



COLABORA.Lat

Hacia un nuevo modelo de
gobernanza post Covid-19

ANÁLISIS DE CASO

EL PROCESO DE VACUNACIÓN EN MAZATENANGO, COBÁN Y AMATITLÁN, GUATEMALA.

Sofía Montenegro e Isabel Reyes

.....

Septiembre 2021



Estudio de caso

Mazatenango, Cobán y Amatitlán

Sofía Montenegro e Isabel Reyes (Diálogos)

Las severas medidas¹ implementadas durante los primeros meses desde la detección del virus SARS-CoV-2 en Guatemala afectaron la popularidad del presidente. Con el tiempo, las secuelas económicas y sociales derivadas de los confinamientos junto con la limitada capacidad del Estado para diseñar y distribuir la ayuda de los programas de asistencia económica minaron la credibilidad del recién electo gobierno (Montenegro, 2021). Como consecuencia de este desgaste, el 25 de julio del 2020, el gobierno deja de asumir las directrices de la pandemia y traslada la toma de decisiones al Sistema de Alertas Sanitarias, también conocido como semáforo de colores. Al terminar el mandato de la Comisión Presidencial de Atención a la Emergencia COVID-19, a finales del 2020, el Ministerio de Salud y Asistencia Social se convierte, casi de forma exclusiva, en la única entidad encargada de las adquisiciones e implementación de la vacuna del COVID-19 (Montenegro, 2021).

Como entidad rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social fue responsable de la elaboración del Plan Nacional de Vacunación Contra la COVID-19, por medio del Comité de Coordinación Nacional para la Vacunación contra COVID-19². Dicho Comité estuvo compuesto, mayoritariamente, por las unidades técnicas del ministerio y viceministerios, con poca participación y representación de otros actores sociales³. Esta decisión tuvo implicaciones en la implementación del Plan Nacional de Vacunación (compuesto de 4 grupos prioritarios con distintas subfases).

¹ Según el rastreador de respuestas de la Universidad de Oxford, Guatemala tenía un índice de severidad de 96 de 100, en el mes de julio de 2020. Para más información los datos se encuentran disponibles en: <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/covid-19-government-response-tracker>

² Órgano de carácter técnico-estratégico, organizado de forma intersectorial.

³ El Comité de Coordinación Nacional para la Vacunación contra COVID-19 estuvo conformado por 12 miembros de distintos viceministerios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, al igual que representantes y asesores técnicos del sector de salud. Asimismo, se invitó a participar a representantes de UNICEF, Organización Panamericana de la Salud, Equipo de Salud USAID Guatemala. Por su parte, FUNDESA fue el único invitado del sector privado que participó como miembro del Comité.



El registro de vacunación, al igual que en otros países, requería de citas programadas a través de la plataforma virtual o la línea telefónica designada. Debido al alto número de personas sin acceso a estos recursos (acceso a internet, teléfono móvil y/o celular), el Ministerio de Salud habilitó centros físicos para el registro de vacunación. Para ello, se contó con la colaboración del sector privado, específicamente con propietarios de los centros comerciales del país. Las empresas de estos comercios abrieron y montaron quioscos para el registro de vacunación, en los distintos puntos de la red de centros comerciales. Esta decisión, sin embargo, favoreció al sector urbano y menos pobre del país; hubo pocos esfuerzos por acercar el registro de vacunación a los sectores más concurridos y populares.

Al inicio del proceso de vacunación (25 de febrero de 2021), el Comité realizó adendas y modificaciones a los grupos priorizados. Algunos de estos cambios tenían un sustento técnico y respondían al deficiente suministro de vacunas⁴. Con la llegada de dos grandes lotes de donaciones por parte de Estados Unidos⁵, equivalentes a 4.5 millones de dosis de vacunas de Moderna, el país entró a nueva etapa en su disponibilidad de vacunas. Frente a este panorama más optimista, el gobierno decide hacer elegibles para la vacunación a estudiantes universitarios y periodistas (Ver Tabla 1). Esta decisión produce un rompimiento con lo establecido y diseñado en el Plan Nacional de Vacunación.

Tabla 1

Apertura del registro y vacunación por grupos, del mes de febrero a septiembre de 2021

Fechas	Grupos habilitados para la vacunación
25 de febrero	Personal de primera línea
4 de mayo	+70 años
18 de mayo	+60 años

⁴ Tal y como se describe en el documento adenda del Plan Nacional de Vacunación. Para más información ingresar al enlace: <https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/2021/07/Adenda-Plan-Nacional-de-Vacunacion-contra-COVID-19-Guatemala.pdf>

⁵ El 09 de julio y 21 de julio de 2021, respectivamente.



24 de mayo	+18 años con enfermedades crónicas
9 de junio	+50 años
14 de julio	+40 años
27 de julio	Estudiantes universitarios y periodistas
7 de agosto	+30 años
20 de agosto	+25 años
8 de septiembre	+18 años
27 de septiembre	+12 años

Fuente: elaboración propia con datos recolectados de comunicados oficiales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

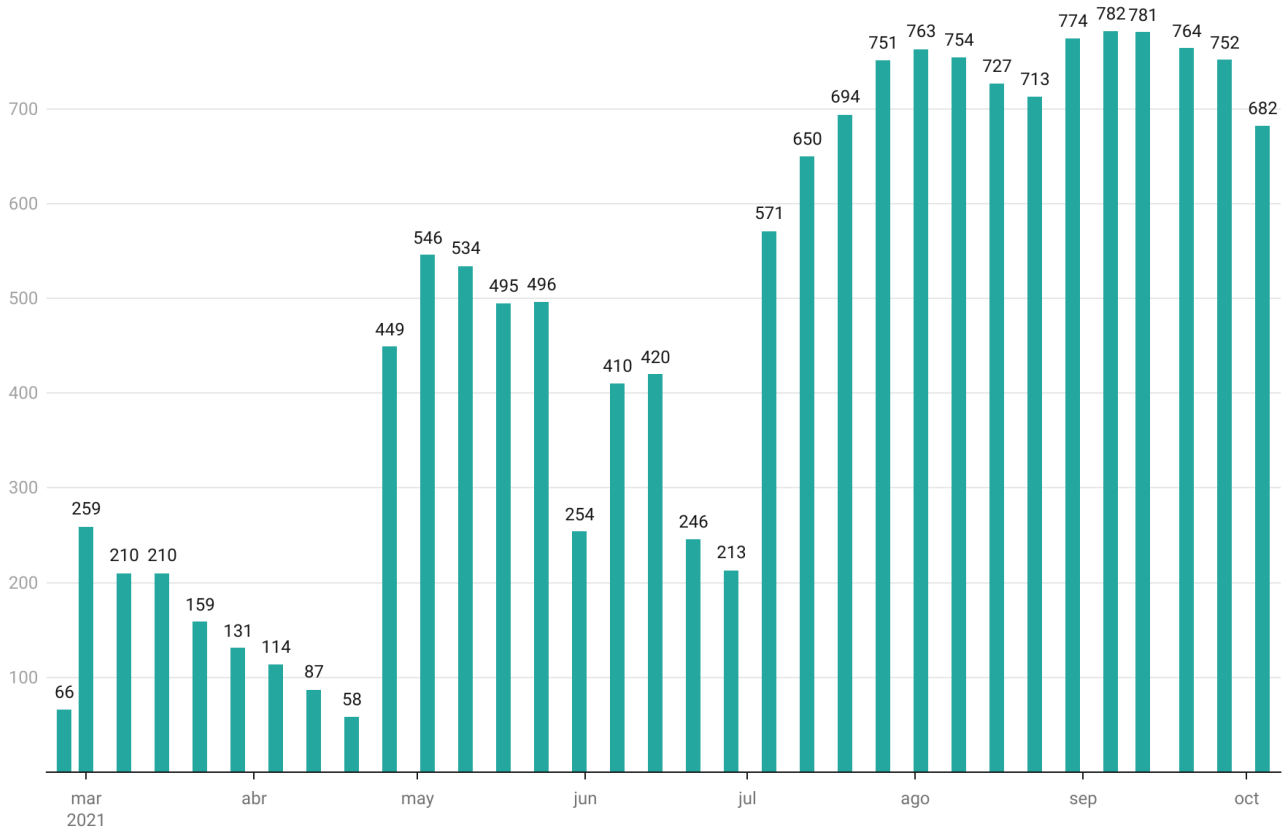
Ya para el mes de septiembre, se tenían abiertos todos los grupos priorizados. Bajo recomendaciones de la OMS, Guatemala ha extendido la implementación de la vacuna a la niñez y adolescencia.

En la designación de puestos y centros de vacunación, el Ministerio de Salud dispuso primordialmente, de la red de servicios de salud pública y la colaboración con terceros. Al igual que en el registro de vacunación, se pactó con actores del sector privado, así como la coordinación de esfuerzos con universidades públicas y privadas. Sobre esto, se habilitaron espacios de vacunación en varios establecimientos educativos y centros comerciales, reforzando el sesgo urbano de la estrategia de la campaña. A pesar de ello, en la medida que avanzó el proceso de vacunación en el tiempo, también aumentó la cantidad de puestos y centros, tal como se muestra en la **Figura 1**.



Figura 1

Cantidad de puestos de vacunación habilitados de marzo a octubre del 2021 por semana



Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)

En términos generales, el acceso a la vacuna contra la COVID-19 ha sido desigual para amplios segmentos de la población. Desde Diálogos se han evidenciado las brechas en la vacunación entre comunidades etnolingüísticas y las áreas urbanas-rurales⁶. Como ya se ha mencionado, el desarrollo de la campaña de vacunación no solo excluyó desde su diseño a representantes de organizaciones indígenas, sino también lo hizo en la fase de implementación. La falta de inclusión de líderes indígenas y autoridades ancestrales se refleja en el hecho de que, a la fecha, el

⁶ Los indicadores del tablero de disparidades se encuentran disponibles en el siguiente enlace: <https://dialogos.org.gt/tematicas/respuesta-covid19>



Ministerio aún no cuenta con una campaña de comunicación en los idiomas maternos de los pueblos indígenas.

Otro aspecto importante que señalar es la corresponsabilidad que tienen los directores de áreas de salud en el proceso de vacunación. Aun cuando el sistema de salud confiere la toma de decisiones a los mandos altos de las autoridades de salud, el funcionamiento de los puestos y centros de vacunación recae en las y los directores de áreas. Estas y estos son responsables de gestionar, desde su jurisdicción, la entrega de vacunas a distintos puestos y centros de vacunación. Hoy por hoy, la tarea de promoción de la vacuna se encuentra en manos del personal de salud en los puestos de vacunación. Sin embargo, esta responsabilidad también ha traído una sobrecarga en las atribuciones esperadas de todo el personal (doctores, enfermeros/enfermeras, asistentes sociales, personal administrativo, etc.).

Desafíos

La vacunación de jóvenes en tres cabeceras municipales: Mazatenango, Cobán y Amatitlán

La pandemia del COVID-19 ha tenido un efecto desproporcionado en el ciclo de vida de las poblaciones juveniles guatemaltecas. Las entrevistas realizadas para el estudio: “Las juventudes desprotegidas ante el COVID-19” (Montenegro, 2021) muestran el fuerte impacto que ha tenido la pandemia en el resguardo de los derechos de las juventudes. Por ejemplo, en ese mismo estudio se señaló un alza, entre los meses de enero y agosto, del 26% de denuncias de violencia intrafamiliar, el cual afectó principalmente a mujeres jóvenes. La fuerte estigmatización hacia las y los jóvenes, indicaba uno de los entrevistados, les hace susceptibles a ser vistos como los responsables de la propagación del virus del COVID-19 (Montenegro, 2021). Los resultados de este primer estudio permiten dimensionar y contextualizar las diferentes problemáticas derivadas o exacerbadas por la pandemia en esta población. Sin embargo, para precisar y esclarecer qué acciones han dado paso a mejores propuestas dirigidas a las juventudes, específicamente aquellas con una mayor exposición de violencia, en áreas urbanas, Diálogos se encuentra estudiando casos municipales en los departamentos de: Guatemala, Suchitepéquez y Alta Verapaz.



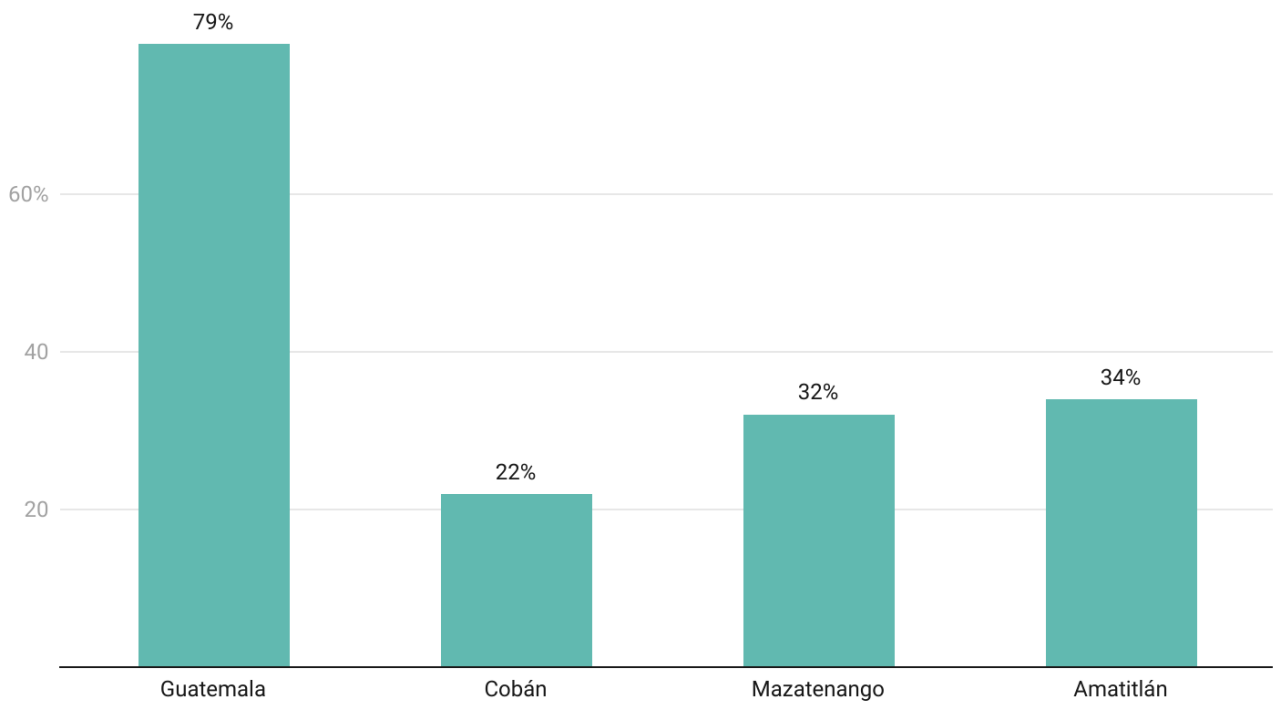
Para el proceso de vacunación, las y los jóvenes en Guatemala, según lo establecía el Plan Nacional de Vacunación se encontraba en la última de las sub-fases de los grupos prioritarios. La población juvenil como se mostró en la **Tabla 1**, comenzó su proceso de inmunización contra la COVID-19 en el mes de agosto y septiembre del 2021; cinco meses desde el inicio del proceso de vacunación. Según las estadísticas del tablero COVID-19 del Ministerio de Salud⁷, al 8 de noviembre del presente año, tan solo el 19% de jóvenes entre los 18 y 29 años han completado su esquema de vacunación; un 2% para el rango de edad entre los 12 y 17 años.

De la mano de estos desafíos, existen además grandes disparidades entre los distintos territorios del país. Una mirada comparativa respecto a los porcentajes de personas vacunadas en los departamentos revela, en primer lugar, la alta desproporción que existe entre el porcentaje de vacunados en el departamento de Guatemala, con un 52% de población vacunada, y departamentos como Alta Verapaz y Quiché, con un 15% y 16%, respectivamente. El análisis territorial también muestra resultados heterogéneos en los casos municipales. En la **Figura 2** se puede observar una marcada diferencia entre el porcentaje de población joven vacunada en el municipio de Guatemala, en relación con los municipios de Amatitlán, Mazatenango y Cobán.

Figura 2

Porcentaje de jóvenes vacunados (12 a 29 años) del total de población joven en cada municipio, al 8 de noviembre de 2021

⁷ Los datos del Tablero del COVID del Ministerio de Salud y Asistencia Social se pueden acceder en: <https://tablerocovid.mspas.gob.gt/>



Fuente: elaboración propia con datos de personas vacunadas del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS) y proyecciones poblacionales municipales del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para el 2021 por grupo etario en cada municipio.

Pese a estas diferencias, la población joven se ha enfrentado a desafíos similares a nivel nacional. En primer lugar, existe una barrera tecnológica que ha afectado principalmente a personas con menores recursos, en situaciones de vulnerabilidad y necesidad de asistencia.

Para una gran parte de la juventud guatemalteca, la brecha digital sigue siendo bastante alta, pues de acuerdo con la información censal más reciente, siete de cada diez jóvenes tienen acceso a un celular. Esta situación se acentúa en poblaciones urbanas, en donde un 80% de jóvenes utilizan un teléfono celular, y tan solo el 54% de ellos tienen acceso a Internet. Pese a que posteriormente se habilitaron centros de registro, muchos se llevaron a cabo en establecimientos como centros comerciales (con apoyo del sector privado) y no en lugares estratégicos, con más afluencia, y de fácil acceso. En consecuencia, la vacunación empezó a generar disparidades, favoreciendo a las personas con mayores recursos.

Por otro lado, según el Plan Nacional Contra la COVID-19 se tiene que realizar:



“Comunicación efectiva y masiva en los principales idiomas en el país para informar a la población guatemalteca las distintas fases de vacunación y grupos priorizados, así como asegurar la confianza y seguridad de la vacunación para la prevención de la morbilidad y mortalidad en la población” (Comité de Coordinación Nacional para la Vacunación contra COVID-19, 2021).

La campaña de comunicación del Ministerio de Salud se ha llevado a cabo principalmente en sus plataformas de redes sociales. Aun no se ha ejecutado el presupuesto asignado para una promoción de la vacuna con pertinencia cultural. El vacío de información perjudica, sobre todo, a las comunidades indígenas más alejadas y con poco acceso a canales de información, como prensa y televisión nacional. Si bien existen casos de actores y líderes que han apoyado en la comunicación de sus comunidades, estos lo han hecho de forma voluntaria y por el bienestar de sus comunidades.

Las limitaciones han estado también relacionadas a la problemática de centralización, falta de estrategias diferenciadas, que favorecen a población ladina, y perjudica a población indígena (maya y xinka). Los retos de las poblaciones rurales para trasladarse a centros de vacunación y limitada accesibilidad a agua potable, por mencionar algunos ejemplos, colocan a esta población también en mayor vulnerabilidad frente al COVID-19. Es también alarmante que esta es la población menos vacunada, con una diferencia de hasta casi tres veces menos en las áreas urbanas. A esto se le debe de agregar que, debido a problemas relacionados con las cadenas de frío y transporte de las vacunas, muchos de los centros con abastecimiento (no solo designados) se concentraron en la capital, y el departamento de Guatemala, dejando sin acceso, por buena parte del tiempo, a la población de la región noroccidental del país (también caracterizado por sus altos índices de pobreza y más afectados durante las tormentas tropicales ETA y IOTA en 2020).

Buenas prácticas

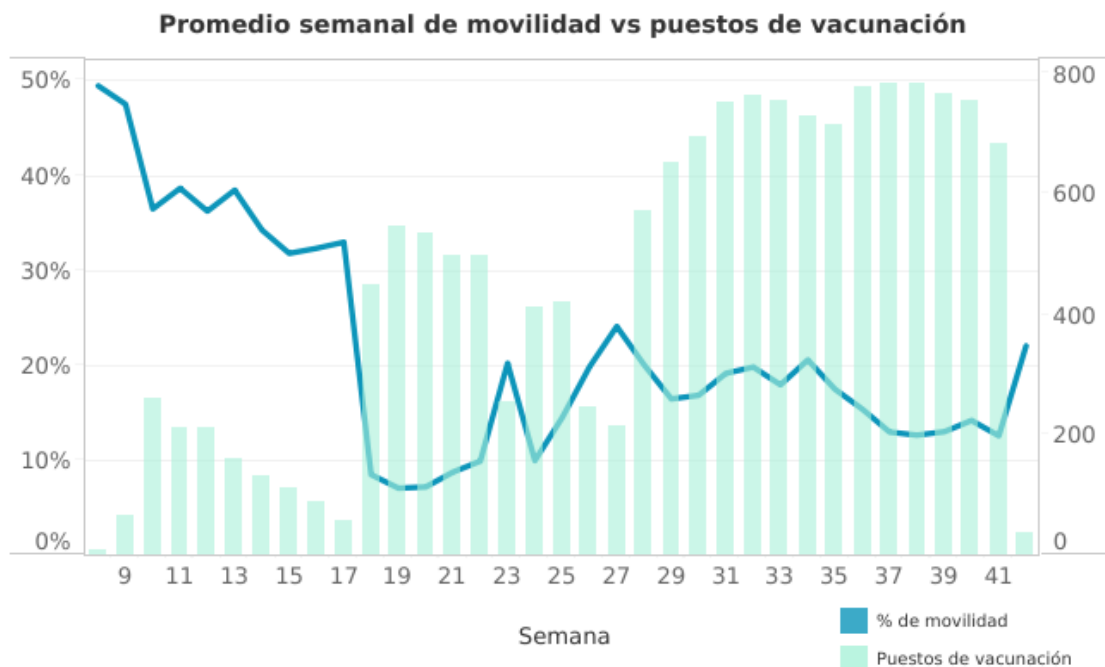
Entre las buenas prácticas, a nivel central se han implementado algunas estrategias para acercar y acelerar el proceso de vacunación en las comunidades, por ejemplo, brigadas de vacunación de casa en casa. Derivado de estas acciones, se han podido llegar hasta las colonias y residencias más lejanas y remotas. Con el aumento de puestos de vacunación, el porcentaje de personas que



deben salir de sus municipios de residencia para obtener la vacuna se redujo; de un 33% de personas vacunadas afuera de sus municipios de residencia en la semana 17 del proceso de vacunación, se pasó a un 9% en la semana 18.

Figura 2

Promedio semanal de movilidad y puestos de vacunación al 4 de octubre de 2021



Fuente: Gráfica obtenida del tablero de disparidades en el proceso de vacunación elaborado por la organización Diálogos.

Esto demuestra que acercar los puestos a los hogares puede tener resultados favorables, por lo que se debe continuar diversificando las estrategias de vacunación, en distintos contextos, desde el enfoque comunitario.

El estudio diseñado por Diálogos y en coordinación con CONGCOPP, en el departamento de Sololá (entre el mes de julio y agosto del 2021), resalta⁸ la importancia de involucrar a actores como la corporación municipal, líderes comunitarios, alcaldías indígenas, líderes religiosos y otras personas de la comunidad, en el diseño de la estrategia de promoción de la vacuna contra la

⁸ Para más información sobre el proceso del monitoreo pueden acceder a la página: <https://dialogos.org.gt/blog/disparidades-de-la-vacunacion-desde-lo-local-el-caso-de-solola-0>



COVID-19. Ese mismo estudio señala el efecto favorable que tuvo la participación de la alcaldía indígena en la vacunación de comunidades del municipio de Santa Lucía Utatlán. De la experiencia en los puestos de vacunación de ese municipio se detecta la posibilidad de romper el ciclo de desinformación.

En algunos casos existe participación de las corporaciones municipales, específicamente apoyo de parte de alcaldes y alcaldesas, que han designado espacios físicos para funcionar como centros y puestos de vacunación (por ejemplo, en gimnasios municipales). Además de esto, dichas autoridades locales han proporcionado recursos como, por ejemplo: internet, refrigeradoras, impresoras, jeringas, etc. para el proceso de vacunación.

Otro de los actores claves que han contribuido a la implementación del Plan de Vacunación son las y los voluntarios que asisten con los procesos relacionados a logística y coordinación de los centros y puestos de vacunación. Su participación ha sido más notoria y evidente en los centros de vacunación masiva, particularmente, en cabeceras municipales o centros universitarios (en donde son estudiantes los que integran el voluntariado).

Además de las acciones realizadas por las autoridades de salud, existen formas de organización comunitarias que han tenido un impacto en la promoción de la vacuna del COVID-19. Uno de estos casos de éxito se dio en la aldea de Tontem, del municipio de Cobán (compuesto de alrededor de 1,300 familias). Según uno de los líderes del Comité de Agua y del Consejo Comunitario de Desarrollo Urbano y Rural, al comienzo de la vacunación las familias estaban renuentes a inmunizarse (Cacao, 2021). Para contrastar esta situación, representantes de Consejo decidieron realizar una campaña en redes sociales, en donde se compartían fotos de su vacunación. Según el entrevistado, el resultado fue tan positivo que, durante la jornada de vacunación, llegaron gente de otras comunidades (Cacao, 2021). Lo sucedido en Tontem, al igual que la experiencia del municipio de Santa Lucía Utatlán, corrobora la importancia de la participación de actores locales en la estrategia de promoción de la vacuna del COVID-19.

En Guatemala, factores como la diversidad étnica y la alta incidencia de pobreza crean la necesidad de una implementación de estrategias que aseguren la inclusión de todas y todos en el proceso de vacunación. Sin embargo, el modelo centralizado de gestión de la pandemia ha reflejado una exclusión directa e indirecta de amplias porciones de la población. Esto se proyecta principalmente en la deficiente red de servicios de salud públicos, así como la propagación de desinformación y desconfianza en torno a la vacuna.



No cabe la menor duda que la colaboración comunitaria ha facilitado cierto grado de éxito en el proceso de vacunación. Esta colaboración ha permitido establecer condiciones que favorecen el acceso a la vacuna, basándose en las características y los desafíos concretos de las realidades locales; entre ellos, la lucha contra la desinformación a través de campañas de promoción y la dotación de recursos necesarios para llevar a cabo la implementación. En el contexto de la pandemia, países como Guatemala requieren de un nuevo modelo de gobernanza, que pueda integrar la gestión local con la central, y brinde apoyo a los consejos comunitarios y autoridades indígenas en su labor de forma integral, justa y eficiente.



Referencias

- Acuerdo Ministerial 135-2021. Por el cual emite la adenda al Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 en la República de Guatemala. 9 de julio del 2021. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)
- CDC. (2020, marzo 28). COVID Data Tracker. <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/de> la Salud, O. P. (2021).
- Decreto 01-2021. Por el cual se decreta la ley para el financiamiento y adquisición de vacunas contra el Coronavirus COVID-19. 23 de enero del 2021. Congreso de la República de Guatemala. Diario Oficial de Centroamérica.
- Marco de valores del SAGE de la OMS para la asignación y priorización de la vacunación contra la COVID-19. 14 de septiembre del 2020 (Núm. OPS/FPL/IM/COVID-19/21-0014). OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53323?show=full>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). (2020). *Plan Nacional De Vacunación Contra La COVID-19* (p.www.mspas.gob.gt/component/jdownloads/category/891-documento-plan-nacional-de-vacunaci%C3%B3n-contra-la-covid-19.html?Itemid=-1). Ciudad de Guatemala, Guatemala: Comité de Coordinación Nacional para la Vacunación contra la COVID-19.
- Montenegro, S. (Setiembre, 04 2021). *Disparidades de la vacunación desde lo local: el caso de Sololá*. Diálogos. <https://dialogos.org.gt/blog/disparidades-de-la-vacunacion-desde-lo-local-el-caso-de-solola-0>
- Montenegro, S. (s/f). El manejo de la pandemia COVID-19 en Guatemala. *Revista catálisis*, 3(5), 25–28. Recuperado el 2 de noviembre de 2021, de <https://www.catalisise.com/v3-n5-pandemia-am%C3%A9rica-latina>
- Montenegro, S. (2021a, abril 22). *Tropiezos en el proceso de vacunación contra la COVID-19 en Guatemala*. Colaboralat. <https://colabora.lat/noticias/tropiezos-en-el-proceso-de-vacunacion-contra-la-covid-19-en-guatemala/>
- Montenegro, S. (2021b, mayo 4). *Policy Paper #4 Las juventudes desprotegidas ante el COVID-19 en Guatemala*. Colaboralat. <https://colabora.lat/papers/policy-paper-4-las-juventudes-desprotegidas-ante-el-covid-19-en-guatemala/>

