. G. (2022). Estudio de Cohorte del impacto y eficacia del proceso de vacunación contra la COVID-19 en la población inmunizada en Costa Rica durante el 2021. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad de Iberoamérica*, 1(1), Article 1. <https://doi.org/10.54376/rcmui.v4i2.101>

- Barrachina Lisón, C. (2020). Gestión de la covid-19 en Honduras: Estilo, políticas gubernamentales y efectos iniciales de la pandemia. *Marcial Pons*.
<https://international.vlex.com/vid/gestion-covid-19-honduras-864287886>
- Barrantes Serrano, B., Barrios, L., & Gerardo González, C. (2021). *COVID-19 Nuevas enfermedades, antiguos problemas en Centroamérica*. CLACSO.
- BBC News. (2021, octubre 5). Antivacunas en Guatemala secuestran a un grupo de enfermeras durante horas. *BBC News Mundo*.
<https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-58809817>
- Bergara, M., Pereyra, A., Tansini, R., Garce, A., Chasquetti, D., Buquet, D., & Moraes, J. A. (2006). Political Institutions, Policymaking Processes, and Policy Outcomes: The Case of Uruguay. En *SSRN Electronic Journal* (pp. 1-66). Inter-American Development Bank. <https://doi.org/10.2139/SSRN.1814759>
- Bernardeau-Serra, L., Nguyen-Huynh, A., Sponagel, L., Sernizon Guimarães, N., Augusto Teixeira de Aguiar, R., Soriano Marcolino, M., & Arnedo-Pena, A. (2021). The COVID-19 Vaccination Strategy in Brazil—A Case Study. *Epidemiologia 2021, Vol. 2, Pages 338-359, 2(3), 338-359*.
<https://doi.org/10.3390/EPIDEMIOLOGIA2030026>
- Bertranou, J. (2016). *Capacidad estatal: Revisión del concepto y algunos ejes de análisis y debate (dossier)*. <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/8788>
- Blofield, M., Giambruno, C., & Filgueira, F. (2020a). *Policy expansion in compressed time: Assessing the speed, breadth and sufficiency of post-COVID-19 social protection measures in 10 Latin American countries*. CEPAL.
<https://www.cepal.org/en/publications/46016-policy-expansion-compressed-time-assessing-speed-breadth-and-sufficiency-post>

- Blofield, M., Giambruno, C., & Filgueira, F. (2020b). *Policy expansion in compressed time: Assessing the speed, breadth and sufficiency of post-COVID-19 social protection measures in 10 Latin American countries*. Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC).
<https://www.cepal.org/en/publications/46016-policy-expansion-compressed-time-assessing-speed-breadth-and-sufficiency-post>
- Blofield, M., Pribble, J., & Giambruno, C. (2022). *The Politics of Social Protection During Times of Crisis*. Unpublished manuscript under review.
- Blofield, M., Pribble, J., & Giambruno, C. (2023). The Politics of Social Protection During Times of Crisis. *Elements in Politics and Society in Latin America*.
<https://doi.org/10.1017/9781009416023>
- Borisch, B., & Lomazzi, M. (2022). COVID-19 Pandemic: The case of Cameroon. *Journal of public health policy*, 43(2), 325-328. <https://doi.org/10.1057/s41271-022-00340-2>
- Boschiero, M. N., Vantini, C., Palamim, C., Augusto, F., & Marson, L. (2021). The hindrances to perform the COVID-19 vaccination in Brazil. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17, 3990-4004.
<https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1955607>
- Bright, B., Babalola, C. P., Sam-Agudu, N. A., Onyeaghala, A. A., Olatunji, A., Aduh, U., Sobande, P. O., Crowell, T. A., Tebeje, Y. K., Phillip, S., Ndembi, N., & Folayan, M. O. (2021). COVID-19 preparedness: Capacity to manufacture vaccines, therapeutics and diagnostics in sub-Saharan Africa. *Globalization and Health*, 17(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/S12992-021-00668-6/TABLES/1>
- Bukele, N. (2020, noviembre 25). *Palabras del Presidente Nayib Bukele sobre adquisición de vacunas en El Salvador*.

- Bukele, N. (2021, febrero 17). *Palabras del Presidente Nayib Bukele durante el inicio de las jornadas de vacunación contra el COVID-19.*
- Buteler, M. (2021). El virus y la vacuna: Cooperación, desconfianza y una nueva carrera global. *Boletín Informativo del Grupo de Jóvenes Investigadores*, no. 12.
<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/122891>
- Caja Costarricense del Seguro Social. (2020, diciembre). *Manual de Procedimientos para la ejecución de vacunación contra COVID-19 en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.*
- Calderón de Copete, E. (Director). (2021, enero 19). *Equipo Panavac-19 presenta Estrategia de Vacunacion continua* [Video recording].
- Canal 6 Honduras. (2021, noviembre 15). *Jornada de vacunación contra el covid-19.*
<https://www.facebook.com/photo/?fbid=4777091692312355&set=a.542822065739360>
- Canales Cerón, M. (2006). *Metodologías de la investigación social* (1.^a ed.). LOM Ediciones.
[https://imaginariosyrepresentaciones.files.wordpress.com/2015/08/canales-
ceron-manuel-metodologias-de-la-investigacion-social.pdf](https://imaginariosyrepresentaciones.files.wordpress.com/2015/08/canales-ceron-manuel-metodologias-de-la-investigacion-social.pdf)
- Capella, V. B., & Jääskeläinen, F. D. M. (2023). Sobre la obligatoriedad de las vacunas en tiempos de covid-19: Aproximación contextual y análisis desde el Derecho y las políticas comparadas. *Relaciones Internacionales*, 52, Article 52.
<https://doi.org/10.15366/relacionesinternacionales2023.52.008>
- Carcelen, A. C., Prospero, C., Mutembo, S., Chongwe, G., Mwansa, F. D., Ndubani, P., Simulundu, E., Chilumba, I., Musukwa, G., Thuma, P., Kapungu, K., Hamahuwa, M., Mutale, I., Winter, A., Moss, W. J., & Truelove, S. A. (2022). COVID-19 vaccine hesitancy in Zambia: A glimpse at the possible challenges ahead for

COVID-19 vaccination rollout in sub-Saharan Africa. *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 18(1), 1-6.
https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1948784/SUPPL_FILE/KHVI_A_1948784_SM8910.ZIP

Cárdenas, E. (Director). (2021, enero 19). *Equipo Panavac-19 presenta Estrategia de Vacunacion continua* [Video recording].

Cárdenas, M., Junguito, R., & Pachón, M. (2006). *Political Institutions and Policy Outcomes in Colombia: The Effects of the 1991 Constitution* (pp. 1-92). Inter-American Development Bank.
<https://publications.iadb.org/en/publication/10753/political-institutions-and-policy-outcomes-colombia-effects-1991-constitution>

Carreño Navas, F., & Álvarez Nodarse. (2021, noviembre 14). Modelando una epidemia III: Efectos de la vacunación. *Blog del Instituto de Matemáticas de la Universidad de Sevilla*. <https://institucional.us.es/blogimus/2021/11/modelando-una-epidemia-iii-efectos-de-la-vacunacion/>

Casa Presidencial. (2020a, octubre 1). *Costa Rica firma acuerdo con Pfizer y Biontech para suministro de vacuna candidata contra el SARS-COV-2*. Casa Presidencial Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/502-gobierno-presenta-cronograma-de-reapertura-de-actividades>

Casa Presidencial. (2020b, noviembre 12). *Costa Rica firma acuerdo con AstraZeneca para suministro de vacuna candidata contra el SARS-CoV-2*. Casa Presidencial Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/785-costa-rica-firma-acuerdo-con-astrazeneca-para-suministro-de-vacuna-candidata-contra-el-sars-cov-2>

- Casa Presidencial. (2021a, mayo 7). *CNE apoya con carpas aceleración de la campaña de vacunación contra el COVID-19*. Presidencia de la República de Costa Rica.
<https://presidencia.gobiernocarlosalvarado.cr/comunicados/2021/05/cne-apoya-con-carpas-aceleracion-de-la-campana-de-vacunacion-contra-el-covid-19/>
- Casa Presidencial. (2021b, mayo 10). *Costa Rica comprará 2 millones de dosis más de la vacuna de Pfizer/BioNTech para acelerar proceso de vacunación*. Casa Presidencial Costa Rica.
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/785-costa-rica-firma-acuerdo-con-astrazeneca-para-suministro-de-vacuna-candidata-contra-el-sars-cov-2>
- Casa Presidencial. (2021c, mayo 18). *Comisión de Vacunación instruye iniciar con inmunización de recolectores de residuos, personal de educación pública y privada, entre otros sectores incluidos en grupo*. Ministerio de Salud Costa Rica.
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/43-noticias-2021/1030-comision-de-vacunacion-instruye-iniciar-con-inmunizacion-de-recolectores-de-residuos-personal-de-educacion-publica-y-privada-entre-otros-sectores-incluidos-en-grupo>
- Casa Presidencial. (2021d, mayo 18). *Gobierno impulsa 5 áreas de acciones para fortalecer la atención de la pandemia*. Casa Presidencial Costa Rica.
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/785-costa-rica-firma-acuerdo-con-astrazeneca-para-suministro-de-vacuna-candidata-contra-el-sars-cov-2>
- Casa Presidencial. (2021e, junio 2). *“Cada persona que forma parte de este engranaje nacional hace posible el éxito de la campaña de vacunación contra el COVID-19”*. Presidencia de la República de Costa Rica.

<https://presidencia.gobiernocarlosalvarado.cr/comunicados/2021/06/cada-persona-que-forma-parte-de-este-engranaje-nacional-hace-posible-el-exito-de-la-campana-de-vacunacion-contra-el-covid-19/>

Casa Presidencial. (2021f, junio 7). *Antes de lo proyectado se superan metas de aplicación e ingreso de vacunas fijadas para fines de junio*. Presidencia de la República de Costa Rica. <https://presidencia.gobiernocarlosalvarado.cr/comunicados/2021/06/antes-de-lo-proyectado-se-superan-metas-de-aplicacion-e-ingreso-de-vacunas-fijadas-para-fines-de-junio/>

Casa Presidencial. (2021g, junio 29). *Avanza vacunación contra covid-19*. Presidencia de la República de Costa Rica. <https://presidencia.gobiernocarlosalvarado.cr/comunicados/2021/06/avanza-vacunacion-contra-covid-19/>

Casa Presidencial. (2021h, julio 8). *Llegan primeras vacunas de trimestre que recibirá más de 2,5 millones de dosis*. Presidencia de la República de Costa Rica. <https://presidencia.gobiernocarlosalvarado.cr/comunicados/2021/04/comision-nacional-de-vacunacion-y-epidemiologia-aprobo-el-uso-de-vacuna-contra-covid-19-de-astrazeneca-en-costa-rica/>

Casa Presidencial. (2021i, julio 17). *¡Inició la vacunación del grupo 5 con maratónico despliegue nacional!* Presidencia de la República de Costa Rica. <https://presidencia.gobiernocarlosalvarado.cr/comunicados/2021/07/inicio-la-vacunacion-del-grupo-5-con-maratonico-despliegue-nacional/>

Casa Presidencial. (2021j, julio 28). *Presidente: “A partir de hoy toda persona mayor de 20 años puede tener acceso a la vacuna contra el COVID-19”*. Presidencia de la República de Costa Rica.

<https://presidencia.gobiernocarlosalvarado.cr/comunicados/2021/07/presidente-a-partir-de-hoy-toda-persona-mayor-de-20-anos-puede-tener-acceso-a-la-vacuna-contra-el-covid-19/>

Casa Presidencial. (2021k, agosto 11). *“Contamos con la disponibilidad para garantizar la segunda dosis de toda persona que se vacune”*. Presidencia de la República de Costa Rica.

<https://presidencia.gobiernocarlosalvarado.cr/comunicados/2021/08/contamos-con-la-disponibilidad-para-garantizar-la-segunda-dosis-de-toda-persona-que-se-vacune/>

Casa Presidencial. (2021l, agosto 25). *CCSS adelantará segunda dosis de vacuna COVID-19 a personas entre 30 y 57 años*. Presidencia de la República de Costa Rica. <https://presidencia.gobiernocarlosalvarado.cr/comunicados/2021/08/ccss-adelantara-segunda-dosis-de-vacuna-covid-19-a-personas-entre-30-y-57-anos/>

Casa Presidencial. (2021m, septiembre 10). *Mesa técnica con sectores conoce estrategias de vacunación en poblaciones vulnerables*. Presidencia de la República de Costa Rica. <https://presidencia.gobiernocarlosalvarado.cr/comunicados/2021/09/mesa-tecnica-con-sectores-conoce-estrategias-de-vacunacion-en-poblaciones-vulnerables/>

Casa Presidencial. (2021n, septiembre 26). *Llevar vacunatorios COVID-19 a zonas francas y empresas ya es una realidad en Heredia-Virilla*. Presidencia de la República de Costa Rica. <https://presidencia.gobiernocarlosalvarado.cr/comunicados/2021/09/llevar-vacunatorios-covid-19-a-zonas-francas-y-empresas-ya-es-una-realidad-en-heredia-virilla/>

- Casa Presidencial. (2021o, diciembre 27). *CCSS vacunará en 263 puntos fijos y casas contra COVID-19*. Presidencia de la República de Costa Rica. <https://presidencia.gobiernocarlosalvarado.cr/comunicados/2021/12/ccss-vacunara-en-263-puntos-fijos-y-casas-contra-covid-19/>
- Casa Presidencial. (2022, abril 13). *¡A vacunarse! Hay suficientes dosis para toda la población*. Presidencia de la República de Costa Rica. <https://presidencia.gobiernocarlosalvarado.cr/comunicados/2022/04/a-vacunarse-hay-suficientes-dosis-para-toda-la-poblacion/>
- Casasola, D., & Menchú, W. (2020, mayo 18). *Medidas adoptadas en Guatemala para combatir el COVID-19*. Centro de Investigaciones Económicas Nacionales.
- Castillo, J. M., & Guerra de Castillo, Z. (2022). *Evaluación de la cadena de suministro de vacunas contra el COVID-19 en Centroamérica: Realidades, retos y posibles soluciones*. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/48100>
- Casullo, M., & Brown, H. (2023). *El populismo en América Central* (pp. 147-173).
- Chan, I. L., Mowson, R., Alonso, J. P., Roberti, J., Contreras, M., & Velandia-González, M. (2022). Promoting immunization equity in Latin America and the Caribbean: Case studies, lessons learned, and their implication for COVID-19 vaccine equity. *Vaccine*, 40(13), 1977-1986. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.02.051>
- Chapman, H. S. (2024). *Dialogue with the dictator: Authoritarian legitimation and information management in Putin's Russia*. Cambridge University Press.
- Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias. (2015). *Política Nacional de Gestión del Riesgo 2016-2030*. CNE.
- Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias. (2021a, julio 8). *Llegan primeras vacunas de trimestre que recibirá más de 2,5 millones de dosis*.

- Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias. (2021b, octubre 25). *CNE firmó contrato que garantiza vacunas para niñez y terceras dosis para el 2022*. http://www.cne.go.cr/noticias/2021/CNE_firmo_contrato_que_garantiza_vacunas_para_ninez_y_terceras_dosis_para_el_2022.aspx
- Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias. (2022, marzo 24). *País continúa priorizando recepción de vacunas pediátricas para proteger a nuestra niñez*. http://www.cne.go.cr/noticias/2021/CNE_firmo_contrato_que_garantiza_vacunas_para_ninez_y_terceras_dosis_para_el_2022.aspx
- Comisión Permanente de Contingencias. (2021, agosto 9). *Sexta Campaña de Vacunación contra el Covid-19*. https://www.facebook.com/photo.php?fbid=4827006873994727&id=302272259801567&set=a.708520995843356&locale=af_ZA
- Confidencial. (2022, octubre 23). 2022: El año con más presos políticos desde la Rebelión de Abril de 2018. *Confidencial*. <https://confidencial.digital/nacion/2022-el-ano-con-mas-presos-politicos-desde-la-rebelion-de-abril-de-2018/>
- Congreso de la República de Guatemala. (2021, enero 5). *Iniciativa 5868: Ley para el financiamiento y adquisición de vacunas contra el COVID-19*. https://www.congreso.gob.gt/noticias_congreso/5500/2021/5
- Consejo Nacional Anticorrupción. (2020a, mayo 12). *La corrupción en tiempos de COVID-19. Parte III*. <https://www.cna.hn/la-corrupcion-en-tiempos-de-covid-19/>
- Consejo Nacional Anticorrupción. (2020b, junio). *La corrupción en tiempos de COVID-19. Parte V*. <https://www.cna.hn/la-corrupcion-en-tiempos-de-covid-19/>
- Consejo Nacional Anticorrupción. (2020c, junio). *La corrupción en tiempos de COVID-19. Parte VI*. <https://www.cna.hn/la-corrupcion-en-tiempos-de-covid-19/>

- Consejo Nacional Anticorrupción. (2020d, septiembre). *La corrupción en tiempos de COVID-19. Parte XI*. <https://www.cna.hn/la-corrupcion-en-tiempos-de-covid-19/>
- Consejo Nacional Anticorrupción. (2020e, diciembre). *La corrupción en tiempos de COVID-19. Parte XIII*. <https://www.cna.hn/la-corrupcion-en-tiempos-de-covid-19/>
- Contra Corriente. (2020, septiembre 15). *A pesar del riesgo, transporte público se reanuda en Honduras*. <https://contracorriente.red/2020/09/15/a-pesar-del-riesgo-transporte-publico-se-reanuda-en-honduras/>
- Contra Corriente. (2021a, abril 8). *Secretaría de Salud niega información de contrato de vacuna por «estar en proceso de adquisición»*. <https://contracorriente.red/2021/04/08/secretaria-de-salud-niega-informacion-de-contrato-de-vacuna-por-estar-en-proceso-de-adquisicion/>
- Contra Corriente. (2021b, julio 31). *Vacunatón Honduras: Uso de vacunas para campañas electorales*. <https://contracorriente.red/2021/07/31/vacunaton-honduras-uso-de-vacunas-para-campanas-electorales/>
- Cooper, S., van Rooyen, H., & Wiysonge, C. S. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy in South Africa: How can we maximize uptake of COVID-19 vaccines? <https://doi.org/10.1080/14760584.2021.1949291>, 20(8), 921-933. <https://doi.org/10.1080/14760584.2021.1949291>
- Cuschieri, S., Agius, S., Souness, J., Brincat, A., & Grech, V. (2021). The fastest national COVID vaccination in Europe—Malta's strategies. *Health Sciences Review*, 1, 100001. <https://doi.org/10.1016/j.hsr.2021.100001>
- Dada, C. (2023). *Los pliegues de la cintura: Crónicas centroamericanas*. Libros del K.O.
- De Castillo, Z. G., & Castillo, J. M. (2022). *Estudio de distribución de vacunas contra el COVID-19 en América Latina y el Caribe: El caso de Panamá*. Centro de

distribución de vacunas para la región.

<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/48053>

De Pino, J. M. (Director). (2021, enero 19). *Equipo Panavac-19 presenta Estrategia de Vacunación continua* [Video recording].

de Souza, L. E. P. F., & Buss, P. M. (2021). Global challenges for equitable access to COVID-19 vaccination. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(9), 56521. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056521>

Deacon, B., Hulse, M., & Stubbs, P. (1997). *Global social policy: International organizations and the future of welfare*. London [u.a.] : Sage Publ.

Deacon, B., Macovei, M. C., Langenhove, L. V., & Yeates, N. (Eds.). (2009). *World-Regional Social Policy and Global Governance: New research and policy agendas in Africa, Asia, Europe and Latin America*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203866504>

DELFINO. (2021, mayo 18). *Panamá descarta compra de vacunas china y rusa por falta de disponibilidad inmediata*. <https://delfino.cr/2021/05/panama-descarta-compra-de-vacunas-china-y-rusa-por-falta-de-disponibilidad-inmediata>

Del-Moral, L. G. del. (2020). Los métodos mixtos de investigación para el análisis del cambio político en el Norte de África y Oriente Próximo. *Revista española de ciencia política*, 53, 145-167.

Deutsche Welle. (2020, agosto 13). *Honduras protesta en pandemia: «¿Dónde está el dinero?»* dw.com. <https://www.dw.com/es/honduras-protesta-en-plena-pandemia-d%C3%B3nde-est%C3%A1-el-dinero/a-54547766>

Devine, D., Valgarðsson, V., Smith, J., Jennings, W., Scotto di Vettimo, M., Bunting, H., & McKay, L. (2024). Political trust in the first year of the COVID-19 pandemic:

- A meta-analysis of 67 studies. *Journal of European Public Policy*, 31(3), 657-679.
<https://doi.org/10.1080/13501763.2023.2169741>
- Diálogos A.C. (2021, agosto 24). *Las disparidades del proceso de vacunación contra la COVID-19. Retos, opciones e implicaciones.*
- Diario de Centro América. (2021, octubre 9). *Centros de vacunación del Ejército reportan alta demanda. Diario de Centro América.* <https://dca.gob.gt/noticias-guatemala-diario-centro-america/centros-de-vacunacion-del-ejercito-reportan-alta-demanda/>
- Diario de Centro América. (2024, abril 8). *Caso Sputnik pondrá a prueba a fiscal general.*
- Diario Tiempo. (2022, mayo 5). *Vacunación COVID-19: Sábado 7 de mayo en Honduras.*
<https://tiempo.hn/vacunacion-honduras-covid-19-del-5-de-mayo/>
- Dirección de Investigación en Derechos Humanos. (2020, abril). *Cuarto Informe sobre acciones institucionales en el marco de la “Emergencia COVID-19”, del 03 al 16 de abril de 2020.*
- Dreser, A. (2021). Retos y avances en la vacunación contra COVID-19 en Latinoamérica y el Caribe. *Salud UIS*, 53(1). <https://doi.org/10.18273/SALUDUIS.53.E:21002>
- Drexler, J. F., & Hoffmann, B. (2021). *COVID-19 in Latin America: Where We Stand and What Is to Come.* Social Science Open Acces Repository.
<https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/75519>
- Dzinamarira, T., Nachipo, B., Phiri, B., & Musuka, G. (2021). COVID-19 Vaccine Roll-Out in South Africa and Zimbabwe: Urgent Need to Address Community Preparedness, Fears and Hesitancy. *Vaccines 2021, Vol. 9, Page 250*, 9(3), 250.
<https://doi.org/10.3390/VACCINES9030250>

- El 19 Digital. (2020a, agosto). *¿Cómo se realizarán los desfiles patrios en Nicaragua este 2020?* El 19 Digital. <http://www.el19digital.com/articulos/ver/titulo:106289-como-se-realizaran-los-desfiles-patrios-en-nicaragua-este-2020>
- El 19 Digital. (2020b, octubre). *Nicaragua presente en Taller de Ética de la Investigación de Vacunas contra la COVID-19.* El 19 Digital. <http://www.el19digital.com/Coronavirus/articulo/titulo:108864-nicaragua-presente-en-taller-de-etica-de-la-investigacion-de-vacunas-contra-la-covid-19>
- El 19 Digital. (2021a, febrero 24). *Nicaragua recibe con gratitud la donación de la vacuna Sputnik V de la Federación Rusia.* El 19 Digital. <http://www.el19digital.com/articulos/ver/titulo:113226-nicaragua-recibe-con-gratitud-la-donacion-de-la-vacuna-sputnik-v-de-la-federacion-rusia>
- El 19 Digital. (2021b, marzo 3). *Detalles del plan de vacunación contra la Covid-19 en Nicaragua.* El 19 Digital. <http://www.el19digital.com/articulos/ver/titulo:114007-detalles-del-plan-de-vacunacion-contra-la-covid-19-en-nicaragua->
- El 19 Digital. (2021c, abril 30). *Estos son los lugares donde se aplicará la vacuna contra la Covid-19 al personal de salud en Managua.* El 19 Digital. <http://www.el19digital.com/Coronavirus/articulo/titulo:115578-estos-son-los-lugares-donde-se-aplicara-la-vacuna-contra-la-covid-19-al-personal-de-salud-en-managua>
- El 19 Digital. (2021d, agosto 31). *Inicia aplicación de refuerzo contra la Covid 19 a los vacunados con Sputnik V.* El 19 Digital. <http://www.el19digital.com/articulos/ver/titulo:123421-inicia-aplicacion-de-refuerzo-contra-la-covid-19-a-los-vacunados-con-sputnik-v>
- El 19 Digital. (2021e, septiembre 9). *Nicaragua: Datos sobre el modelo de vacunación contra el covid 19.* El 19 Digital.

<http://www.el19digital.com/articulos/ver/titulo:120432-nicaragua-datos-sobre-el-modelo-de-vacunacion-contrala-covid-19>

El 19 Digital. (2021f, noviembre 3). *Ministerio de Salud aumenta puestos de vacunación*

contra la covid-19. El 19 Digital.

<http://www.el19digital.com/articulos/ver/titulo:122330-ministerio-de-salud-aumenta-puestos-de-vacunacion-contrala-covid-19>

El 19 Digital. (2021g, diciembre 27). *Conoce la nueva estrategia de vacunación contra*

la Covid 19 en Nicaragua. El 19 Digital.

<http://www.el19digital.com/Coronavirus/articulo/titulo:124128-conoce-la-nueva-estrategia-de-vacunacion-contrala-covid-19-en-nicaragua>

El 19 Digital. (2022a, marzo 16). *¿Cómo se desarrolla el nuevo esquema de vacunación*

contra la Covid-19 del año 2022? El 19 Digital.

<http://www.el19digital.com/Coronavirus/articulo/titulo:126279-como-se-desarrolla-el-nuevo-esquema-de-vacunacion-contrala-covid-19-del-ano-2022>

El 19 Digital. (2022b, marzo 30). *Nicaragua alcanza nuevas metas de vacunación contra*

la Covid 19. El 19 Digital.

<http://www.el19digital.com/Coronavirus/articulo/titulo:126747-nicaragua-alcanza-nuevas-metas-de-vacunacion-contrala-covid-19>

El 19 Digital. (2022c, julio 29). *Así avanza la vacunación contra la covid-19 en*

Nicaragua. El 19 Digital.

<http://www.el19digital.com/Coronavirus/articulo/titulo:130804-asi-avanza-la-vacunacion-contrala-covid-19-en-nicaragua>

El Faro. (2020, marzo 22). *Cuarentena obligatoria nacional de 30 días y ayudas para 1.5*

millones de familias. Cuarentena Obligatoria Nacional de 30 Días y Ayudas Para

1.5 Millones de Familias.

https://elfaro.net/es/202003/el_salvador/24151/Cuarentena-obligatoria-nacional-de-30-d%C3%ADas-y-ayudas-para-15-millones-de-familias.htm

El Faro. (2021a, marzo 1). *Bukele gana la Asamblea Legislativa*. Bukele Gana La Asamblea Legislativa. https://elfaro.net/es/202103/el_salvador/25304/Bukele-gana-la-Asamblea-Legislativa.htm

El Faro. (2021b, abril 14). *Expertos cuestionan forma en que el Gobierno vacunó a miles en un solo día*. Expertos Cuestionan Forma En Que El Gobierno Vacunó a Miles En Un Solo Día. https://www.elfaro.net/es/202104/el_salvador/25409/Expertos-cuestionan-forma-en-que-el-Gobierno-vacun%C3%B3-a-miles-en-un-solo-d%C3%ADa.htm

El Heraldo. (2020a, marzo 12). *Emergencia sanitaria en Honduras ante primeros casos de coronavirus*. [www.elheraldo.hn. https://www.elheraldo.hn/honduras/emergencia-sanitaria-en-honduras-ante-primeros-casos-de-coronavirus-IYEH1363487](https://www.elheraldo.hn/honduras/emergencia-sanitaria-en-honduras-ante-primeros-casos-de-coronavirus-IYEH1363487)

El Heraldo. (2020b, marzo 12). *Suspenden clases en Honduras durante 14 días por coronavirus*. [www.elheraldo.hn. https://www.elheraldo.hn/honduras/suspenden-clases-en-honduras-durante-14-dias-por-coronavirus-FYEH1363521](https://www.elheraldo.hn/honduras/suspenden-clases-en-honduras-durante-14-dias-por-coronavirus-FYEH1363521)

El Heraldo. (2020c, noviembre 25). *Honduras gestiona 3.8 millones de dosis de vacunas para covid-19*. <https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>

El Heraldo. (2020d, noviembre 25). *Más de \$20 millones destinará el Estado para la compra de vacunas*. <https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>

- El Heraldo. (2020e, noviembre 26). *1.4 millones de vacunas para covid pacta IHSS*.
<https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldo. (2020f, noviembre 27). *Vacuna contra el COVID será gratuita*.
<https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldo. (2020g, diciembre 1). *En partes llegarán vacunas contra el covid-19 compradas por el IHSS*. <https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldo. (2020h, diciembre 3). *Honduras accederá a una vacuna con cadena de frío estándar*. <https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldo. (2020i, diciembre 4). *Comisión vigilará compra de vacunas*.
<https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldo. (2020j, diciembre 4). *No se invertirá en equipo para la cadena de frío*.
<https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldo. (2020k, diciembre 11). *Sector privado garantiza vacuna contra covid-19*.
<https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldo. (2020l, diciembre 14). *CNE Solicito 748 millones para vacunas contra covid*.
<https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>

- El Heraldo. (2020m, diciembre 15). *Salud buscará vacunar a 5.2 millones de hondureños*.
<https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldo. (2020n, diciembre 29). *Salud busca reforma de ley para adquirir más vacunas*. <https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldo. (2020o, diciembre 31). *Salud envía reforma para compra directa de vacunas contra Covid-19*. <https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldo. (2021a, enero 12). *Honduras queda rezagada en aplicación de la vacuna*.
<https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldo. (2021b, enero 21). *Honduras, rezagada en la compra de vacunas*.
<https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldo. (2021c, febrero 19). *Honduras busca vacunas rusas*.
<https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldo. (2021d, febrero 27). *Los guerreros de la salud se vacunan*.
<https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldo. (2021e, marzo 16). *Mil trabajadores de la salud reciben la primera dosis*.
<https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>

- El Heraldó. (2021f, marzo 17). *4,000 dosis adicionales se obtienen de vacunas donadas por Covax*. <https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldó. (2021g, abril 9). *Finanzas y el IHSS ya firmaron el convenio*. <https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldó. (2021h, abril 13). *Incierta la fecha de la llegada de las vacunas rusas*. <https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldó. (2021i, abril 19). *Plan de vacunación no sufrirá alteraciones*. <https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldó. (2021j, abril 22). *Hoy inicia la aplicación de dosis Sputnik V de Rusia*. <https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldó. (2021k, mayo 1). *Salud asegura que tiene listo el plan para la jornada de vacunación*. <https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldó. (2021l, mayo 7). *Arranca la cuarta jornada de inoculación contra el covid-19*. <https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldó. (2021m, mayo 10). *FM y Cortés reciben mayor cantidad de dosis de vacunas*. <https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>

- El Herald. (2021n, mayo 11). *Nacidos en 1946 podrán vacunarse en autoservicio*.
<https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Herald. (2021o, mayo 15). *Aplican dosis salvadoreñas y llegan 40 mil vacunas rusas*.
<https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Herald. (2021p, mayo 20). *Más de 1,300 periodistas serán vacunados*.
<https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Herald. (2021q, mayo 25). *Hoy inicia vacunación de afiliados del IHSS en cuatro municipios*. <https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Herald. (2021r, junio 14). *No aplicarán segunda dosis en quinta campaña de vacunación*. <https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Herald. (2021s, junio 19). *El lunes inicia jornada de vacunación con Pfizer*.
<https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Herald. (2021t, junio 22). *Interminables filas de vehículos en busca de cupo para vacunarse*. <https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Herald. (2021u, junio 23). *Antes del mediodía se acabaron las dosis en los centros de vacunación*. <https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>

- El Heraldó. (2021v, junio 25). *El origen del caos: Salud dio información inexacta*.
<https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldó. (2021w, junio 26). *Vacunación de maestros inicia en 92 municipios*.
<https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldó. (2021x, julio 7). *Vacunados en mayo podrán asistir a partir de hoy por segunda dosis*. <https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldó. (2021y, julio 19). *1 millón de catrachos a recibir segunda dosis*.
<https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldó. (2021z, julio 20). *Capitalinos hacen inmensas colas para recibir segunda dosis*. <https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldó. (2021aa, julio 31). *Capitalinos de 35 años en adelante llamados a vacunarse este fin de semana*. <https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Heraldó. (2024, agosto 15). *Salud anuncia la anulación de compra millonaria de dosis de Sputnik V*. <https://www.elheraldo.hn/honduras/honduras-gestiona-38-millones-de-dosis-de-vacunas-para-covid-19-GCEH1424772>
- El Mundo. (2021, julio 6). *Investigan en Guatemala la compra opaca de 16 millones de Sputnik a un fondo ruso*. ELMUNDO.
<https://www.elmundo.es/internacional/2021/07/06/60e4762efdddf58078b45fd.html>

- Ervik, R., Kildal, N., & Nilssen, E. (2009). *The Role of International Organizations in Social Policy: Idea, Actors and Impact*. Edward Elgar Publishing.
- Expediente Abierto, E. (2021, diciembre 20). *Esfuerzo presupuestario del gobierno de Nicaragua para combatir la pandemia del COVID-19* » Expediente Abierto. <https://www.expedienteabierto.org/esfuerzo-presupuestario-del-gobierno-de-nicaragua-para-combatir-la-pandemia-del-covid-19/>
- Expediente Público. (2020a, julio 13). *Manejo de la pandemia en Nicaragua está muy lejos del «modelo sueco»*—Expediente Público. <https://www.expedientepublico.org/manejo-de-la-pandemia-en-nicaragua-esta-muy-lejos-del-modelo-sueco/>, <https://www.expedientepublico.org/manejo-de-la-pandemia-en-nicaragua-esta-muy-lejos-del-modelo-sueco/>
- Expediente Público. (2020b, diciembre 17). *Turbio proceso en Nicaragua para adquirir la vacuna contra el coronavirus*—Expediente Público. <https://www.expedientepublico.org/turbio-proceso-en-nicaragua-para-adquirir-la-vacuna-contra-el-coronavirus/>, <https://www.expedientepublico.org/turbio-proceso-en-nicaragua-para-adquirir-la-vacuna-contra-el-coronavirus/>
- Expediente Público. (2022, marzo 24). *Pandemia del COVID-19 visibilizó más la corrupción en Honduras*. Expediente Público. <https://www.expedientepublico.org/pandemia-del-covid-19-visibilizo-mas-la-corrupcion-en-honduras>
- Fair, H. (2015). Contribuciones de la teoría política posestructuralista al desarrollo de la Ciencia Política y el análisis sociopolítico y crítico. *Estudios Políticos*, 46, 153-178.
- Ferrer, R. (2020). Pandemia por COVID-19: El mayor reto de la historia del intensivismo. *Medicina Intensiva*, 44(6), 323-324. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.002>

- Filgueira, F., Galindo, L. M., Giambruno, C., & Blofield, M. (2020). América Latina ante la crisis del COVID-19 Vulnerabilidad socioeconómica y respuesta social 238 POLÍTICAS SOCIALES. *CEPAL - Serie Políticas Sociales, No.238*. www.cepal.org/apps
- Fundación Nicaragüense para el Desarrollo Económico y Social. (2020). *Nicaragua. Informe de Coyuntura*.
- FUNDAUNGO. (2020a). *Evolución de casos de Covid-19 en El Salvador. 14 de marzo—26 de julio* (No. Boletín Estadístico No. 13). <https://www.fundaungo.org.sv/products/evolucion-de-casos-de-covid-19-en-el-salvador-14-de-marzo-26-de-julio>
- FUNDAUNGO. (2020b, noviembre 25). *Boletín 34: Evolución de casos de COVID-19 en El Salvador. 14 de marzo de 2020—14 de noviembre de 2021*. <https://www.fundaungo.org.sv/products/boletin-34-evolucion-de-casos-de-covid-19-en-el-salvador-14-de-marzo-de-2020-14-de-noviembre-de-2021--2/704>
- FUNDAUNGO. (2020c, diciembre 1). *Plazo y vigencia de Decretos Ejecutivos por COVID-19*. <https://www.fundaungo.org.sv/decretos>
- García, N. R., Pacheco, J. A. O., & Franco, A. M. G. (2024). Hacia una medición integral del sistema de salud en América Latina: Presentación del índice de desempeño multidimensional. *Revista Criterios*, 31(2), Article 2. <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/Criterios/article/view/4000>
- García Osorno, Z. R., Perón Medina, L. Á., Ramírez Velázquez, I. O., Morales Fernández, J. A., Mosqueda Martínez, E. E., Vilchis, H. J., Cruz Salgado, A. X., Chávez Aguilar, J. E., Gutiérrez Bautista, D., Vásquez Martínez, L. M., Valadez González, Y., Cortázar Maldonado, L. A., Vite Velázquez, X., Ángel Ambrocio, A. H., García León, M. L., Bautista Carbajal, P., Díaz Ramírez, J. B., Wong Chew, R. M., García

- Osorno, Z. R., ... Wong Chew, R. M. (2021). Vacunas contra la COVID-19. *Acta médica Grupo Ángeles*, 19(3), 429-444.
- García, Y. (Director). (2021, enero 19). *Equipo Panavac-19 presenta Estrategia de Vacunación continua* [Video recording].
- García-Rendón, S., & Subinas, J. (2023). La irrupción de lo político después de la pandemia. El caso de Panamá. *Íconos - Revista de Ciencias Sociales*, 76, Article 76. <https://doi.org/10.17141/iconos.76.2023.5731>
- Garritzmann, J., Häusermann, S., Palier, B., & Zollinger, C. (2017). *WoPSI - the World Politics of Social Investment: An international research project to explain variance in social investment agendas and social investment reforms across countries and world regions*.
- Garritzmann, J. L., Häusermann, S., & Palier, B. (2022). *The World Politics of Social Investment: Volume I: Welfare States in the Knowledge Economy*. Oxford University Press.
- Gobierno de Guatemala. (2020, noviembre 27). *El Ministerio de Salud Pública y... - Gobierno de Guatemala*. <https://www.facebook.com/guatemalagob/posts/el-ministerio-de-salud-p%C3%BAblica-y-asistencia-social-comunic%C3%B3-este-jueves-que-desd/4035146146514390/>
- Gobierno de Guatemala. (2021a, abril 27). *MSPAS prepara Puestos de Vacunación masivos para la fase 2 del Plan Nacional de Vacunación contra COVID-19—Gobierno de Guatemala*. <https://guatemala.gob.gt/mspas-prepara-puestos-de-vacunacion-masivos-para-la-fase-2-del-plan-nacional-de-vacunacion-contra-covid-19/>, <https://guatemala.gob.gt/mspas-prepara-puestos-de-vacunacion-masivos-para-la-fase-2-del-plan-nacional-de-vacunacion-contra-covid-19/>

Gobierno de Guatemala. (2021b, abril 30). *Ejército de Guatemala insta a la población a inscribirse para la Fase 2 de vacunación contra el Coronavirus, COVID-19—Gobierno de Guatemala*. <https://guatemala.gob.gt/ejercito-de-guatemala-insta-a-la-poblacion-a-inscribirse-para-la-fase-2-de-vacunacion-contra-el-coronavirus-covid-19/>, <https://guatemala.gob.gt/ejercito-de-guatemala-insta-a-la-poblacion-a-inscribirse-para-la-fase-2-de-vacunacion-contra-el-coronavirus-covid-19/>

Gobierno de Guatemala. (2021c, abril 30). *SCEP apoya segunda fase de proceso de vacunación contra el COVID-19—Gobierno de Guatemala*. <https://guatemala.gob.gt/scep-apoya-segunda-fase-de-proceso-de-vacunacion-contra-el-covid-19/>, <https://guatemala.gob.gt/scep-apoya-segunda-fase-de-proceso-de-vacunacion-contra-el-covid-19/>

Gobierno de Guatemala. (2021d, mayo 5). *Ejército de Guatemala desplegará 30 Brigadas en apoyo a la 2ª. Fase de vacunación contra el Coronavirus, COVID-19—Gobierno de Guatemala*. <https://guatemala.gob.gt/ejercito-de-guatemala-desplegara-30-brigadas-en-apoyo-a-la-2a-fase-de-vacunacion-contra-el-coronavirus-covid-19/>, <https://guatemala.gob.gt/ejercito-de-guatemala-desplegara-30-brigadas-en-apoyo-a-la-2a-fase-de-vacunacion-contra-el-coronavirus-covid-19/>

Gobierno de Guatemala. (2021e, mayo 28). *PRESIDENTE GIAMMATTEI INSTA A POBLACIÓN A REGISTRARSE PARA VACUNA CONTRA COVID-19—Gobierno de Guatemala*. <https://guatemala.gob.gt/presidente-giammattei-insta-a-poblacion-a-registrarse-para-vacuna-contra-covid-19/>, <https://guatemala.gob.gt/presidente-giammattei-insta-a-poblacion-a-registrarse-para-vacuna-contra-covid-19/>

- Gobierno de Guatemala. (2021f, julio 28). *Presidente Giammattei anuncia gestiones para nuevas adquisiciones de vacunas contra COVID-19—Gobierno de Guatemala*. <https://guatemala.gob.gt/presidente-giammattei-anuncia-gestiones-para-nuevas-adquisiciones-de-vacunas-contra-covid-19/>, <https://guatemala.gob.gt/presidente-giammattei-anuncia-gestiones-para-nuevas-adquisiciones-de-vacunas-contra-covid-19/>
- Gobierno de Guatemala. (2021g, noviembre 24). *MSPAS trabaja para mejorar coberturas de vacunación contra COVID-19—Gobierno de Guatemala*. <https://guatemala.gob.gt/mspas-trabaja-para-mejorar-coberturas-de-vacunacion-contra-covid-19/>, <https://guatemala.gob.gt/mspas-trabaja-para-mejorar-coberturas-de-vacunacion-contra-covid-19/>
- Gobierno de Guatemala. (2021h, diciembre 14). *MSPAS inicia con jornadas de vacunación estratégica en 50 municipios priorizados—Gobierno de Guatemala*. <https://guatemala.gob.gt/mspas-inicia-con-jornadas-de-vacunacion-estrategica-en-50-municipios-priorizados/>, <https://guatemala.gob.gt/mspas-inicia-con-jornadas-de-vacunacion-estrategica-en-50-municipios-priorizados/>
- Gobierno de Guatemala. (2021i, diciembre 14). *Realizan jornada de vacunación en Tukurú Alta Verapaz—Gobierno de Guatemala*. <https://guatemala.gob.gt/realizan-jornada-de-vacunacion-en-tucuru-alta-verapaz/>, <https://guatemala.gob.gt/realizan-jornada-de-vacunacion-en-tucuru-alta-verapaz/>
- Gobierno de la República Honduras. (2020a, marzo 15). *Decreto Ejecutivo PCM-021-2020*.
- Gobierno de la República Honduras. (2020b, marzo 16). *El Sistema Nacional de Gestión de Riesgo (SINAGER) anuncia al pueblo hondureño la continuidad de las*

restricciones de las garantías constitucionales como medida de prevención ante la propagación de COVID-19 con medidas excepcionales para tres ciudades.

Gobierno de la República Honduras. (2020c, marzo 20). *Cadena Nacional de Radio y Televisión 20 de marzo de 2020 4:00 p.m. Actualización de casos de COVID-19 en Honduras y medidas de seguridad y contención de la propagación del virus.*

Gobierno de la República Honduras. (2020d, marzo 29). *Nuevas medidas de emergencia.*

Gobierno de la República Honduras. (2020e, mayo 23). *Decreto Ejecutivo 58-2020.*

Gobierno de la República Honduras. (2020f, julio 28). *Comunicado de Prensa Reapertura Fase 1.*

González, M. (2022). Policy successes and policy failures in COVID-19 vaccinations in Latin American countries. *Gaceta Médica de Caracas*, 130. <https://doi.org/10.47307/GMC.2022.130.s2.6>

González, M., & Fernandez-Silano, M. (2022). Retos ante los efectos de la pandemia de COVID-19. *Gaceta Médica de Caracas. Suplemento 2, 2022. Editores invitados: Marino J. González R. (Coordinador), Mariano Fernández-Silano. Gaceta médica de Caracas, 130, S323-S469.*

González-Melado, F. J., & Di Pietro, M. L. (2021). La vacuna frente a la COVID-19 y la confianza institucional. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 39(10), 510-515. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.08.001>

Gopichandran, V. (2017). Public trust in vaccination: An analytical framework. *Indian J Med Ethics*, 2(2), 98-104.

Gozzer, E., Canchihuamán, F., Espinoza, R., Gozzer, E., Canchihuamán, F., & Espinoza, R. (2020). COVID-19 y la necesidad de actuar para mejorar las capacidades del Perú frente a las pandemias. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 37(2), 371-373. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5410>

- Gros, C., & Gros, D. (2021). *How fast must vaccination campaigns proceed in order to beat rising Covid-19 infection numbers?* (Research Report No. 34). EconPol Policy Brief. <https://www.econstor.eu/handle/10419/233524>
- Gutiérrez Gutiérrez, J. M. (2020). COVID-19. El caso de Nicaragua. Aportes para enfrentar la pandemia. Huete-Pérez, Jorge. *Anuario De Estudios Centroamericanos*, 46, 1-7. <https://doi.org/10.15517/aeca.v46i0.41826>
- Hanson, J. K., & Sigman, R. (2013). *Leviathan's Latent Dimensions: Measuring State Capacity for Comparative Political Research* (SSRN Scholarly Paper No. 1899933). <https://papers.ssrn.com/abstract=1899933>
- Hernández, D. (2020, diciembre 3). Gobierno de Nicaragua dice estar preparado para comprar la vacuna contra el COVID-19. *La voz de América*. https://www.vozdeamerica.com/a/episode_gobierno-de-nicaragua-preparado-para-comprar-la-vacuna-contra-el-covid-19-265546/6037010.html
- Hoffmann, B. (2021, abril 8). *El Caribe, China y la geopolítica de las vacunas* | Nueva Sociedad. Nueva Sociedad | Democracia y política en América Latina. <https://www.nuso.org/articulo/la-bendicion-del-caribe/>
- Huber, E., & Stephens, J. D. (2012). *Democracy and the Left: Social Policy and Inequality in Latin America*. University of Chicago Press. <https://press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/D/bo13590041.html>
- Huete-Pérez, J. A., & Ortega Hegg, M. (Eds.). (2021). *La Investigación científica para la incidencia social y ambiental en Nicaragua: Ensayos universitarios sobre problemas nacionales* [Texto impreso]. Fondo Editorial UCA Publicaciones.
- i Puig, S. M., & Jarquín, M. C. (2021). El precio de la perpetuación de Daniel Ortega. *Nueva Sociedad*. <https://www.nuso.org/articulo/el-precio-para-nicaragua-de-la-perpetuacion-de-daniel-ortega/>

- ICEFI. (2022a, febrero). *Boletín 2. Monitoreo de la vacunación contra el COVID-19 en El Salvador*.
- ICEFI. (2022b, abril). *Boletín 3. Monitoreo de la vacunación contra el COVID-19 en El Salvador*.
- ICEFI. (2022c, abril). *Boletín 3. Monitoreo de la vacunación contra el COVID-19 en El Salvador*.
- Iglecias, W., Suzuki, J. C., & Deenes Pereira, F. (2022). América Latina: Desafíos contemporáneos. *Série prolam usp debate*, 2.
- Instituto Hondureño de Turismo. (2021, septiembre 4). *Vacunatón*.
https://www.facebook.com/story.php/?story_fbid=1691059004421590&id=100067138851175&paipv=0&eav=AfaFeBXZOEUCQ5C3Oma2pKPLTn_fjMEIwohBLcJ0fY_7yXeFPc1_5yMTY26kFSAEKwE&_rdr
- Instituto Hondureño de Turismo. (2022, enero 28). *Mitos sobre la vacuna contra el COVID-19*. <https://www.facebook.com/watch/?v=653099345741439>
- Jain, V., & Lorgelly, P. (2022). A public health framework for the equitable global allocation of vaccines: COVID-NEEDS. *Journal of Public Health Policy*, 43(1), 155-167. <https://doi.org/10.1057/s41271-021-00325-7>
- Jenson, J. (2010). Diffusing Ideas for After Neoliberalism: The Social Investment Perspective in Europe and Latin America. *Global Social Policy*, 10(1), 59-84. <https://doi.org/10.1177/1468018109354813>
- Jerez Moreno, R. (2022, enero). *Honduras Elecciones Generales 2021. Análisis de Elecciones 2021*. Observatorio de Reformas Políticas en América Latina, IIJ-UNAM y Organización de los Estados Americanos (OEA).

- Kanyanda, S., Markhof, Y., Wollburg, P., & Zezza, A. (2021). Acceptance of COVID-19 vaccines in sub-Saharan Africa: Evidence from six national phone surveys. *BMJ Open*, 11(12), e055159. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2021-055159>
- Khachfe, H. H., Chahrour, M., Sammour, J., Salhab, H., Makki, B. E., Fares, M., Salhab, H. A., & Fares, M. Y. (2020). An epidemiological study on COVID-19: A rapidly spreading disease. *Cureus*, 12(3). <https://www.cureus.com/articles/29360-an-epidemiological-study-on-covid-19-a-rapidly-spreading-disease.pdf>
- King Mantilla, K., & Carranza Barona, C. (2022). *COVID-19 vaccines as global public goods: Between life and profit*. South Centre. https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2022/05/RP154_COVID-19-Vaccines-as-Global-Public-Goods_EN.pdf
- Kirgizov-Barskii, A. V. (2022). Vaccine diplomacy and vaccine nationalism. *Russia in Global Affairs*, 3, 162-181.
- La Estrella de Panamá. (2020, junio 24). *Presidente de Panamá, Laurentino Cortizo, realiza cambios en el Gabinete*. www.laestrella.com.pa. <https://www.laestrella.com.pa/panama/nacional/presidente-laurentino-cortizo-realiza-cambio-gabinete-MPLE428675>
- La Hora.gt. (2020a, abril 7). Gobierno publica medidas implementadas en Patzún. *La Hora*. <https://lahora.gt/nacionales/wpcomvip/2020/04/07/gobierno-publica-medidas-implementadas-en-patzun/>
- La Hora.gt. (2020b, junio 13). Departamento de Epidemiología señala serias deficiencias manejo del Covid-19. *La Hora*. <https://lahora.gt/nacionales/jgiron/2020/06/13/departamento-de-epidemiologia-senala-serias-deficiencias-manejo-del-covid-19/>

- La Hora.gt. (2021, julio 3). Vacunas Sputnik V: Giammattei y Brolo sugirieron a los rusos; ministra firmó contrato. *La Hora*.
<https://lahora.gt/nacionales/hquino/2021/07/02/vacunas-sputnik-v-giammattei-y-brolo-sugirieron-a-los-rusos-ministra-firmo-contrato/>
- La Prensa. (2020a, marzo 14). *Emiten alerta roja para los 18 departamentos de Honduras por coronavirus*. *www.laprensa.hn*.
<https://www.laprensa.hn/premium/especiales/comparecencia-gobierno-medidas-amenazas-honduras-coronavirus-HALP1363994>
- La Prensa. (2020b, junio 27). *Trasciende renuncia de Marco Bográn, director de Invest-H*. *www.laprensa.hn*. <https://www.laprensa.hn/honduras/renuncia-marcobogran-invest-h-hospitales-moviles-honduras-coronavirus-DGLP1389956>
- La Prensa. (2021, agosto 2). *A más de 865,000 hondureños vacunarán en sexta campaña*.
<https://www.laprensa.hn/honduras/a-mas-de-865000-hondurenos-vacunaran-en-sexta-campana-honduras-EJLP1482611>
- La Prensa. (2022, enero 24). *Con niños de 11 años se iniciará vacunación contra el covid-19 en Honduras*. *www.laprensa.hn*.
<https://www.laprensa.hn/honduras/vacunacion-pediatrica-ninos-honduras-coronavirus-covid-pandemia-XI5183374>
- La Prensa Gráfica. (2020, agosto 8). Sala Cnal. Declara inconstitucional el decreto ejecutivo de la reapertura económica. *La Prensa Gráfica*.
<https://www.laprensagrafica.com/elsalvador/Sala-Cnal.-declara-inconstitucional-el-decreto-ejecutivo-de-la-reapertura--economica-20200807-0073.html>
- La Prensa Gráfica. (2021, julio 20). Bukele retoma disposiciones de gestión Funes al reforzar Plan Control Territorial con militares. *La Prensa Gráfica*.
<https://www.laprensagrafica.com/elsalvador/Bukele-retoma-disposiciones-de->

gestion-Funes-al-reforzar-Plan-Control-Territorial-con-militares-20210719-0072.html

Laboratorio de Datos GT. (2021a, enero 10). *Análisis de la iniciativa de ley para la adquisición de vacunas contra COVID-19 en Guatemala—2021*. Laboratorio de Datos GT. <https://labdedatosgt.com/nuestro-trabajo/publicaciones/analisis-iniciativa-adquisicion-vacunas>

Laboratorio de Datos GT. (2021b, enero 10). *Análisis de la iniciativa de ley para la adquisición de vacunas contra COVID-19 en Guatemala—2021*.

Laboratorio de Datos GT. (2021c, enero 13). *Propuesta: Elementos para una estrategia de vacunación contra COVID-19 exitosa en Guatemala*. Laboratorio de Datos GT. <https://labdedatosgt.com/nuestro-trabajo/publicaciones/propuesta-estrategia-vacunacion-GT>

Laboratorio de Datos GT. (2021d, febrero 4). *Elementos a considerar para una estrategia de vacunación contra COVID-19 exitosa*.

Laboratorio de Datos GT. (2022, junio 15). *Vacunación COVID-19 y poblaciones vulnerables: Desigualdad y barreras institucionales (MSPAS) de acceso a la vacunación*.

Lajtman Bereicoa, T., García Fernández, A., & Romano, S. M. (2021). Estados Unidos y la diplomacia de la vacuna COVID19. En *Estados Unidos: Miradas críticas de Nuestra América: Los claroscuros de Biden en América Latina y el Caribe*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/151161>

Lattuada, M., & Nogueira, M. E. (2011). Capacidades estatales y políticas públicas. Una propuesta para el abordaje de las políticas agropecuarias en la Argentina contemporánea (1991-2011)—Dialnet. *Dialnet*, 30-54.

- Laventhal, N., Basak, R., Dell, M. L., Diekema, D., Elster, N., Geis, G., Mercurio, M., Opel, D., Shalowitz, D., Statter, M., & MacAuley, R. (2020). The ethics of creating a resource allocation strategy during the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics*, 146(1). <https://doi.org/10.1542/PEDS.2020-1243/77013>
- Lawal, L., Aminu Bello, M., Murwira, T., Avoka, C., Yusuf Ma'aruf, S., Harrison Omonhinmin, I., Maluleke, P., Tsagkaris, C., & Onyeaka, H. (2022). Low coverage of COVID-19 vaccines in Africa: Current evidence and the way forward. <https://doi.org/10.1080/21645515.2022.2034457>, 18(1). <https://doi.org/10.1080/21645515.2022.2034457>
- Lawrence, C., Vick, D. J., Maryon, T., & Kerr, B. J. (2022). Ethical allocation of COVID-19 vaccine in the United States: An evaluation of competing frameworks for the current pandemic and future events. *Journal of Public Health Policy*, 43(2), 234-250. <https://doi.org/10.1057/s41271-022-00338-w>
- Lehoucq, F. E. (2007). *Policymaking, parties and institutions in democratic Costa Rica*. Centro de Investigación y Docencia. <http://mobile.repositorio-digital.cide.edu/handle/11651/1391>
- Lehoucq, F., Negretto, G. L., Aparicio, F. J., Nacif, B., & Benton, A. (2005). Political Institutions, Policymaking Processes, and Policy Outcomes in Mexico. En *SSRN Electronic Journal* (pp. 1-68). Inter-American Development Bank. <https://doi.org/10.2139/SSRN.1815888>
- Leyer, R. V. (2020). Democracy and new ideas in Latin American social policy: The origins of conditional cash transfers in Brazil and Mexico. *Journal of International and Comparative Social Policy*, 36(2), 125-141. <https://doi.org/10.1080/21699763.2018.1526697>

- Lührmann, A., & Linberg, S. I. (2021a). *Autocratization Turns Viral DEMOCRACY REPORT 2021* (No. 2021). University of Gothenburg.
<https://www.vdem.net/publications/democracy-reports/>
- Lührmann, A., & Linberg, S. I. (2021b). *Autocratization Turns Viral DEMOCRACY REPORT 2021* (No. 2021). University of Gothenburg.
<https://www.vdem.net/publications/democracy-reports/>
- Lührmann, A., & Linberg, S. I. (2022). *DEMOCRACY REPORT 2022 Autocratization Changing Nature?* (No. 2022). University of Gothenburg.
<https://www.vdem.net/publications/democracy-reports/>
- Luna, Y. (2020, junio 1). Asociaciones Médicas llaman a «cuarentena nacional voluntaria» por cuatro semanas. *Confidencial*.
<https://confidencial.digital/nacion/asociaciones-medicas-llaman-a-cuarentena-nacional-voluntaria-por-cuatro-semanas/>
- Malacalza, B., Fagaburu, D., Malacalza, B., & Fagaburu, D. (2022). ¿Empatía o cálculo? Un análisis crítico de la geopolítica de las vacunas en América Latina. *Foro internacional*, 62(1), 5-45. <https://doi.org/10.24201/FI.V62I1.2866>
- Maldonado, O. C. V., Karin Slowing Umaña, Enrique, Slowing, K., & Chavez Valdez, O. (2023). *Justicia Económica y COVID-19: Adquisición de vacunas durante la pandemia en El Salvador, Guatemala y Honduras*.
<https://labdedatosgt.com/nuestro-trabajo/publicaciones/justicia-economica-covid-salvador-guatemala-honduras>
- Martí i Puig, S. (2016). Nicaragua: Desdemocratización y caudillismo. *Revista de ciencia política (Santiago)*, 36(1), 239-258. <https://doi.org/10.4067/S0718-090X2016000100011>

- Martí I Puig, S., & Alcantara, M. (2020). Política y crisis en América Latina: Reacción e impacto frente a la covid-19. *Cátedra de Cultura Jurídica Marcial Pons*.
- Martí i Puig, S., & Rodríguez Suárez, D. (2024). Nayib Bukele, seguridad a cambio de democracia. *Más poder local*, 56, 141-154.
- Martí i-Puig, S., Rodríguez-Suárez, D., Serra, M., Martí I-Puig, S., Rodríguez-Suárez, D., & Serra, M. (2022). NICARAGUA 2020-2022: EL CIERRE AUTORITARIO. *Revista de ciencia política (Santiago)*, 42(2), 383-406.
<https://doi.org/10.4067/s0718-090x2022005000117>
- Martínez Franzoni, J., & Sánchez Ancochea, D. (2024, junio 1). *Vaccinatio, political regimes and social policy legacies in Central America*.
- Martínez, J., & Sánchez, D. (2019). *La búsqueda de la política social universal en el Sur: Actores, ideas y arquitecturas*. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
<https://editorial.ucr.ac.cr/ciencias-sociales/item/2494-la-b%C3%BAsqueda-de-una-pol%C3%ADtica-social-universal-en-el-sur-actores,-ideas-y-arquitecturas.html>
- Mata O'Donoghue, I. (2022). *La «diplomacia de las vacunas» de China: ¿un gesto cínico o altruista?* <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/56757>
- McCann, G., Mishra, N., & Carmody, P. (Eds.). (2022). *COVID-19, the Global South and the Pandemic's Development Impact*. Bristol University Press.
<https://doi.org/10.47674/9781529225679>
- Medellín, Pedro. (2004). La política de las políticas públicas: Propuesta teórica y metodológica para el estudio de las políticas públicas en países de frágil institucionalidad. *CEPAL - Serie Políticas Sociales*, 51.
- Medina, I., Álamos-Concha, P., Castillo Ortiz, P. J., & Rihoux, B. (2017). *Análisis Cualitativo Comparado (QCA)* (Vol. 56). CIS- Centro de Investigaciones

Sociológicas. <https://libreria.cis.es/libros/analisis-cualitativo-comparado-qca/9788474767254/>

Meléndez-Sánchez, M. (2021). Latin America Erupts: Millennial Authoritarianism in El Salvador. *Journal of Democracy*, 32(3), 19-32.

Mesa-Lago, C. (2004). Models of Development, Social Policy and Reform in Latin America. En T. Mkandawire (Ed.), *Social Policy in a Development Context* (pp. 175-202). Palgrave Macmillan UK. https://doi.org/10.1057/9780230523975_8

Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación. (2020, septiembre 1). *Apertura de fronteras aéreas. Entrada y circulación*. <https://www.exteriores.gob.es/Embajadas/tegucigalpa/es/Comunicacion/Noticias/Paginas/Articulos/APERTURA-DE-FRONTERAS.aspx#:~:text=A%20continuaci%C3%B3n%2C%20se%20detallan%20las,10%20de%20agosto%20de%202020.&text=Desde%20el%2010%20de, personas%20que%20entran%20en%20Honduras>.

Ministerio de la Presidencia. (2020a, enero 28). *Decreto No.64*.

Ministerio de la Presidencia. (2020b, julio 26). *Panamá refuerza con más científicos equipos que buscan acceso a vacuna contra la Covid-19*.

Ministerio de la Presidencia. (2020c, septiembre 28). *Gobierno Nacional comunica plan para asegurar vacuna segura y eficaz contra el coronavirus*.

Ministerio de la Presidencia. (2020d, noviembre 25). *Panamá, Pfizer y BioNTech anuncian acuerdo para suministro de 3 millones de dosis de su vacuna candidata*.

Ministerio de la Presidencia. (2021a, enero 4). *Autoridades confirman que entre el 18 y 25 de enero Panamá recibirá primeros envíos de la vacuna contra la Covid-19*.

Ministerio de la Presidencia. (2021b, octubre 1). *Panamá aplicará tercera dosis contra la Covid-19 a mayores de 55 años y grupos vulnerables*.

- Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. (2021, mayo 24). *Carlos Alvarado y líderes de Latinoamérica hacen llamado urgente por acceso equitativo a vacunas contra COVID-19*. <http://rree.go.cr/>
- Ministerio de Salud. (2020a, marzo 6). *Caso confirmado por Covid-19 en Costa Rica*.
- Ministerio de Salud. (2020b, marzo 8). *Ante casos de COVID-19, CNE y Salud elevan alerta sanitaria a alerta amarilla*. Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/403-ante-casos-de-covid-19-cne-y-salud-elevan-alerta-sanitaria-a-alerta-amarilla-alerta-amarilla-faculta-movilizacion-de-recursos-de-manera-interinstitucional-e-instruye-la-convocatoria-del-centro-de-operaciones-de-emergencia-dos-veces-al-dia-datos-de-hoy-revelan-nueve-casos-confirmados-y-34-casos-sospechosos>
- Ministerio de Salud. (2020c, marzo 12). *Segunda fase de atención alerta amarilla COVID-19: Cierre preventivo a centros educativos en riesgo, reducción en 50% capacidad de espacios de reunión y suspensión de viajes al extranjero para empleados públicos*. Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/411-segunda-fase-de-atencion-alerta-amarilla-covid-19-cierre-preventivo-a-centros-educativos-en-riesgo-reduccion-en-50-capacidad-de-espacios-de-reunion-y-suspension-de-viajes-al-extranjero-para-empleados-publicos>
- Ministerio de Salud. (2020d, marzo 16). *Gobierno declara estado de Emergencia Nacional, impide llegada de extranjeros y se suspende lecciones en todos los centros educativos del país*. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/418-gobierno-declara-estado-de-emergencia-nacional-impide-llegada-de-extranjeros-y-se-suspende-lecciones-en-todos-los-centros-educativos-del-pais>

- Ministerio de Salud. (2020e, marzo 19). *Gobierno anuncia medidas preventivas para el fin de semana en el marco de emergencia por COVID-19*. Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/423-gobierno-anuncia-medidas-preventivas-para-el-fin-de-semana-en-el-marco-de-emergencia-por-covid-19>
- Ministerio de Salud. (2020f, marzo 23). *Gobierno endurece medidas sanitarias para impedir contagio de COVID-19*. Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/428-gobierno-endurece-medidas-sanitarias-para-impedir-contagio-de-covid-19>
- Ministerio de Salud. (2020g, abril 4). *Gobierno habilita mesa de trabajo para Apoyo Humanitario con el sector privado y organizaciones no gubernamentales*. Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/445-gobierno-habilita-mesa-de-trabajo-para-apoyo-humanitario-con-el-sector-privado-y-organizaciones-no-gubernamentales>
- Ministerio de Salud. (2020h, abril 14). *Daniel Salas, Ministro de Salud: “La responsabilidad de cuidarnos es de todos y todas: gobierno, empresas y ciudadanía”*. Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/457-daniel-salas-ministro-de-salud-la-responsabilidad-de-cuidarnos-es-de-todos-y-todas-gobierno-empresas-y-ciudadania>
- Ministerio de Salud. (2020i, mayo 6). *Dos meses desde el primer caso de COVID-19 en Costa Rica: 60 días de un abordaje científico de la emergencia*. Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42->

noticias-2020/494-dos-meses-desde-el-primer-caso-de-covid-19-en-costa-rica-60-dias-de-un-abordaje-cientifico-de-la-emergencia

Ministerio de Salud. (2020j, junio 1). *Personas de 12 a 16 años, con y sin factores de riesgo, incorporados al plan de vacunación contra COVID-19*. Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/43-noticias-2021/1040-personas-de-12-a-16-anos-con-y-sin-factores-de-riesgo-incorporados-al-plan-de-vacunacion-contra-covid-19>

Ministerio de Salud. (2020k, junio 3). *Ante aumento de casos COVID-19, Gobierno endurece medidas en cinco distritos*. Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/539-ante-aumento-de-casos-covid-19-gobierno-endurece-medidas-en-cinco-distritos>

Ministerio de Salud. (2020l, junio 7). *Distrito de La Fortuna en San Carlos y los cantones de Pococí y Upala se suman a la lista de alerta naranja*. Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/546-distrito-de-la-fortuna-en-san-carlos-y-los-cantones-de-pococi-y-upala-se-suman-a-la-lista-de-alerta-naranja>

Ministerio de Salud. (2020m, junio 19). *Tercera fase de reapertura se cancela por aumento de casos COVID-19*. Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/570-tercera-fase-de-reapertura-se-cancela-por-aumento-de-casos-covid-19>

Ministerio de Salud. (2020n, julio 10). *Autoridades instruyen cerco epidemiológico en toda la GAM*. Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/619-autoridades-instruyen-cerco-epidemiologico-en-toda-la-gam>

Ministerio de Salud. (2020o, julio 29). *Gobierno presenta plan de medidas para todo el mes de agosto*. Ministerio de Salud Costa Rica.

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/653-gobierno-presenta-plan-de-medidas-para-todo-el-mes-de-agosto>

Ministerio de Salud. (2020p, agosto 21). *Gobierno articula interinstitucionalmente para garantizar acceso a vacuna contra COVID-19*. Ministerio de Salud Costa Rica.

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/682-gobierno-articula-interinstitucionalmente-para-garantizar-acceso-a-vacuna-contra-covid-19>

Ministerio de Salud. (2020q, agosto 25). *Plan de medidas para septiembre tendrá dos etapas*. Ministerio de Salud Costa Rica.

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/688-plan-de-medidas-para-septiembre-tendra-dos-etapas>

Ministerio de Salud. (2020r, septiembre 7). *Publicado decreto que indica el uso obligatorio de mascarillas en lugares cerrados*. Ministerio de Salud Costa Rica.

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/707-publicado-decreto-que-indica-el-uso-obligatorio-de-mascarillas-en-lugares-cerrados>

Ministerio de Salud. (2020s, septiembre 21). *Gobierno reserva \$7.200 millones para la compra de vacunas contra el COVID-19*. Ministerio de Salud Costa Rica.

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/722-gobierno-reserva-7-200-millones-para-la-compra-de-vacunas-contra-el-covid-19>

Ministerio de Salud. (2020t, septiembre 25). *Costa Rica se adhiere a mecanismo para obtener vacuna contra COVID-19 para más de un millón de habitantes*.

Ministerio de Salud Costa Rica.

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/727-costa-rica-se-adhiere-a-mecanismo-para-obtener-vacuna-contracovid-19-para-mas-de-un-millon-de-habitantes>

Ministerio de Salud. (2020u, septiembre 28). *Salud emite lineamiento que autoriza a la CCSS para el uso de pruebas de antígeno para diagnóstico de COVID-19.*

Ministerio de Salud Costa Rica.

<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/730-salud-emite-lineamiento-que-autoriza-a-la-ccss-para-el-uso-de-pruebas-de-antigeno-para-diagnostico-de-covid-19>

Ministerio de Salud. (2020v, octubre 1). *Costa Rica firma acuerdo con Pfizer y BioNTech para suministro de vacuna candidata contra el SARS-CoV-2.* Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/734-costa-rica-firma-acuerdo-con-pfizer-y-biontech-para-suministro-de-vacuna-candidata-contrael-sars-cov-2>

Ministerio de Salud. (2020w, noviembre 12). *Costa Rica firma acuerdo con AstraZeneca para suministro de vacuna candidata contra el SARS-CoV-2.* Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/785-costa-rica-firma-acuerdo-con-astrazeneca-para-suministro-de-vacuna-candidata-contrael-sars-cov-2>

Ministerio de Salud. (2020x, diciembre 23). *Llegó al país primer lote de vacunas contra COVID-19.* Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/816-llego-al-pais-primer-lote-de-vacunas-contracovid-19>

Ministerio de Salud. (2020y, diciembre 24). *¡Inició la vacunación!* Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/817-inicio-la-vacunacion>

Ministerio de Salud. (2021a, febrero 22). *Comisión Nacional de Vacunación aprueba obligatoriedad de vacuna contra covid-19 en funcionarios del sector salud.* Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/43-noticias-2021/850-comision-nacional-de-vacunacion-aprueba-obligatoriedad-de-vacuna-contra-covid-19-en-funcionarios-del-sector-salud>

Ministerio de Salud. (2021b, marzo 26). *País disminuirá de tres a una semana la reserva de vacunas contra COVID-19 para agilizar proceso.* Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/43-noticias-2021/880-pais-disminuira-de-tres-a-una-semana-la-reserva-de-vacunas-contra-covid-19-para-agilizar-proceso>

Ministerio de Salud. (2021c, abril 28). *CCSS iniciará vacunación contra covid-19 de personas con factores de riesgo entre los 18 y 57 años.* Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/43-noticias-2021/1016-ccss-iniciara-vacunacion-contra-covid-19-de-personas-con-factores-de-riesgo-entre-los-18-y-57-anos>

Ministerio de Salud. (2021d, junio 16). *Luego de análisis de información científica disponible actualmente, Comisión Nacional de Vacunación decide no comprar vacuna Sinovac.* Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/43-noticias-2021/1052-luego-de-analisis-de-informacion-cientifica-disponible-actualmente-comision-nacional-de-vacunacion-decide-no-comprar-vacuna-sinovac>

- Ministerio de Salud. (2021e, junio 16). *Vacuna de Johnson y Johnson aprobada en caso de posibles donaciones*. Ministerio de Salud Costa Rica.
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/43-noticias-2021/1053-vacuna-de-johnson-y-johnson-aprobada-en-caso-de-posibles-donaciones>
- Ministerio de Salud. (2021f, septiembre 17). *Costa Rica vacuna a población migrante regular, irregular y refugiada residente en el país que cumpla requisitos establecidos en manual de vacunación vigente*. Ministerio de Salud Costa Rica.
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/43-noticias-2021/1117-costa-rica-vacuna-a-poblacion-migrante-regular-irregular-y-refugiada-residente-en-el-pais-que-cumpla-requisitos-establecidos-en-manual-de-vacunacion-vigente>
- Ministerio de Salud. (2021g, septiembre 28). *Comisión de Vacunación aprueba obligatoriedad de inmunización COVID-19 para funcionarios públicos y faculta a patronos privados para establecerla*. Ministerio de Salud Costa Rica.
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/43-noticias-2021/1119-comision-de-vacunacion-aprueba-obligatoriedad-de-inmunizacion-covid-19-para-funcionarios-publicos-y-faculta-a-patronos-privados-para-establecerla>
- Ministerio de Salud. (2021h, octubre 20). *Se abre vacunación COVID-19 para menores entre 12 y 17 años a partir del 25 de octubre*. Ministerio de Salud Costa Rica.
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/43-noticias-2021/1135-se-abre-vacunacion-covid-19-para-menores-entre-12-y-17-anos-a-partir-del-25-de-octubre>
- Ministerio de Salud. (2021i, octubre 21). *Comisión de Vacunación permite que funcionarios de primera respuesta reciban tercera dosis de AstraZeneca*. Ministerio de Salud Costa Rica.
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/43-noticias-2021/1136-comision-de-vacunacion-permite-que-funcionarios-de-primera-respuesta-reciban-tercera-dosis-de-astrazeneca>

comision-de-vacunacion-permite-que-funcionarios-de-primera-respuesta-
reciban-tercera-dosis-de-astrazeneca

Ministerio de Salud. (2021j, diciembre 3). *Tercera dosis COVID-19 comenzará a aplicarse en centros de larga estancia*. Ministerio de Salud Costa Rica.
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/43-noticias-2021/1171-tercera-dosis-covid-19-comenzara-a-aplicarse-en-centros-de-larga-estancia>

Ministerio de Salud. (2021k, diciembre 10). *A partir del 14 de diciembre inicia apertura de la vacunación de terceras dosis contra COVID-19 en mayores de 65 años*. Ministerio de Salud Costa Rica.
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/43-noticias-2021/1178-a-partir-del-14-de-diciembre-inicia-apertura-de-la-vacunacion-de-terceras-dosis-contra-covid-19-en-mayores-de-65-anos>

Ministerio de Salud. (2022a, enero 6). *11 de enero iniciará vacunación de niños y niñas de 5 a 11 años*. Ministerio de Salud Costa Rica.
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/52-noticias-2022/1197-11-de-enero-iniciara-vacunacion-de-ninos-y-ninas-de-5-a-11-anos>

Ministerio de Salud. (2022b, mayo 27). *Comisión de vacunación mantiene la obligatoriedad de la vacuna contra COVID-19*. Ministerio de Salud Costa Rica.
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/52-noticias-2022/1320-comision-de-vacunacion-mantiene-la-obligatoriedad-de-la-vacuna-contra-covid-19>

Ministerio de Salud. (2023, marzo 27). *CNVE elimina obligatoriedad de vacunación Covid-19 en personas mayores de edad*. Ministerio de Salud Costa Rica.
<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/60-noticias-2023/1545->

cnve-elimina-obligatoriedad-de-vacunacion-covid-19-en-personas-mayores-de-
edad

Ministerio de Salud, E. N. (2020z, mayo 11). *Gobierno presenta cronograma de reapertura de actividades*. Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/502-gobierno-presenta-cronograma-de-reapertura-de-actividades>

Ministerio de Salud, E. N. (2020aa, diciembre 15). *Salud autorizó el uso de la vacuna contra COVID-19 de Pfizer-BioNTech*. Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/808-salud-autorizo-el-uso-de-la-vacuna-contra-covid-19-de-pfizer-biontech>

Ministerio de Salud, E. N. (2021i, enero 21). *Costa Rica seguirá vacunando grupos vulnerables mientras Pfizer retoma envíos a mediados de febrero*. Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/43-noticias-2021/833-costa-rica-seguira-vacunando-grupos-vulnerables-mientras-pfizer-retoma-envios-a-mediados-de-febrero>

Ministerio de Salud, E. N. (2021m, julio 6). *Comisión de Vacunación trabaja en estrategias de inmunización contra COVID-19 para la posible apertura de grupo 5 a finales de julio*. Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/43-noticias-2021/1069-comision-de-vacunacion-trabaja-en-estrategias-de-inmunizacion-contra-covid-19-para-la-posible-apertura-de-grupo-5-a-finales-de-julio>

Ministerio de Salud, E. N. (2021n, octubre 2). *Se autoriza vacunación contra COVID-19 de internos universitarios que se incorporen a actividades académicas en la CCSS*. Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/43-noticias-2021/1041->

se-autoriza-vacunacion-contracovid-19-de-internos-universitarios-que-se-incorporen-a-actividades-academicas-en-la-ccss

Ministerio de Salud, E. N. (2021o, noviembre 5). *Vacunación contra COVID-19 es obligatoria para personas menores de 18 años*. Ministerio de Salud Costa Rica. <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/43-noticias-2021/1142-vacunacion-contracovid-19-es-obligatoria-para-personas-menores-de-18-anos>

MINSA, N. (2021a, enero 14). *Proyecto de vacunas COVID-19*.

MINSA, N. (2021b, marzo 2). *Adultos mayores se aplican tercera dosis de vacuna contra la COVID-19*. MINSA.

MINSA, N. (2021c, marzo 2). *Nicaraguense de 62 años, el primero en recibir la vacuna Sputnik V*. MINSA.

MINSA Panamá. (2020a, enero 19). *El primer lote de vacunas Pfizer contra el Covid-19 llegará a Panamá el miércoles 20 de enero de 2021 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/el-primer-lote-de-vacunas-pfizer-contrael-covid-19-llegara-panama-el-miercoles-20-de-enero>

MINSA Panamá. (2020b, febrero 8). *El CODES trabaja en sesión permanente | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/el-codes-trabaja-en-sesion-permanente>

MINSA Panamá. (2020c, marzo 4). *Comisión de asesores inicia proceso de acompañamiento para minimizar efectos del COVID-19 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comision-de-asesores-inicia-proceso-de-acompanamiento-para-minimizar-efectos-del-covid-19>

MINSA Panamá. (2020d, marzo 4). *MINSA se reúne con influenciadores y periodistas para hablar sobre el COVID-19 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*.

<https://www.minsa.gob.pa/noticia/minsa-se-reune-con-influenciadores-y-periodistas-para-hablar-sobre-el-covid-19>

MINSa Panamá. (2020e, marzo 9). *Panamá confirma primer caso de COVID-19 | Ministerio de Salud de la República de Panamá.*
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/panama-confirma-primer-caso-de-covid-19>

MINSa Panamá. (2020f, marzo 11). *COMUNICADO N 2 | Ministerio de Salud de la República de Panamá.* <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-n-2>

MINSa Panamá. (2020g, marzo 12). *MINSa y universidades públicas y particulares firman convenio | Ministerio de Salud de la República de Panamá.*
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/minsa-y-universidades-publicas-y-particulares-firman-convenio>

MINSa Panamá. (2020h, marzo 13). *Cuando los panameños nos unimos, podemos hacer grandes cosas: Ministra Turner. | Ministerio de Salud de la República de Panamá.*
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/cuando-los-panamenos-nos-unimos-podemos-hacer-grandes-cosas-ministra-turner>

MINSa Panamá. (2020i, marzo 14). *MINSa aplica decreto ejecutivo a un grupo de personas en la celebración de evento festivo | Ministerio de Salud de la República de Panamá.* <https://www.minsa.gob.pa/noticia/minsa-aplica-decreto-ejecutivo-un-grupo-de-personas-en-la-celebracion-de-evento-festivo>

MINSa Panamá. (2020j, marzo 15). *Inspeccionan locales para verificar cumplimiento decreto que prohíbe aglomeraciones | Ministerio de Salud de la República de Panamá.* <https://www.minsa.gob.pa/noticia/inspeccionan-locales-para-verificar-cumplimiento-decreto-que-prohibe-aglomeraciones>

MINSa Panamá. (2020k, marzo 25). *COMUNICADO N° 27 Gobierno Nacional anuncia inicio de cuarentena nacional obligatoria | Ministerio de Salud de la República*

de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-27-gobierno-nacional-anuncia-inicio-de-cuarentena-nacional-obligatoria>

MINSa Panamá. (2020l, marzo 30). *COMUNICADO No.35 Gobierno Nacional aplica nuevas reglas de movilidad para disminuir contagios por COVID-19* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-no35-gobierno-nacional-aplica-nuevas-reglas-de-movilidad-para-disminuir-contagios>

MINSa Panamá. (2020m, abril 2). *Centro de toma de muestras de COVID-19 es instalado en Amador.* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/centro-de-toma-de-muestras-de-covid-19-es-instalado-en-amador>

MINSa Panamá. (2020n, abril 3). *COMUNICADO 39 MINSa refuerza capacidad de análisis de pruebas con nuevo centro de diagnóstico* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-39-minsa-refuerza-capacidad-de-analisis-de-pruebas-con-nuevo-centro-de>

MINSa Panamá. (2020o, abril 3). *Ministra Turner resuelve dudas del público* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/ministra-turner-resuelve-dudas-del-publico>

MINSa Panamá. (2020p, abril 7). *Comunicado #43 El virus morirá si se queda solo en la calle, ministro de Seguridad* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-43-el-virus-morira-si-se-queda-solo-en-la-calle-ministro-de-seguridad>

MINSa Panamá. (2020q, abril 8). *Comunicado 44 Cuarentena absoluta para el sábado 11 y domingo 12* | Ministerio de Salud de la República de Panamá.

<https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-44-cuarentena-absoluta-para-el-sabado-11-y-domingo-12>

MINSA Panamá. (2020r, abril 8). *Pruebas de hisopado express se harán instalaciones de ENA | Ministerio de Salud de la República de Panamá.*
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/pruebas-de-hisopado-express-se-haran-instalaciones-de-ena>

MINSA Panamá. (2020s, abril 14). *Comunicado 50 Panamá es el tercer país de la región que más pruebas hace | Ministerio de Salud de la República de Panamá.*
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-50-panama-es-el-tercer-pais-de-la-region-que-mas-pruebas-hace>

MINSA Panamá. (2020t, abril 16). *Hospital Integrado “Panamá Solidario” | Ministerio de Salud de la República de Panamá.* <https://www.minsa.gob.pa/noticia/hospital-integrado-panama-solidario>

MINSA Panamá. (2020u, abril 17). *MINSA implementa un cerco sanitario en Koskuna, corregimiento de Arraiján | Ministerio de Salud de la República de Panamá.*
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/minsa-implementa-un-cerco-sanitario-en-koskuna-corregimiento-de-arraijan>

MINSA Panamá. (2020v, abril 27). *COMUNICADO No.63 La cuarentena no ha terminado, advirtió la ministra de Salud | Ministerio de Salud de la República de Panamá.* <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-no63-la-cuarentena-no-ha-terminado-advirtio-la-ministra-de-salud>

MINSA Panamá. (2020w, abril 28). *COMUNICADO No.64 Quedarse en casa, la única vía para ‘la nueva normalidad’, advierte el MINSA | Ministerio de Salud de la República de Panamá.* <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-no64-quedarse-en-casa-la-unica-para-la-nueva-normalidad-advierte-el-minsa>

MINSa Panamá. (2020x, mayo 2). *COMUNICADO No.68 Ciudadanía debe respetar medidas sanitarias: Viceministro Sucre | Ministerio de Salud de la República de Panamá.* <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-no68-ciudadania-debe-respetar-medidas-sanitarias-viceministro-sucre>

MINSa Panamá. (2020y, mayo 5). *COMUNICADO N° 71 | Ministerio de Salud de la República de Panamá.* <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-71>

MINSa Panamá. (2020z, mayo 5). *MINSa realiza inspecciones a supermercados a nivel nacional. | Ministerio de Salud de la República de Panamá.* <https://www.minsa.gob.pa/noticia/minsa-realiza-inspecciones-supermercados-nivel-nacional>

MINSa Panamá. (2020aa, mayo 8). *COMUNICADO N° 74 | Ministerio de Salud de la República de Panamá.* <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-74>

MINSa Panamá. (2020ab, mayo 9). *COMUNICADO N° 75 | Ministerio de Salud de la República de Panamá.* <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-75>

MINSa Panamá. (2020ac, mayo 10). *COMUNICADO N°76 | Ministerio de Salud de la República de Panamá.* <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg76>

MINSa Panamá. (2020ad, mayo 12). *Este 13 de mayo comienza la nueva normalidad. | Ministerio de Salud de la República de Panamá.* <https://www.minsa.gob.pa/noticia/este-13-de-mayo-comienza-la-nueva-normalidad>

MINSa Panamá. (2020ae, mayo 13). *Apertura gradual dependerá del comportamiento epidemiológico | Ministerio de Salud de la República de Panamá.* <https://www.minsa.gob.pa/noticia/apertura-gradual-dependera-del-comportamiento-epidemiologico>

- MINSa Panamá. (2020af, mayo 18). *Llegada de vacunas de Pfizer reprogramada para el miércoles* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/llegada-de-vacunas-de-pfizer-reprogramada-para-el-miercoles>
- MINSa Panamá. (2020ag, mayo 21). *COMUNICADO N° 87* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-87>
- MINSa Panamá. (2020ah, mayo 26). *COMUNICADO N° 92* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-92-0>
- MINSa Panamá. (2020ai, mayo 27). *Responsabilidad Compartida apertura del bloque dos* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/responsabilidad-compartida-apertura-del-bloque-dos>
- MINSa Panamá. (2020aj, mayo 31). *COMUNICADO N° 96* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-96>
- MINSa Panamá. (2020ak, junio 3). *Resolución Sanitaria obliga a la población utilizar la mascarilla* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/resolucion-sanitaria-obliga-la-poblacion-utilizar-la-mascarilla>
- MINSa Panamá. (2020al, junio 8). *COMUNICADO N° 103* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/node/15068>
- MINSa Panamá. (2020am, junio 10). *COMUNICADO N° 106* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-106>

MINSa Panamá. (2020an, junio 10). *MINSa explica concepto de Burbujas Sociales | Ministerio de Salud de la República de Panamá*.
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/minsa-explica-concepto-de-burbujas-sociales>

MINSa Panamá. (2020ao, junio 11). *COMUNICADO N° 107 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-107>

MINSa Panamá. (2020ap, junio 11). *COMUNICADO N° 108 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-108>

MINSa Panamá. (2020aq, junio 15). *COMUNICADO N° 111 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-111>

MINSa Panamá. (2020ar, junio 16). *COMUNICADO N° 112 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-112>

MINSa Panamá. (2020as, junio 24). *Panamá trabaja no solo en la detección, sino en la secuenciación del COVID-19 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*.
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/panama-trabaja-no-solo-en-la-deteccion-sino-en-la-secuenciacion-del-covid-19>

MINSa Panamá. (2020at, junio 25). *MINSa y CSS adecúan sus instalaciones para ampliar capacidad hospitalaria | Ministerio de Salud de la República de Panamá*.
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/minsa-y-css-adecuan-sus-instalaciones-para-ampliar-capacidad-hospitalaria>

MINSa Panamá. (2020au, junio 27). *Región Metropolitana actúa en cumplimiento de decretos | Ministerio de Salud de la República de Panamá*.
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/region-metropolitana-actua-en-cumplimiento-de-decretos>

MINSa Panamá. (2020av, julio 5). *COMUNICADO N° 131 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-131>

- MINSa Panamá. (2020aw, julio 6). *MINSa abre procesos por fiestas y otras violaciones a la cuarentena* | Ministerio de Salud de la República de Panamá.
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/minsa-abre-procesos-por-fiestas-y-otras-violaciones-la-cuarentena>
- MINSa Panamá. (2020ax, julio 8). *Patrullan viviendas con afectados de COVID-19* | Ministerio de Salud de la República de Panamá.
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/patrullan-viviendas-con-afectados-de-covid-19>
- MINSa Panamá. (2020ay, julio 13). *Se aplicarán sanciones a quienes incumplan las normas por COVID-19* | Ministerio de Salud de la República de Panamá.
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/se-aplicaran-sanciones-quienes-incumplan-las-normas-por-covid-19>
- MINSa Panamá. (2020az, julio 15). *Agudizan medidas contra la COVID-19* | Ministerio de Salud de la República de Panamá.
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/agudizan-medidas-contra-la-covid-19>
- MINSa Panamá. (2020ba, julio 15). *Avanza proyecto de habilitación de Figali* | Ministerio de Salud de la República de Panamá.
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/avanza-proyecto-de-habilitacion-de-figali>
- MINSa Panamá. (2020bb, julio 22). *COMUNICADO N° 148* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-148>
- MINSa Panamá. (2020bc, julio 25). *Responsabilidad ciudadana parte de la solución* | Ministerio de Salud de la República de Panamá.
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/responsabilidad-ciudadana-parte-de-la-solucion>

- MINSa Panamá. (2020bd, agosto 13). *Distribuyen pruebas rápidas de COVID en Herrera* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/distribuyen-pruebas-rapidas-de-covid-en-herrera>
- MINSa Panamá. (2020be, agosto 15). *Incorporación de las comunidades de fe en los procesos de trazabilidad* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/incorporacion-de-las-comunidades-de-fe-en-los-procesos-de-trazabilidad>
- MINSa Panamá. (2020bf, agosto 22). *COMUNICADO N° 179* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-179>
- MINSa Panamá. (2020bg, agosto 25). *Vacuna no es la panacea, sino una herramienta* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/vacuna-no-es-la-panacea-sino-una-herramienta>
- MINSa Panamá. (2020bh, agosto 28). *Dirección de Farmacia y Drogas advierte que Panamá no cuenta aún con vacunas para evitar la COVID-19* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/direccion-de-farmacia-y-drogas-advier-te-que-panama-no-cuenta-aun-con-vacunas-para-evitar-la>
- MINSa Panamá. (2020bi, septiembre 12). *COMUNICADO N° 200* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-200>

- MINSa Panamá. (2020bj, septiembre 23). *Comunicado N° 212 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-212>
- MINSa Panamá. (2020bk, noviembre 17). *Vacuna segura y eficaz contra la COVID-19 busca Panamá | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/vacuna-segura-y-eficaz-contr-la-covid-19-busca-panama>
- MINSa Panamá. (2020bl, diciembre 5). *MINSa se organiza para recibir las primeras dosis de vacuna | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/minsa-se-organiza-para-recibir-las-primeras-dosis-de-vacuna>
- MINSa Panamá. (2020bm, diciembre 23). *ICGES preparado para recibir vacuna Pfizer | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/icges-preparado-para-recibir-vacuna-pfizer>
- MINSa Panamá. (2021a, enero 13). *Plan Nacional de Vacunación contra el Covid-19 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/plan-nacional-de-vacunacion-contr-el-covid-19>
- MINSa Panamá. (2021b, enero 18). *Avanza logística para proceso de vacunación COVID-19 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/avanza-logistica-para-proceso-de-vacunacion-covid-19>
- MINSa Panamá. (2021c, enero 20). *COMUNICADO N° 330 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-330>

MINSa Panamá. (2021d, enero 22). *COMUNICADO N° 331 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-331>

MINSa Panamá. (2021e, enero 23). *COMUNICADO N° 332 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-332>

MINSa Panamá. (2021f, enero 25). *Chiriquí cumplió proceso de vacunación de forma transparente | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/chiriqui-cumplio-proceso-de-vacunacion-de-forma-transparente>

MINSa Panamá. (2021g, enero 29). *COMUNICADO N° 339 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-339>

MINSa Panamá. (2021h, febrero 7). *Comunidades de fe y clubes cívicos aliados en el proceso de vacunación | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunidades-de-fe-y-clubes-civicos-aliados-en-el-proceso-de-vacunacion>

MINSa Panamá. (2021i, febrero 11). *MINSa recibe apoyo en la estrategia de vacunación | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/minsa-recibe-apoyo-en-la-estrategia-de-vacunacion>

MINSa Panamá. (2021j, febrero 15). *COMUNICADO N° 356 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-356>

MINSa Panamá. (2021k, febrero 16). *MINSa cumplirá con fases y etapas del proceso de vacunación | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/minsa-cumplira-con-fases-y-etapas-del-proceso-de-vacunacion>

- MINSa Panamá. (2021l, febrero 17). *Hospitales continuarán con aplicación de segunda dosis contra la COVID-19* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/hospitales-continuaran-con-aplicacion-de-segunda-dosis-contra-la-covid-19>
- MINSa Panamá. (2021m, febrero 19). *Avanza logística de vacunación dirigida a los adultos mayores* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/avanza-logistica-de-vacunacion-dirigida-los-adultos-mayores>
- MINSa Panamá. (2021n, febrero 25). *COMUNICADO N° 365* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-365>
- MINSa Panamá. (2021o, febrero 27). *Vacunación exprés para personas con discapacidad en Colón* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/vacunacion-expres-para-personas-con-discapacidad-en-colon>
- MINSa Panamá. (2021p, febrero 28). *COMUNICADO N° 368* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-368>
- MINSa Panamá. (2021q, febrero 28). *Inspeccionan escuelas para proceso de vacunación* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/inspeccionan-escuelas-para-proceso-de-vacunacion>
- MINSa Panamá. (2021r, marzo 6). *Ensayos preparativos para vacunación masiva en el 8-8* | Ministerio de Salud de la República de Panamá.

<https://www.minsa.gob.pa/noticia/ensayos-preparativos-para-vacunacion-masiva-en-el-8-8>

MINSa Panamá. (2021s, marzo 6). *Línea 177 una opción en este proceso de vacunación contra la COVID-19* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/linea-177-una-opcion-en-este-proceso-de-vacunacion-contra-la-covid-19>

MINSa Panamá. (2021t, marzo 7). *COMUNICADO N° 376* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-376>

MINSa Panamá. (2021u, marzo 7). *Segundo día de vacunación a personas con discapacidad en el Parque Omar* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/segundo-dia-de-vacunacion-personas-con-discapacidad-en-el-parque-omar>

MINSa Panamá. (2021v, marzo 10). *Preparan auto rápido para vacunación contra la COVID-19* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/preparan-auto-rapido-para-vacunacion-contra-la-covid-19>

MINSa Panamá. (2021w, marzo 12). *COMUNICADO N° 381* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-381>

MINSa Panamá. (2021x, marzo 15). *Afinan detalles para segunda fase de vacunación en Chiriquí* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/afinan-detalles-para-segunda-fase-de-vacunacion-en-chiriqui>

MINSa Panamá. (2021y, marzo 15). *COMUNICADO N° 384* | Ministerio de Salud de la República de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-384>

- MINSa Panamá. (2021z, marzo 19). *Proceso de segundas dosis sigue en marcha | Ministerio de Salud de la República de Panamá*.
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/proceso-de-segundas-dosis-sigue-en-marcha>
- MINSa Panamá. (2021aa, marzo 24). *COMUNICADO N° 393 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-393>
- MINSa Panamá. (2021ab, marzo 31). *Preparados para próximas jornadas de vacunación | Ministerio de Salud de la República de Panamá*.
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/preparados-para-proximas-jornadas-de-vacunacion>
- MINSa Panamá. (2021ac, abril 4). *COMUNICADO N° 403 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-403>
- MINSa Panamá. (2021ad, abril 4). *COMUNICADO N° 404 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-404>
- MINSa Panamá. (2021ae, abril 5). *Inicia proceso de segundas dosis de la vacuna contra la COVID-19 en el circuito 8-6 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*.
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/inicia-proceso-de-segundas-dosis-de-la-vacuna-contra-la-covid-19-en-el-circuito-8-6>
- MINSa Panamá. (2021af, abril 7). *Operación PanavaC-19 inicia jornada de vacunación contra la COVID-19 en el circuito 8-1 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*.
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/operacion-panavac-19-inicia-jornada-de-vacunacion-contra-la-covid-19-en-el-circuito-8-1>
- MINSa Panamá. (2021ag, abril 10). *COMUNICADO N° 410 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-410>

- MINSa Panamá. (2021ah, abril 15). *Próxima jornada de vacunación en el circuito 8-7* | *Ministerio de Salud de la República de Panamá*.
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/proxima-jornada-de-vacunacion-en-el-circuito-8-7>
- MINSa Panamá. (2021ai, abril 19). *En Panamá de forma voluntaria se aplicarán las dosis de AstraZeneca* | *Ministerio de Salud de la República de Panamá*.
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/en-panama-de-forma-voluntaria-se-aplicaran-las-dosis-de-astrazeneca>
- MINSa Panamá. (2021aj, abril 30). *COMUNICADO N° 430* | *Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-430>
- MINSa Panamá. (2021ak, mayo 12). *Cupos de vacuna AstraZeneca en la ciudad capital se agotaron* | *Ministerio de Salud de la República de Panamá*.
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/cupos-de-vacuna-astrazeneca-en-la-ciudad-capital-se-agotaron>
- MINSa Panamá. (2021al, junio 8). *Circuito 8-9 inicia vacunación con AstraZeneca* | *Ministerio de Salud de la República de Panamá*.
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/circuito-8-9-inicia-vacunacion-con-astrazeneca>
- MINSa Panamá. (2021am, junio 9). *Apertura de centro de vacunación en la 24 de Diciembre* | *Ministerio de Salud de la República de Panamá*.
<https://www.minsa.gob.pa/noticia/apertura-de-centro-de-vacunacion-en-la-24-de-diciembre>
- MINSa Panamá. (2021an, junio 18). *“Seguiremos sumando centros comerciales a la estrategia de vacunación”*: *Ministro Sucre* | *Ministerio de Salud de la República*

de Panamá. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/seguiremos-sumando-centros-comerciales-la-estrategia-de-vacunacion-ministro-sucre>

MINSa Panamá. (2021ao, junio 29). *Con fluidez y constante asistencia se mantienen puntos de vacunación en Los Santos | Ministerio de Salud de la República de Panamá.* <https://www.minsa.gob.pa/noticia/con-fluidez-y-constante-asistencia-se-mantienen-puntos-de-vacunacion-en-los-santos>

MINSa Panamá. (2021ap, junio 30). *Llega nuevo lote de vacunas contra la COVID-19 de la casa farmacéutica Pfizer | Ministerio de Salud de la República de Panamá.* <https://www.minsa.gob.pa/noticia/llega-nuevo-lote-de-vacunas-contra-la-covid-19-de-la-casa-farmaceutica-pfizer>

MINSa Panamá. (2021aq, julio 2). *Llegan vacunas Pfizer para iniciar estrategia de barrido en el circuito 7-1 | Ministerio de Salud de la República de Panamá.* <https://www.minsa.gob.pa/noticia/llegan-vacunas-pfizer-para-iniciar-estrategia-de-barrido-en-el-circuito-7-1>

MINSa Panamá. (2021ar, julio 2). *Vacunación a partir de 40 años inicia el lunes en San Francisco | Ministerio de Salud de la República de Panamá.* <https://www.minsa.gob.pa/noticia/vacunacion-partir-de-40-anos-inicia-el-lunes-en-san-francisco>

MINSa Panamá. (2021as, julio 4). *COMUNICADO N° 494 | Ministerio de Salud de la República de Panamá.* <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-494>

MINSa Panamá. (2021at, julio 5). *COMUNICADO N° 495 | Ministerio de Salud de la República de Panamá.* <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-495>

MINSa Panamá. (2021au, julio 5). *COMUNICADO N°496 | Ministerio de Salud de la República de Panamá.* <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg496>

- MINSa Panamá. (2021av, julio 7). *COMUNICADO N° 498 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-498>
- MINSa Panamá. (2021aw, julio 12). *COMUNICADO N° 503 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-503>
- MINSa Panamá. (2021ax, julio 26). *COMUNICADO N° 517 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-517>
- MINSa Panamá. (2021ay, julio 27). *MINSa y CSS aplican dosis Pfizer a comerciantes del Merca Panamá | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/minsa-y-css-aplican-dosis-pfizer-comerciantes-del-merca-panama>
- MINSa Panamá. (2021az, agosto 5). *Comunicado N° 526 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-526>
- MINSa Panamá. (2021ba, agosto 9). *Hospitales privados inician vacunación contra la COVID-19 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/hospitales-privados-inician-vacunacion-contra-la-covid-19>
- MINSa Panamá. (2021bb, agosto 10). *La vacunación contra la COVID-19 es gratuita en todos los puntos habilitados: Berrío | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/la-vacunacion-contra-la-covid-19-es-gratuita-en-todos-los-puntos-habilitados-berrio>
- MINSa Panamá. (2021bc, agosto 17). *COMUNICADO N° 538 | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg-538>
- MINSa Panamá. (2021bd, septiembre 24). *Regional de Los Santos aplicará tercera dosis de Pfizer | Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/regional-de-los-santos-aplicara-tercera-dosis-de-pfizer>

<https://www.minsa.gob.pa/noticia/regional-de-los-santos-aplicara-tercera-dosis-de-pfizer>

MINSA Panamá. (2021be, septiembre 24). *Sin cita previa puede acudir a inmunizarse contra la COVID-19 en centros comerciales* | *Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/sin-cita-previa-puede-acudir-inmunizarse-contra-la-covid-19-en-centros-comerciales>

MINSA Panamá. (2021bf, noviembre 28). *Jornadas de vacunación contra Covid-19 siguen hoy y mañana en varios puntos* | *Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/jornadas-de-vacunacion-contra-covid-19-siguen-hoy-y-manana-en-varios-puntos-0>

MINSA Panamá. (2021bg, diciembre 22). *COMUNICADO N°665* | *Ministerio de Salud de la República de Panamá*. <https://www.minsa.gob.pa/noticia/comunicado-ndeg665>

MINSAL. (2020a, mayo 26). *Lineamientos técnicos para la vacunación contra el Sars-CoV-2*.

MINSAL. (2020b, septiembre 29). *Las acciones contra el COVID-19 continúan*. *Ministerio de Salud*. <https://www.salud.gob.sv/las-acciones-contra-el-covid-19-continuan/>

MINSAL. (2021a, abril 7). *Anuncian portal web para agendar cita para vacunación anti-COVID-19*. *Ministerio de Salud*. <https://www.salud.gob.sv/anuncian-portal-web-para-agendar-cita-para-vacunacion-anti-covid-19/>

MINSAL. (2021b, abril 8). *Gobierno recibe donativo de 150,000 vacunas anti-COVID-19 de la República Popular China para reforzar Plan Nacional de Vacunación*. *Ministerio de Salud*. <https://www.salud.gob.sv/gobierno-recibe-donativo-de>

150000-vacunas-anti-covid-19-de-la-republica-popular-china-para-reforzar-plan-nacional-de-vacunacion/

MINSAL. (2021c, abril 14). Megacentro de Vacunación inicia operaciones. *Ministerio de Salud*. <https://www.salud.gob.sv/megacentro-de-vacunacion-inicia-operaciones/>

MINSAL. (2021d, abril 17). Gobierno se esfuerza por mantener el proceso de vacunación universal, gratuito y voluntario. *Ministerio de Salud*. <https://www.salud.gob.sv/gobierno-se-esfuerza-por-mantener-el-proceso-de-vacunacion-universal-gratuito-y-voluntario/>

MINSAL. (2021e, abril 29). Nuevos autocentros de vacunación contra el COVID-19. *Ministerio de Salud*. <https://www.salud.gob.sv/nuevos-autocentros-de-vacunacion-contra-el-covid-19/>

MINSAL. (2021f, julio 17). El Salvador, primer país de la región en abrir la vacunación contra COVID-19 a todos sus grupos etarios. *Ministerio de Salud*. <https://www.salud.gob.sv/el-salvador-primer-pais-de-la-region-en-abrir-la-vacunacion-contra-covid-19-a-todos-sus-grupos-etarios/>

MINSAL. (2021g, agosto 5). ¡Hemos superado los 10 millones de dosis en el territorio! Y siguen llegando más vacunas. *Ministerio de Salud*. <https://www.salud.gob.sv/hemos-superado-los-10-millones-de-dosis-en-el-territorio-y-siguen-llegando-mas-vacunas/>

MINSAL. (2021h, agosto 29). Gobierno habilita Certificado Digital de Vacunación COVID-19. *Ministerio de Salud*. <https://www.salud.gob.sv/gobierno-habilita-certificado-digital-de-vacunacion-covid-19/>

MINSAL. (2021i, septiembre 29). El Gobierno anuncia la aplicación de tercera dosis de vacunación contra COVID-19. *Ministerio de Salud*. <https://www.salud.gob.sv/el-gobierno-anuncia-la-aplicacion-de-tercera-dosis-de-vacunacion-contra-covid-19/>

- MINSAL. (2021j, septiembre 29). Ministerio de Salud habilita 23 centros móviles de vacunación contra COVID-19 en diferentes puntos del país. *Ministerio de Salud*. <https://www.salud.gob.sv/ministerio-de-salud-habilita-23-centros-moviles-de-vacunacion-contra-covid-19-en-diferentes-puntos-del-pais/>
- MINSAL. (2021k, octubre 7). San Miguel inicia vacunación casa por casa. *Ministerio de Salud*. <https://www.salud.gob.sv/san-miguel-inicia-vacunacion-casa-por-casa/>
- Miranda Baires, D. A. (2021). Nayib Bukele: “El Estado soy yo”: ¿Hasta dónde impondrá su agenda autoritaria? *Envío: publicación mensual del Instituto Histórico Centroamericano*, 40(468), 4.
- Molinas, J. R., Pérez-Liñán, A., Saiegh, S., & Montero, M. (2006). *Political Institutions, Policymaking Processes and Policy Outcomes in Paraguay, 1954-2003* (IDB Publications (Working Papers), pp. 1-49). Inter-American Development Bank.
- Monaldi, F., González de Pacheco, R. A., Obuchi, R., & Penfold, M. (2012). Political Institutions, Policymaking Processes, and Policy Outcomes in Venezuela. En *SSRN Electronic Journal*. Inter-American Development Bank. <https://doi.org/10.2139/SSRN.1814756>
- Monzón, A. S. (2019). Guatemala en su laberinto: Elecciones 2019. *Más poder local*, 38, 24-25.
- MSPAS, Guatemala. (2020a, enero 31). *Alerta Sanitaria Nacional 01-2020*.
- MSPAS, Guatemala. (2020b, febrero 11). *Segunda Actualización Alerta Sanitaria Nacional 01-2020*.
- MSPAS, Guatemala. (2020c, marzo 1). *Plan Estratégico para la Prevención, Contención y Respuesta a casos del Coronavirus (COVID-19)*.
- MSPAS, Guatemala. (2020d, julio 25). *Acuerdo Ministerial No.187-2020*.

MSPAS, Guatemala. (2020e, noviembre 25). *Se establece Comité Nacional de Coordinación para Vacunación contra COVID-19.*

MSPAS, Guatemala. (2020f, noviembre 26). *Vacuna COVID19: Guatemala tiene garantizadas más de 6 millones de dosis.*

MSPAS, Guatemala. (2020g, diciembre 2). *Comité Nacional de Coordinación para Vacunación contra COVID-19 establece equipos de trabajo para continuidad de acciones.*

MSPAS, Guatemala. (2021a, enero 11). *Plan Estratégico Nacional de Vacunación contra COVID-19 en Guatemala.*

MSPAS, Guatemala. (2021b, febrero 5). *Plan nacional de vacunación contra la COVID-19.*

MSPAS, Guatemala. (2021c, febrero 26). *Fase 1 de vacunación contra el COVID-19: Hospital Roosevelt vacuna a 702 de sus trabajadores en menos de 24 horas.*
<https://www.mspas.gob.gt/noticias-mspas/item/83-fase-1-de-vacunacion-contra-el-covid-19-hospital-roosevelt-vacuna-a-702-de-sus-trabajadores-en-menos-de-24-horas>

MSPAS, Guatemala. (2021d, marzo 2). *Así se hará la primera distribución de las vacunas contra el COVID-19 que hoy ingresan a Guatemala donadas por India.*
<https://www.mspas.gob.gt/noticias-mspas/item/85-asi-se-hara-la-primera-distribucion-de-las-vacunas-contra-el-covid-19-que-hoy-ingresan-a-guatemala-donadas-por-india>

MSPAS, Guatemala. (2021e, marzo 9). *Avanza campaña de vacunación contra el COVID-19: Comadronas reciben primera dosis.*
<https://www.mspas.gob.gt/noticias-mspas/item/96-avanza-campana-de-vacunacion-contra-el-covid-19-comadronas-reciben-primera-dosis>

- MSPAS, Guatemala. (2021f, abril 5). *MSPAS asegura compra de Sputnik V para vacunar contra el COVID-19 a ocho millones de personas.*
<https://www.mspas.gob.gt/noticias-mspas/item/120-mspas-asegura-compra-de-sputnik-v-para-vacunar-contra-el-covid-19-a-ocho-millones-de-personas>
- MSPAS, Guatemala. (2021g, abril 29). *Puesto de Vacunación contra COVID-19 listo para funcionar en centro comercial Centra Norte, Guatemala.*
<https://www.mspas.gob.gt/noticias-mspas/item/140-puesto-de-vacunacion-contra-covid-19-listo-para-funcionar-en-centro-comercial-centra-norte-guatemala>
- MSPAS, Guatemala. (2021h, abril 29). *Puestos y Centros de Vacunación.* Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. <https://www.mspas.gob.gt/covid-19/vacunacion-contra-covid-19/puestos-y-centros-de-vacunacion>
- MSPAS, Guatemala. (2021i, mayo 5). *Ingresa primer lote de vacunas Sputnik V que corresponden a 16 millones de dosis que adquirió el Ministerio de Salud.*
<https://www.mspas.gob.gt/noticias-mspas/item/141-ingresa-primer-lote-de-vacunas-sputnik-v-que-corresponden-a-16-millones-de-dosis-que-adquirio-el-ministerio-de-salud>
- MSPAS, Guatemala. (2021j, septiembre 11). *INFOSALUD: 11 septiembre 2021.* INFOSALUD. <https://www.facebook.com/watch/?v=559275908457929>
- MSPAS, Guatemala. (2021k, noviembre 22). *Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social—Escuintla realiza jornadas móviles de vacunación contra COVID-19.*
<https://www.mspas.gob.gt/noticias-mspas/item/163-escuintla-realiza-jornadas-moviles-de-vacunacion-contra-covid-19>

- MSPAS, Guatemala. (2021l, diciembre 1). *Vacunas COVID-19 hay, ¡Pon tu brazo!*
<https://www.mspas.gob.gt/noticias-mspas/item/181-vacunas-covid-19-hay-pon-tu-brazo>
- MSPAS, Guatemala. (2021m, diciembre 6). *MSPAS ha aplicado más de 1,100 dosis de refuerzo contra COVID-19.* <https://www.mspas.gob.gt/noticias-mspas/item/182-mspas-ha-aplicado-mas-de-1-100-dosis-de-refuerzo-contra-covid-19>
- MSPAS, Guatemala. (2022a, enero 27). *Más de mil 200 personas serán vacunas en San Marcos.* <https://www.mspas.gob.gt/noticias-mspas/item/221-mas-de-mil-200-personas-seran-vacunas-en-san-marcos>
- MSPAS, Guatemala. (2022b, enero 27). *Nueva estrategia de vacunación alcanza a más de 1200 personas.* <https://www.mspas.gob.gt/noticias-mspas/item/219-nueva-estrategia-de-vacunacion-alcanza-a-mas-de-1200-personas>
- MSPAS, Guatemala. (2022c, marzo 16). *MSPAS garantiza una vacunación segura y eficaz en población de 6 a 11 años.* <https://www.mspas.gob.gt/noticias-mspas/item/237-mspas-garantiza-una-vacunacion-segura-y-eficaz-en-poblacion-de-6-a-11-anos>
- MSPAS, Guatemala. (2022d, abril 8). *El Ministerio de Salud habilita la 4ta dosis de la vacuna contra COVID-19 para grupos priorizados.*
<https://www.mspas.gob.gt/noticias-mspas/item/244-el-ministerio-de-salud-habilita-la-4ta-dosis-de-la-vacuna-contra-covid-19-para-grupos-priorizados>
- MSPAS, Guatemala. (2022e, mayo 17). *MSPAS continúa incentivando a la población para iniciar o completar esquemas de vacunación con campañas de información.*
<https://www.mspas.gob.gt/noticias-mspas/item/256-mspas-continua-incentivando-a-la-poblacion-para-iniciar-o-completar-esquemas-de-vacunacion-con-campanas-de-informacion>

- MSPAS, Guatemala. (2022f, diciembre 15). *Casi 23 mil dosis de vacunas fueron suministradas durante la estrategia “Salud Sobre Ruedas”*.
<https://www.mspas.gob.gt/noticias-mspas/item/339-casi-23-mil-dosis-de-vacunas-fueron-suministradas-durante-la-estrategia-salud-sobre-ruedas>
- Mulligan, C. B., Sala-i-Martín, X., & Gil, R. (2021). *Do Democracies Have Different Public Policies than Nondemocracies?* SSRN.
- Municipalidad de Guatemala. (2020, julio 3). *Primer “Centro de Bienestar Respiratorio” en zona 18*. <https://www.muniguate.com/blog/2020/07/03/primer-centro-de-bienestar-respiratorio-en-zona-18/>
- Nachega, J. B., Sam-Agudu, N. A., Mellors, J. W., Zumla, A., & Mofenson, L. M. (2021). Scaling Up Covid-19 Vaccination in Africa—Lessons from the HIV Pandemic. *New England Journal of Medicine*, 385(3), 196-198.
<https://doi.org/10.1056/NEJMP2103313>
- Niedzwiecki, S., & Pribble, J. (2017). Social Policies and Center-Right Governments in Argentina and Chile. *Latin American Politics and Society*, 59(3), 72-97.
<https://doi.org/10.1111/laps.12027>
- Nóchez, M. L. (2020, mayo 17). Bukele se salta a la Asamblea y prorroga por decreto el estado de emergencia. *El Faro*.
https://elfaro.net/es/202005/el_salvador/24431/Bukele-se-salta-a-la-Asamblea-y-prorroga-por-decreto-el-estado-de-emergencia.htm
- O’Donnell, G., Cárdenas, M., Mann, M., Ziblatt, D., Oszlak, O., Geddes, B., Evans, P., Rauch, J. E., Hendrix, C. S., Fearon, J. D., Laitin, D. D., Weaver, R. K., & Rockman, B. A. (2015a). *Capacidades estatales. Diez textos fundamentales*. Banco de Desarrollo de América Latina y el Caribe.
<https://scioteca.caf.com/handle/123456789/715>

- O'Donnell, G., Cárdenas, M., Mann, M., Ziblatt, D., Oszlak, O., Geddes, B., Evans, P., Rauch, J. E., Hendrix, C. S., Fearon, J. D., Laitin, D. D., Weaver, R. K., & Rockman, B. A. (2015b). *Capacidades estatales. Diez textos fundamentales*. CAF. <https://cafsciotea.azurewebsites.net/handle/123456789/715>
- OECD & The World Bank. (2020). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. OECD. <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>
- Oliva, L. (Director). (2021, enero 19). *Equipo Panavac-19 presenta Estrategia de Vacunación continua* [Video recording].
- OMS, O. M. de la S. (2021a, abril). *Acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID-19 (Acelerador ACT): ¿qué es, cuál es su estructura y cómo*. [https://www.who.int/es/publications/m/item/what-is-the-access-to-covid-19-tools-\(act\)-accelerator-how-is-it-structured-and-how-does-it-work](https://www.who.int/es/publications/m/item/what-is-the-access-to-covid-19-tools-(act)-accelerator-how-is-it-structured-and-how-does-it-work)
- OMS, O. M. de la S. (2021b, junio 1). *La OMS valida la vacuna de Sinovac contra la COVID-19 para su uso de emergencia y formula recomendaciones provisionales sobre las políticas que se deben adoptar*. <https://www.who.int/es/news/item/01-06-2021-who-validates-sinovac-covid-19-vaccine-for-emergency-use-and-issues-interim-policy-recommendations>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021a, agosto 2). *Vacunación: ¡cada vacuna aplicada, es una vida salvada*. <https://www.paho.org/es/noticias/2-8-2021-vacunaton-cada-vacuna-aplicada-es-vida-salvada>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021b, agosto 25). *Vacunaciones contra la COVID-19: Honduras avanza en el despliegue de la vacuna a nivel nacional*. <https://www.paho.org/es/noticias/25-8-2021-vacunatones-contra-covid-19-honduras-avanza-despliegue-vacuna-nivel-nacional>

- Organización Panamericana de la Salud. (2021c, noviembre 11). *Vacunatón 2.0 en el Distrito Central fue apoyado por promotores de salud*.
<https://www.paho.org/es/noticias/11-11-2021-vacunaton-20-distrito-central-fue-apoyado-por-promotores-salud>
- Ortiz, Z. (2021). Coronavirus: Panamá, país latinoamericano número uno de casos nuevos, según cantidad de habitantes—Buscar con Google. *Semilla Científica*, 2.2021.
https://www.google.com/search?q=Coronavirus%3A+Panam%C3%A1%2C+pa%C3%ADs+latinoamericano+n%C3%BAmero+uno+de+casos+nuevos%2C+seg%C3%BAn+cantidad+de+habitantes&rlz=1C1GCEA_enDE1032DE1032&oq=Coronavirus%3A+Panam%C3%A1%2C+pa%C3%ADs+latinoamericano+n%C3%BAmero+uno+de+casos+nuevos%2C+seg%C3%BAn+cantidad+de+habitantes&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIGCAEQRRg60gEHNTA2ajBqN6gCALACAA&sourceid=chrome&ie=UTF-8
- Paredes Paredes, N. S. (2023). *La propagación del COVID-19 es la tercera guerra mundial”, el fact-checking y las noticias falsas* [bachelorThesis].
<http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/24321>
- Payne, J. M., Zovatto, D., Carrillo, F., & Allamand, A. (2002). *La política importa: Democracia y desarrollo en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo.
https://books.google.de/books?hl=en&lr=lang_en%7Clang_es&id=HbMG6Sc4XL8C&oi=fnd&pg=PA1&dq=democracia+y+politica+social+&ots=ULuQWXC LRo&sig=9OoQy_7LdIUC8sOUB-A00-QLyNY&redir_esc=y#v=onepage&q=democracia%20y%20politica%20social&f=false

- Pearson, A. A., Prado, A. M., & Colburn, F. D. (2021). The puzzle of COVID-19 in Central America and Panama. *Journal of Global Health, 11*, 03077. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.03077>
- Pierson, P., & Skocpol, T. (2008). EL INSTITUCIONALISMO HISTÓRICO EN LA CIENCIA POLÍTICA CONTEMPORÁNEA. *Revista Uruguaya de Ciencia Política, 17*(1), Article 1.
- Pineda, G. M., Sánchez, E., Bardales, J., Rodríguez, G., Rodríguez, O., Peralta, G., Hernández, R. J. S., Molina, F., Salgado, J., & Mena, D. (2021). Gestión de datos para la epidemiología y acción departamental contra el COVID-19 en Honduras. *Innovare: Revista de ciencia y tecnología, 10*(2), Article 2. <https://doi.org/10.5377/innovare.v10i2.12275>
- Poder Legislativo de Honduras. (2021, febrero 20). *Decreto No. 8-2021*. La Gaceta.
- Polack, F. P., Thomas, S. J., Kitchin, N., Absalon, J., Gurtman, A., Lockhart, S., Perez, J. L., Pérez Marc, G., Moreira, E. D., Zerbini, C., Bailey, R., Swanson, K. A., Roychoudhury, S., Koury, K., Li, P., Kalina, W. V., Cooper, D., Frenck, R. W., Hammitt, L. L., ... C4591001 Clinical Trial Group. (2020). Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. *The New England Journal of Medicine, 383*(27), 2603-2615. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2034577>
- Prensa Libre. (2020a, marzo 14). Coronavirus: Alejandro Giammattei suspende procesiones y clases. *Prensa Libre*. <https://www.prensalibre.com/guatemala/politica/coronavirus-alejandro-giammattei-suspende-actividades-de-semana-santa-y-clases/>
- Prensa Libre. (2020b, junio 19). Giammattei destituye a Hugo Monroy como ministro de Salud y lo sustituye Amelia Flores. *Prensa Libre*.

<https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/giammattei-destituye-a-hugo-monroy-como-ministro-de-salud-y-lo-sustituye-amelia-flores/>

Prensa Libre. (2020c, agosto 6). Giammattei afirma que ahora el coronavirus en Guatemala “ya es problema de la gente”. *Prensa Libre*.
<https://www.prensalibre.com/guatemala/politica/giammattei-afirma-que-ahora-el-coronavirus-en-guatemala-ya-es-problema-de-la-gente-breaking/>

Prensa Libre. (2020d, octubre 17). Coronavirus: Honduras abrirá el lunes sus fronteras terrestres tras siete meses de cierre. *Prensa Libre*.
<https://www.prensalibre.com/internacional/coronavirus-honduras-abrira-el-lunes-sus-fronteras-terrestres-tras-siete-meses-de-cierre/>

Prensa Libre. (2021a, enero 30). Giammattei anuncia la llegada de más de 800 mil dosis de vacunas AstraZeneca contra el coronavirus. *Prensa Libre*.
<https://www.prensalibre.com/guatemala/politica/giammattei-anuncia-la-llegada-de-mas-de-800-mil-dosis-de-vacunas-astrazeneca-contra-el-coronavirus-breaking/>

Prensa Libre. (2021b, mayo 11). ¿Quién vacunará a los maestros contra el covid-19? Hay incertidumbre en el proceso. *Prensa Libre*.
<https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/quien-vacunara-a-los-maestros-contra-el-covid-19-hay-incertidumbre-en-el-proceso/>

Prensa Libre. (2021c, mayo 31). Suman más de 55 días desde que Guatemala pagó por las vacunas Sputnik V, solo han venido 100 mil dosis y no hay cronograma de entrega. *Prensa Libre*.
<https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/suman-mas-de-55-dias-desde-que-guatemala-pago-por-las-vacunas-sputnik-v-solo-han-venido-100-mil-dosis-y-no-hay-cronograma-de-entrega-breaking/>

Prensa Libre. (2021d, julio 15). Se abren más fases de vacunación, pero vacunas son insuficientes. *Prensa Libre*.

<https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/se-abren-mas-fases-de-vacunacion-pero-vacunas-son-insuficientes/>

Prensa Libre. (2021e, septiembre 25). Vacuna contra el coronavirus: Estos son los puestos habilitados para el 25 y 26 de septiembre en la capital. *Prensa Libre*.

<https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/estos-son-los-puestos-de-vacunacion-habilitados-para-el-25-y-26-de-septiembre-breaking/>

Prensa Libre. (2021f, septiembre 30). Paso a paso del registro de vacunación en Guatemala desde 12 años en adelante. *Prensa Libre*.

<https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/paso-paso-del-registro-de-vacunacion-covid-19-en-guatemala-breaking/>

Prensa Libre. (2023, octubre 27). Roberto Arzú presenta denuncia contra Alejandro Giammattei, Miguel Martínez y otros funcionarios. *Prensa Libre*.

<https://www.prensalibre.com/guatemala/politica/roberto-arzu-presenta-denuncia-contra-alejandro-giammattei-miguel-martinez-y-otros-funcionarios/>

Presidencia de la República de Costa Rica. (2021, abril 8). *Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología aprobó el uso de vacuna contra COVID-19 de AstraZeneca en Costa Rica*. Presidencia de la República de Costa Rica.

<https://presidencia.gobiernocarlosalvarado.cr/comunicados/2021/04/comision-nacional-de-vacunacion-y-epidemiologia-aprobo-el-uso-de-vacuna-contra-covid-19-de-astrazeneca-en-costarica/>

Presidencia de la República de Costa Rica. (2022, mayo 8). *Decreto Ejecutivo No.43543-S*.

http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_complet

o.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=96887&nValor3=130029&strTip
M=TC

Presidencia de la República de El Salvador. (2020a, marzo 11). *Decreto 12*.

Presidencia de la República de El Salvador (Director). (2020b, marzo 12). *Conferencia de prensa* [Broadcast]. <https://www.facebook.com/watch/?v=133287092032636>

Presidencia de la República de El Salvador. (2020c, marzo 19). *El Gobierno del Presidente Nayib Bukele solicita la aprobación de decretos y proyectos para echar a andar el Plan de Respuesta y Alivio Económico ante la Emergencia del COVID-19*.

Presidencia de la República de El Salvador. (2020d, marzo 21). *Decreto 14*.

Presidencia de la República de El Salvador. (2020e, abril 8). “Salir a buscar casos (COVID-19) está dando frutos”, Presidente Nayib Bukele. *Presidencia de la República de El Salvador*. <https://www.presidencia.gob.sv/salir-a-buscar-casos-covid-19-esta-dando-frutos-presidente-nayib-bukele/>

Presidencia de la República de El Salvador. (2020f, abril 10). Gobierno inaugura hospital temporal en zona central del país ante emergencia por el COVID-19. *Presidencia de la República de El Salvador*. <https://www.presidencia.gob.sv/gobierno-inaugura-hospital-temporal-en-zona-central-del-pais-ante-emergencia-por-el-covid-19/>

Presidencia de la República de El Salvador. (2020g, abril 11). Gobierno del Presidente Bukele inaugura hospital temporal de Jiquilisco para pacientes con COVID-19. *Presidencia de la República de El Salvador*. <https://www.presidencia.gob.sv/gobierno-del-presidente-bukele-inaugura-hospital-temporal-de-jiquilisco-para-pacientes-con-covid-19/>

- Presidencia de la República de El Salvador. (2020h, abril 14). Cuarentenar el Hospital Zacamil es parte de la Fase 2 contra el COVID-19, confirma Presidente Bukele. *Presidencia de la República de El Salvador*. <https://www.presidencia.gob.sv/cuarentenar-el-hospital-zacamil-es-parte-de-la-fase-2-contra-el-covid-19-confirma-presidente-bukele/>
- Presidencia de la República de El Salvador. (2020i, abril 20). Gobierno refuerza combate al COVID-19 al habilitar cabinas móviles de diagnóstico. *Presidencia de la República de El Salvador*. <https://www.presidencia.gob.sv/gobierno-refuerza-combate-al-covid-19-al-habilitar-cabinas-moviles-de-diagnostico/>
- Presidencia de la República de El Salvador. (2020j, junio 5). Presidente Nayib Bukele se compromete a trabajar por erradicar desigualdad y vulnerabilidad histórica. *Presidencia de la República de El Salvador*. <https://www.presidencia.gob.sv/presidente-nayib-bukele-se-compromete-a-trabajar-por-erradicar-desigualdad-y-vulnerabilidad-historica/>
- Presidencia de la República de El Salvador. (2020k, junio 20). Presidente Nayib Bukele inaugurará primera fase del hospital para COVID-19 en instalaciones de CIFCO. *Presidencia de la República de El Salvador*. <https://www.presidencia.gob.sv/presidente-nayib-bukele-inaugurara-primera-fase-del-hospital-para-covid-19-en-instalaciones-de-cifco/>
- Presidencia de la República de El Salvador. (2020l, julio 3). El Gobierno recalca a diputados que sistema de salud está por colapsar ante el COVID-19. *Presidencia de la República de El Salvador*. <https://www.presidencia.gob.sv/el-gobierno-recalca-a-diputados-que-sistema-de-salud-esta-por-colapsar-ante-el-covid-19/>
- Presidencia de la República de El Salvador. (2020m, julio 11). Legislativo retrasa aprobación de herramientas para evitar alza de fallecidos y contagios por COVID-

19. *Presidencia de la República de El Salvador.*
<https://www.presidencia.gob.sv/legislativo-retrasa-aprobacion-de-herramientas-para-evitar-alza-de-fallecidos-y-contagios-por-covid-19/>

Presidencia de la República de El Salvador. (2020n, julio 30). Decreto Ejecutivo 32 apuesta luchar contra el COVID-19 por omisión legislativa a Régimen de Excepción. *Presidencia de la República de El Salvador.*
<https://www.presidencia.gob.sv/decreto-ejecutivo-32-apuesta-luchar-contr-el-covid-19-por-omision-legislativa-a-regimen-de-excepcion/>

Presidencia de la República de El Salvador. (2020o, noviembre 25). Gobierno firma acuerdo para el suministro de 2 millones de dosis de la vacuna contra el COVID-19. *Presidencia de la República de El Salvador.*
<https://www.presidencia.gob.sv/gobierno-firma-acuerdo-para-el-suministro-de-2-millones-de-dosis-de-la-vacuna-contr-el-covid-19/>

Presidencia de la República de El Salvador. (2020p, noviembre 27). Gobierno tiene definidos los grupos prioritarios que recibirán la vacuna anti-COVID-19. *Presidencia de la República de El Salvador.*
<https://www.presidencia.gob.sv/gobierno-tiene-definidos-los-grupos-prioritarios-que-recibiran-la-vacuna-anti-covid-19/>

Presidencia de la República de El Salvador. (2021a, febrero 17). Vacunación contra el COVID-19 se realizará en tres fases, iniciando con el personal de primera línea hasta llegar a 4.5 millones de salvadoreños. *Presidencia de la República de El Salvador.* <https://www.presidencia.gob.sv/vacunacion-contr-el-covid-19-se-realizara-en-tres-fases-iniciando-con-el-personal-de-primera-linea-hasta-llegar-a-4-5-millones-de-salvadorenos/>

Presidencia de la República de El Salvador. (2021b, abril 8). Presidente Nayib Bukele habilita a personas mayores de 70 años programar cita para vacuna contra COVID-19. *Presidencia de la República de El Salvador*. <https://www.presidencia.gob.sv/presidente-nayib-bukele-habilita-a-personas-mayores-de-70-anos-programar-cita-para-vacuna-contra-covid-19/>

Presidencia de la República de El Salvador. (2021c, mayo 22). Salvadoreños cuentan con un abanico de opciones para obtener el beneficio de la vacuna anti COVID-19. *Presidencia de la República de El Salvador*. <https://www.presidencia.gob.sv/salvadorenos-cuentan-con-un-abanico-de-opciones-para-obtener-el-beneficio-de-la-vacuna-anti-covid-19/>

Presidencia de la República de El Salvador. (2021d, junio 24). Gobierno sigue ejecutando el Plan Nacional de Vacunación anti-COVID-19 en todo el territorio salvadoreño. *Presidencia de la República de El Salvador*. <https://www.presidencia.gob.sv/gobierno-sigue-ejecutando-el-plan-nacional-de-vacunacion-anti-covid-19-en-todo-el-territorio-salvadoreno/>

Presidencia de la República de El Salvador. (2021e, julio 10). El Presidente Bukele habilita la vacunación contra el COVID-19 a los mayores de 18 años. *Presidencia de la República de El Salvador*. <https://www.presidencia.gob.sv/el-presidente-bukele-habilita-la-vacunacion-contra-el-covid-19-a-los-mayores-de-18-anos/>

Presidencia de la República de El Salvador. (2021f, julio 10). El Salvador es el primer país de la región en abrir todos sus grupos etarios para la vacunación contra COVID-19. *Presidencia de la República de El Salvador*. <https://www.presidencia.gob.sv/el-salvador-es-el-primer-pais-de-la-region-en-abrir-todos-sus-grupos-etarios-para-la-vacunacion-contra-covid-19/>

- Presidencia de la República de El Salvador. (2021g, diciembre 14). El Salvador registra 819,733 personas con la tercera dosis de la vacuna anti-COVID-19. *Presidencia de la República de El Salvador*. <https://www.presidencia.gob.sv/el-salvador-registra-819733-personas-con-la-tercera-dosis-de-la-vacuna-anti-covid-19/>
- Presidencia de la República de El Salvador. (2022a, marzo 18). El Salvador es el primer país en aplicar la cuarta dosis anti-COVID-19 para toda la población. *Presidencia de la República de El Salvador*. <https://www.presidencia.gob.sv/el-salvador-es-el-primer-pais-en-aplicar-la-cuarta-dosis-anti-covid-19-para-toda-la-poblacion/>
- Presidencia de la República de El Salvador. (2022b, abril 11). Gobierno del Presidente Nayib Bukele continúa estrategia de vacunación anti-COVID-19 casa por casa. *Presidencia de la República de El Salvador*. <https://www.presidencia.gob.sv/gobierno-del-presidente-nayib-bukele-continua-estrategia-de-vacunacion-anti-covid-19-casa-por-casa/>
- Presidencia de la República de El Salvador. (2022c, junio 6). El plan de vacunación anti-COVID-19 se mantiene en El Salvador, el Gobierno recomienda completar el esquema. *Presidencia de la República de El Salvador*. <https://www.presidencia.gob.sv/el-plan-de-vacunacion-anti-covid-19-se-mantiene-en-el-salvador-el-gobierno-recomienda-completar-el-esquema/>
- Presidencia de la República de El Salvador. (2022d, julio 29). Los equipos de Salud siguen acercando las vacunas contra el COVID-19 a la población en todo el territorio. *Presidencia de la República de El Salvador*. <https://www.presidencia.gob.sv/los-equipos-de-salud-siguen-acercando-las-vacunas-contra-el-covid-19-a-la-poblacion-en-todo-el-territorio/>
- Presidencia de la República de El Salvador, S. de. (2020q, mayo 29). El Salvador ha entrado en la Fase 3 del COVID-19, informa el Gobierno. *Presidencia de la*

República de El Salvador. <https://www.presidencia.gob.sv/el-salvador-ha-entrado-en-la-fase-3-del-covid-19-informa-el-gobierno/>

Presidencia de la República de El Salvador, S. de. (2020r, agosto 20). El Salvador evoluciona positivamente ante la pandemia; Gobierno Central reforzará la bioseguridad. *Presidencia de la República de El Salvador.* <https://www.presidencia.gob.sv/el-salvador-evoluciona-positivamente-ante-la-pandemia-gobierno-central-reforzara-la-bioseguridad/>

Presidencia de la República de El Salvador, S. de. (2021h, marzo 28). Gobierno del Presidente Nayib Bukele tiene adquiridas el 78 % de las vacunas contra COVID-19 necesarias para 4.5 millones de salvadoreños. *Presidencia de la República de El Salvador.* <https://www.presidencia.gob.sv/gobierno-del-presidente-nayib-bukele-tiene-adquiridas-el-78-de-las-vacunas-contr-covid-19-necesarias-para-4-5-millones-de-salvadorenos/>

Presidencia de la República de Guatemala. (2020a, marzo 5). *Decreto Gubernativo No.5-2020.*

Presidencia de la República de Guatemala. (2020b, marzo 16). *Disposiciones presidenciales en caso de calamidad pública y ordenes para el estricto cumplimiento.*

Presidencia de la República de Guatemala. (2020c, marzo 21). *Decreto Gubernativo No.6-2020.*

Presidencia de la República de Guatemala. (2020d, abril 12). *Disposiciones presidenciales en caso de calamidad pública y ordenes para el estricto cumplimiento.*

Presidencia de la República de Guatemala. (2020e, mayo 24). *Acuerdo Gubernativo No.65-2020.*

- Presidencia de la República de Nicaragua. (2020). *Al pueblo de Nicaragua y al mundo—Informe sobre el Covid-19*. Secretaría Privada para las Políticas Nacionales.
- Pribble, J. (2013a). *Political Parties and Welfare Politics in Latin America: Between Elites and the Masses*. Cambridge University Press.
<https://core.ac.uk/download/pdf/346447758.pdf>
- Pribble, J. (2013b). *Welfare and Party Politics in Latin America*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139343299>
- Proceso Digital. (2021, diciembre 4). *Vacunas contra la COVID-19 se vencen en Honduras por los que las rechazan* | Proceso Digital. <https://proceso.hn/vacunas-contra-la-covid-19-se-vencen-en-honduras-por-los-que-las-rechazan/>
- Proceso Digital. (2022, junio 21). *Retorno a clases, un proceso lento y crítico ante deserción*. <https://proceso.hn/retorno-a-clases-un-proceso-lento-y-critico-ante-desercion/>
- Procuraduría de los Derechos Humanos. (2020, abril 20). *Carta abierta al señor Presidente de la República de Guatemala*.
- Público Expediente. (2022, enero 7). Honduras: Rezago en vacunación contra Covid-19 mientras enfrenta nueva ola de contagio. *Expediente Público*. <https://www.expedientepublico.org/honduras-rezago-en-vacunacion-contra-covid-19-mientras-enfrenta-nueva-ola-de-contagio/>
- Raskin, S. (2020). Genetics of COVID-19. *Jornal de Pediatria*, 97(4), 378-386.
<https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2020.09.002>
- Rauda, N. (2020, junio 1). Bukele cierra su primer año insultando a los diputados bajo la tormenta. *El Faro*. https://elfaro.net/es/202006/el_salvador/24491/Bukele-cierra-su-primer-a%C3%B1o-insultando-a-los-diputados-bajo-la-tormenta.htm

- R.A.W, R., & 'T Hart, P. (2014). *The Oxford Handbook of Political Leadership*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199653881.001.0001>
- Repetto, F. (2004). *Capacidad Estatal: Requisito para el Mejoramiento de la Política Social en América Latina*. Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). <https://publications.iadb.org/es/publicacion/14523/capacidad-estatal-requisito-para-el-mejoramiento-de-la-politica-social-en-america>
- Retamozo, M. (2012). Constructivismo: Epistemología y Metodología en las ciencias sociales. En *Tratado de metodología de las ciencias sociales: Perspectivas actuales*. Fondo de Cultura Económico. <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.4127/pm.4127.pdf>
- Reyes, A. H. (2018). La atención primaria de salud como fundamento de la reforma de salud salvadoreña. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e130. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.130>
- Rodríguez, F. G., Costa Rica, N., & Guadalupe Rodríguez Pacas, F. (2022). La respuesta política al COVID-19 en Centroamérica: El Salvador, Nicaragua y Costa Rica. *camjol.info*, 22. <https://www.camjol.info/index.php/RyR/article/view/14413>
- Rodríguez G, A. L. (2004). *Capacidades estatales: Reflexiones en torno a un programa de investigación*—Google Search (pp. 1-32). Universidad de Buenos Aires. <https://www.google.com/search?q=Capacidades+estatales%3A+reflexiones+en+torno+a+un+programa+de+investigaci%C3%B3n&oq=capacidades+estatale&aqs=chrome.1.69i57j69i59l3j0i19l2j69i60l2.5745j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Rodríguez Pacas, F. G. R. (2021). La respuesta política al COVID-19 en Centroamérica: El Salvador, Nicaragua y Costa Rica. *Realidad y Reflexión*, 1(55), Article 55. <https://doi.org/10.5377/ryr.v1i55.14413>

- Rodriguez-Morales, A. J., & Franco, O. H. (2021). Public trust, misinformation and COVID-19 vaccination willingness in Latin America and the Caribbean: Today's key challenges. *The Lancet Regional Health – Americas*, 3. <https://doi.org/10.1016/J.LANA.2021.100073>
- Rojas Rojas, G. D., & Romero Redondo, R. A. (2021). Gestión e impacto de las medidas de intervención para la reducción de casos por COVID-19 en Costa Rica. *Revista Panamericana de la Salud Pública o de la Organización Panamericana de la Salud*, (46), pp.1-8. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.23>
- Rombini, M. F., Mauas, R. P., Katz, N., & Urueña, A. (2024a). Ranking de los programas de vacunación en América Latina, 2020. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48, e15. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.15>
- Rombini, M. F., Mauas, R. P., Katz, N., & Urueña, A. (2024b). Ranking de los programas de vacunación en América Latina, 2020. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48, e15. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.15>
- Romero, C. (2020, octubre 14). *El Salvador: El nuevo hospital que no estuvo listo para la emergencia*. Salud con lupa. <https://saludconlupa.com/series/la-segunda-ola/el-salvador-el-nuevo-hospital-que-no-estuvo-listo-para-la-emergencia/>
- Roque Baldovinos, R. (2021). Nayib Bukele: Populismo e implosión democrática en El Salvador. *Andamios*, 18(46), 233-255. <https://doi.org/10.29092/uacm.v18i46.844>
- Rosenthal, G. (2020). El impacto de covid-19 en Guatemala / The impact of Covid-19 on Guatemala. *EconomíaUNAM*, 17(51), Article 51. <https://doi.org/10.22201/fe.24488143e.2020.51.553>
- Ruiz Hidalgo, H. (2020, julio). *Costa Rica: Estado de situación de 5 meses de Covid-19*. <https://www.uned.ac.cr/ocex/index.php/capsulas/592-borrador-costa-rica-estado-de-situacion-de-5-meses-de-covid-19>

- Saiz, F., & undefined. (2021). La vacunación contra la covid-19 en América Latina y el Caribe: Un proceso lento y desigual. *dialnet.unirioja.es*.
- Sallam, M., Al-Sanafi, M., & Sallam, M. (2022). A Global Map of COVID-19 Vaccine Acceptance Rates per Country: An Updated Concise Narrative Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 15, 21. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S347669>
- Salud y Fármacos. (2020, agosto 10). *Guatemala. Compras irregulares de medicamentos y beneficiarios de los contratos públicos en Guatemala*. https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/ago202002/65_gua
- Saraiva, M. G., & Granja, L. (2022). América Latina y la pandemia: Un retrato de la crisis del regionalismo. *Conjuntura Austral*, 13(62), 22-35. <https://doi.org/10.22456/2178-8839.118556>
- Scartascini, C., & Tommasi, M. (2012, enero). Institucionalización de las instituciones políticas y su impacto sobre las políticas públicas. *Inter-American Development Bank y Enconstor*. <https://www.econstor.eu/handle/10419/89088>
- Schwalb, A., Armyra, E., Méndez-Aranda, M., & Ugarte-Gil, C. (2022). COVID-19 in Latin America and the Caribbean: Two years of the pandemic. *Wiley Online Library*. <https://doi.org/10.1111/joim.13499>
- Seawright, J., & Gerring, J. (2008a). Case Selection Techniques in Case Study Research: A Menu of Qualitative and Quantitative Options. *Political Research Quarterly*, 61(2), 294-308. <https://doi.org/10.1177/1065912907313077>
- Seawright, J., & Gerring, J. (2008b). Case Selection Techniques in Case Study Research: A Menu of Qualitative and Quantitative Options. *Political Research Quarterly*, 61(2), 294-308. <https://doi.org/10.1177/1065912907313077>
- Secretaría de Salud, Honduras. (2020a, enero 21). *Comunicado*.

- Secretaría de Salud, Honduras. (2020b, febrero 26). *Declaratoria de emergencia por dengue y coronavirus*. <https://www.unah.edu.hn/dmsdocument/9658-04032020-se-ha-conformado-una-comision-de-expertos-integrada-por-exministros-de-salud>
- Secretaría de Salud, Honduras. (2020c, marzo 4). *Se ha conformado una comisión de expertos integrada por exministros de salud, infectólogos, neumólogos e internistas*. <https://www.unah.edu.hn/dmsdocument/9658-04032020-se-ha-conformado-una-comision-de-expertos-integrada-por-exministros-de-salud>
- Secretaría de Salud, Honduras. (2020d, marzo 16). *Comunicado No.4*.
- Secretaría de Salud, Honduras. (2021a, enero). *Plan nacional de introducción de la vacuna contra la COVID-19 Honduras, 2020-2021*.
- Secretaría de Salud, Honduras. (2021b, julio 28). *Éxito total la extensión de vacunación en Universidad Católica*: <https://www.facebook.com/saludhn/posts/1867378490097258/>
- Secretaría de Salud, Honduras. (2021c, septiembre 1). *Sexta campaña de vacunación contra la Covid-19*. https://www.facebook.com/photo/?fbid=4571496139529289&set=a.997162306962708&locale=bg_BG
- Secretaría de Salud, Honduras. (2021d, noviembre 13). *Vacunaton 2.0 en zonas rurales y productivas de Ocotepeque*. https://www.facebook.com/saludhn/posts/1948988565269583/?paipv=0&eav=AfbrwrNr_m2AcdZN3c8XHfrHuMnL5lO7BE6rnllfwvxZ2ES18BGN_Pw8h09Krb9Cr8&_rdr
- Secretaría de Salud, Honduras. (2021e, diciembre 2). *COMUNICADO se amplía la aplicación de la dosis de refuerzo de la vacuna COVID-19-Pfizer*.

<https://www.facebook.com/photo.php?fbid=1962558467245926&id=290824844419305&set=a.433930676775387>

Secretaría de Salud, Honduras. (2022a, abril 5). “*En Semana Santa instalaremos puestos de vacunación contra el COVID-19 en centros turísticos*”.
<https://sshhome.salud.gob.hn/index.php/component/k2/item/34-en-semana-santa-instalaremos-puestos-de-vacunacion-contra-el-covid-19-en-centros-turisticos>

Secretaría de Salud, Honduras. (2022b, junio 28). *Secretaría de Salud presenta Plan de Recuperación de Coberturas de Vacunación*.
https://www.facebook.com/story.php/?story_fbid=160129303241358&id=115280394392916

Secretaría de Salud, Honduras. (2022c, julio 30). *Región Metropolitana de Salud DC*.
https://www.facebook.com/saludgobhn/posts/168105175777104/?locale=ms_MY

Secretaría de Seguridad. (2021, marzo 19). *Comunicado de Prensa*.

Secretaría de Seguridad, Honduras. (2020a, marzo 20). *Comunicado de Prensa*.

Secretaría de Seguridad, Honduras. (2020b, mayo 3). *Comunicado de Prensa*.

Secretaría de Seguridad, Honduras. (2020c, mayo 10). *Comunicado de Prensa*.

Secretaría de Seguridad, Honduras. (2020d, octubre 25). *Comunicado de Prensa*.

Secretaría de Seguridad, Honduras. (2020e, diciembre 20). *Comunicado de Prensa*.

Sekalala, S., Forman, L., Hodgson, T., Mulumba, M., Namyalo-Ganafa, H., & Meier, B. M. (2021). Decolonising human rights: How intellectual property laws result in unequal access to the COVID-19 vaccine. *BMJ Global Health*, 6(7), e006169.
<https://doi.org/10.1136/BMJGH-2021-006169>

Semanario Universidad. (2020, junio 24). *Gobierno ejecutará estrategia de «martillo y baile» para reapertura de negocios • Semanario Universidad*.

<https://semanariouniversidad.com/pais/gobierno-ejecutara-estrategia-de-martillo-y-baile-para-reapertura-de-negocios/>

Semanario Universidad. (2022a, mayo 9). *Gremios de la Salud reprochan decreto que elimina obligatoriedad de vacunación y uso de la mascarilla* • *Semanario Universidad*. <https://semanariouniversidad.com/pais/gremios-de-la-salud-reprochan-decreto-que-elimina-obligatoriedad-de-vacunacion-y-uso-de-la-mascarilla/>

Semanario Universidad. (2022b, mayo 11). *Decreto “insta” a instituciones públicas y sector privado a no despedir empleados que se rehúsan a vacunación* • *Semanario Universidad*. <https://semanariouniversidad.com/pais/decreto-insta-a-instituciones-publicas-y-sector-privado-a-no-despedir-empleados-que-se-rehusan-a-vacunacion/>

Semanario Universidad. (2022c, agosto 3). *Gobierno asegura que Comisión Nacional de Vacunación sesionó de forma ilegal y ordena investigación sobre vacunas* • *Semanario Universidad*. <https://semanariouniversidad.com/pais/gobierno-asegura-que-comision-nacional-de-vacunacion-sesiono-de-forma-ilegal-y-ordena-investigacion-sobre-vacunas/>

Serikbayeva, B., Abdulla, K., & Oskembayev, Y. (2021). State Capacity in Responding to COVID-19. *International Journal of Public Administration*, 44(11-12), 920-930. <https://doi.org/10.1080/01900692.2020.1850778>

Sharma, K., Koirala, A., Nicolopoulos, K., Chiu, C., Wood, N., & Britton, P. N. (2021). Vaccines for COVID-19: Where do we stand in 2021? *Paediatric Respiratory Reviews*, 39, 22-31. <https://doi.org/10.1016/J.PRRV.2021.07.001>

Silva, E. (2020). Los discursos perversos. Pandemia del Covid en Nicaragua. *Perifèria. Cristianisme, postmodernitat, globalització*, 7(7), Article 7.

- Slowing, K. (2023). *Políticas Públicas y manejo de la Pandemia Covid-19: Proyectos de Sistematización cronológica y categorización de medidas adoptadas por el Estado de Guatemala*. Laboratorio de Datos GT.
- Slowing, K., & Chávez, Ó. (2022). *Vacunación COVID-19 y poblaciones vulnerables: Desigualdad y barreras institucionales (MSPAS) de acceso a la vacunación*. Oxfam en América Latina y el Caribe.
- Sojo, A. (2022). La aprobación de CoronaVac en Brasil y Chile: Algunas lecciones sobre los retos regulatorios de vacunas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.104>
- Stein, E., Tommasi, M., Echebarría, K., Lora, E., & Payne, M. (2006). La política de las políticas públicas. Progreso económico y social en América Latina. *Informe 2016*, 327.
- SWI. (2021, mayo 17). Panamá descarta comprar las vacunas china y rusa contra la covid-19. *SWI swissinfo.ch*. <https://www.swissinfo.ch/spa/panamá-descarta-comprar-las-vacunas-china-y-rusa-contra-la-covid-19/46626076>
- The Lancet. (2021). Access to COVID-19 vaccines: Looking beyond COVAX. *Lancet (London, England)*, 397(10278), 941. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00617-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00617-6)
- Tobar Serrano, J. A. (2020). *Segundo Informe para ser presentado a la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia en cumplimiento a lo delegado en la Resolución de fecha 15-IV-2020 en el proceso HC-148-2020*. (No. Segundo).
- Urrunaga-Pastor, D., Bendezu-Quispe, G., Herrera-Añazco, P., Uyen-Cateriano, A., Toro-Huamanchumo, C. J., Rodriguez-Morales, A. J., Hernandez, A. V., & Benites-Zapata, V. A. (2021). Cross-sectional analysis of COVID-19 vaccine intention, perceptions and hesitancy across Latin America and the Caribbean. *Travel*

<https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2021.102059>

Useche, M. C., Artigas, W., Queipo, B., & Perozo, É. (2019). *Técnicas e instrumentos de recolección de datos cuali-cuantitativos*. Universidad de la Guajira.
<https://repositoryinst.uniguajira.edu.co/handle/uniguajira/467>

Velásquez, G. (2021). Vacunas COVID-19: El inmoral comercio de bienes públicos. ¿Y cuál es el papel de la OMS? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 39(2).
<https://www.redalyc.org/journal/120/12069702001/>

Venegas Tobar, J. O. (2022). *La situación y condición de la democracia como régimen político en Guatemala, El Salvador y Costa rica en las primeras dos décadas del siglo XXI*. Universidad de El Salvador.

Venter, W. D. F., Madhi, S. A., Nel, J., Mendelson, M., van den Heever, A., & Moshabela, M. (2021). South Africa should be using all the COVID-19 vaccines available to it—Urgently. *SAMJ: South African Medical Journal*, 111(4), 0-0.
<https://doi.org/10.7196/SAMJ.2021.V111I5.15716>

Verdes-Montenegro Escáñez, F. J., & Rodríguez-Pinzón, É. M. (2020). Bukele y las Fuerzas Armadas: Un tándem que erosiona los contrapesos de la democracia salvadoreña. *Pensamiento Propio - Militarización y seguridad pública en las Américas*, 51. https://www.cries.org/?page_id=5786

Voz de América. (2024, abril 19). *Guatemala: Gobierno de Arévalo agita caso de multimillonario contrato por vacunas Sputnik V*. Voz de América.
<https://www.vozdeamerica.com/a/guatemala-gobierno-de-arevalo-agita-caso-de-multimillonario-contrato-por-vacunas-sputnik-v-/7576532.html>

- Weiss, L., & Thurbon, E. (2021). Explaining divergent National Responses to Covid-19: An Enhanced State Capacity Framework. *New Political Economy*, 27(4), 697-712.
<https://doi.org/10.1080/13563467.2021.1994545>
- WHO. (2021, octubre 6). *Global COVID-19 Vaccination Strategy in a Changing World (Primero)*. <https://www.who.int/publications/m/item/global-covid-19-vaccination-strategy-in-a-changing-world--july-2022-update>
- Wigley, S., & Akkoyunlu-Wigley, A. (2011). THE IMPACT OF REGIME TYPE ON HEALTH: Does Redistribution Explain Everything? *World Politics*, 63(4), 647-677.
- Williams, V., Edem, B., Calnan, M., Otworld, K., & Okeahalam, C. (2021). Considerations for Establishing Successful Coronavirus Disease Vaccination Programs in Africa. *Emerging Infectious Diseases*, 27(8), 2009.
<https://doi.org/10.3201/EID2708.203870>
- Wood, G., & Gough, I. (2006). A Comparative Welfare Regime Approach to Global Social Policy. *World Development*, 34(10), 1696-1712.
<https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2006.02.001>
- Yen, W.-T., Liu, L.-Y., Won, E., & Testriono. (2022). The imperative of state capacity in public health crisis: Asia's early COVID-19 policy responses. *Governance*, 35(3), 777-798. <https://doi.org/10.1111/gove.12695>