



COLABORA.Lat

Hacia un nuevo modelo de
gobernanza post Covid-19

REPORTE

VACUNACIÓN CONTRA COVID-19 EN AMÉRICA LATINA.

GOBERNANZA COLABORATIVA EN CONTEXTOS ASIMÉTRICOS.

Enero 2022

Coordinación y edición

Ignacio Lara, Antonella Perini, Jennifer Cyr y Matías Bianchi

Equipo de trabajo

Jacqueline Beherend, Ximena Simpson, Bernarda Sanabria, Liza Zúñiga, Jorge Figueroa, Inge Helena Valencia Pena, Sofía Montenegro y Marcela Aguilar

Asistencia de investigación

Diego Montenegro y Erick Rueda

Comunicación

Aniela Stojanowski

Equipo de trabajo

Jacqueline Schneider

Diagramación

Cartoncino

Vacunación contra COVID-19 en América Latina: gobernanza colaborativa en contextos asimétricos / Ignacio Lara ... [et al.]. - 1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Asuntos del Sur, 2022.

Libro digital, DOCX - (Colabora.Lat)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-48241-3-4

1. Vacunación. 2. Pandemias. I. Lara, Ignacio

CDD 615.372

Resumen ejecutivo

El covid-19 ya ha costado más de 5 millones de vidas alrededor del mundo y no hay dimensión de nuestra existencia que no se haya visto trastocada por su irrupción. La vacunación se sitúa, en este complejo contexto, plagado de incertidumbres, como una de las principales herramientas que están a disposición para hacerle frente. Es por ello que la capacidad de innovación y el acceso equitativo de vacunas se presentan como condiciones indispensables para proteger al mundo de la actual pandemia.

América Latina es una de las regiones más golpeadas por la pandemia. A pesar de representar poco menos del 9% de la población mundial, hacia finales de 2020, llegó a representar el 20% de los contagios y el 30% de las muertes por covid-19. En este informe hemos demostrado que existen serias inequidades que han marcado las respuestas por parte de distintos organismos y de distintos gobiernos a la crisis de covid-19 —inequidades que, en sí, han puesto en relieve los múltiples desafíos que tienen que ser enfrentados para que la región logre vacunar a su población y, de esa forma, “aplanar la curva”-.

Por ejemplo, la respuesta a nivel mundial y regional ha sido considerablemente asimétrica y poco favorable para los países más pobres y periféricos. Por un lado, los países ricos reservaron la mayoría de las dosis -y lo hicieron antes de que éstas estuvieran listas-. Por el otro, los organismos multilaterales -que dependen de los aportes de los países ricos y por parte de organizaciones filantrópicas para reservar y repartir las dosis a los demás países- quedaron con una estrecha capacidad de maniobra. El resultado de esta asimetría en cuanto al acceso es que, a pesar de haber cantidades suficientes para que el mundo se vacune, la gran parte de las dosis administradas está concentrada en sólo 10 países. Estos son, al 31 de octubre, China, India, Estados Unidos, Brasil, Indonesia, Japón, México, Turquía, Alemania y Rusia.

Los demás países, por su parte, tuvieron que armar, de manera relativamente improvisada, sus respectivos planes de adquisición de vacunas. Una de las estrategias mayormente utilizadas fue el uso de acuerdos bilaterales con las propias empresas farmacéuticas. Estas negociaciones, sin embargo, han sido poco transparentes, en las cuales los precios de las vacunas han sido oscurecidos gracias a cláusulas de confidencialidad. Esto ha llevado a que no se sepan las condiciones bajo las cuáles los países accedieron a distintas vacunas, dificultando el proceso de

rendición de cuentas por parte de otros actores hacia el Estado y dejando a estos países en una situación de notable vulnerabilidad frente a la voluntad de las empresas. El caso de Guatemala, donde el presidente reclamó que los requisitos por parte de Pfizer para llegar a un acuerdo implicarían la renuncia de la soberanía guatemalteca, es llamativo en este sentido.

En el caso de Argentina, se gastaron energía y recursos para negociar cada acuerdo con cada empresa, con el fin de conseguir las vacunas necesarias -en forma incremental- a lo largo de 2020. En un solo caso, el gobierno se reunió ocho veces con Pfizer antes de llegar a un acuerdo, que le permitió acceder a 20 millones de dosis. Los esfuerzos bilaterales (es decir, entre Argentina y cada empresa) hicieron que el país pudiera comprar más de 86 millones de vacunas —un número notable pero no suficiente para suministrar las dos dosis por adulto necesarias en el país-.

Además, igual que en los otros países de la región, Argentina se quedó a la espera de la entrega de ciertas vacunas —entregas que sufrieron importantes retrasos durante la primera mitad de 2021-. En el caso de Guatemala, el país pagó por cierta cantidad de dosis, pero recibió menos de un quinto de lo estipulado. Una gran parte de su stock, así como el de muchos países, llegó a través de donaciones. En suma, los países menos ricos y más periféricos han demostrado los límites que se le generan al carecer del poder político para hacer que los acuerdos se cumplan. Como consecuencia, terminan esperando que el “goteo” de vacunas les llegue.

Por cierto, han habido instancias de solidaridad entre países. Argentina, por ejemplo, intercedió para que Bolivia pudiera conseguir vacunas producidas en Rusia. Estas instancias, sin embargo, han sido ad hoc en naturaleza y, por ende, difícil de sistematizar. Es por ello que se puede afirmar que el proceso de adquisición de vacunas ha sido, por lo general, sumamente diferenciado, poco homogéneo y carente de transparencia. Como resultado, se han producido brechas notables en cuanto al acceso y entrega de las vacunas al interior de América Latina. Mientras países como Chile y Uruguay han logrado suministrar la pauta completa de vacunación a más del 75% de su población, otros países, como Haití y Nicaragua, no llegan a entregar una sola dosis al 25% de la suya.

Este informe ha revelado que los procesos de distribución de las vacunas dentro de los países han sido irregulares también. Esto se debe en gran parte a problemas y asimetrías estructurales que existían desde mucho antes de empezar la pandemia. La desigualdad social, económica, y política, así como la falta de infraestructura adecuada a lo largo del territorio, exacerbaban las diferencias entre grupos y dificultaron la entrega de las vacunas a distintos grupos pobla-

cionales en muchos países.

Por ejemplo, mientras los municipios estudiados en el caso chileno contaban con distintas capacidades de infraestructura para recibir y distribuir las vacunas, en el análisis de los casos colombiano y guatemalteco quedó en evidencia las asimetrías en la entrega de vacunas en lugares urbanos respecto a los rurales, así como entre el centro y la periferia, tendencia que hace mucho más difícil el acceso a grupos minoritarios. En Guatemala, representantes de los grupos indígenas no fueron incluidos en la organización e implementación del plan de vacunación, y como consecuencia, este proceso no fue publicado ni anunciado en los distintos idiomas de los pueblos originarios.

Todas estas asimetrías ayudan a producir desniveles importantes en cuanto al reparto de las vacunas en la región. Muchas poblaciones quedaron a la espera de que el Estado cumpliera. Se resaltaba, por ejemplo, la impotencia que se sentía desde abajo. Vimos, en el caso chileno, que la ciudadanía pide “todos los días” que se entreguen más vacunas, hecho que significa un “gasto de vehículos, gasto de personal” —proceso que ha sido “agotador”-.

Las asimetrías en cuanto al acceso fueron exacerbadas por problemas de logística. La necesidad de tener un documento de identidad nacional, en el caso de Argentina y México, o de tener un trabajo formal o de cotizar seguridad social, como en Colombia, dificultó la entrega de vacunas a personas no documentadas o extranjeras. Por otro lado, el crecimiento de las “fake news” (*noticias falsas*) fue un factor central en el fomento de dudas y miedos hacia las vacunas en Bolivia y Colombia. La desinformación sobre la confiabilidad de las vacunas hizo necesaria la creación de campañas para concientizar a la ciudadanía.

Es considerando todo lo anterior que podemos sostener que el principal aprendizaje que hemos obtenido es que estamos frente a un desafío político, más que científico. A su vez, también ha quedado en evidencia que se trata de un desafío global, por lo que necesariamente el abordaje al mismo debe incluir esta característica. Ningún gobierno, institución, empresa o comunidad por sí sola posee las herramientas y recursos necesarios para enfrentar satisfactoriamente los retos que imponen problemas como el covid-19. Esta incapacidad de acción conjunta se ha dado tanto al interior de los Estados -en donde se ponen en juego los límites a las capacidades locales de coordinación de respuestas entre vacunatorios y sistemas de salud-, así como a nivel internacional, dimensión donde también se entrecruzan las tensiones geopolíticas imperantes y las debilidades del entramado institucional multilateral.

Introducción

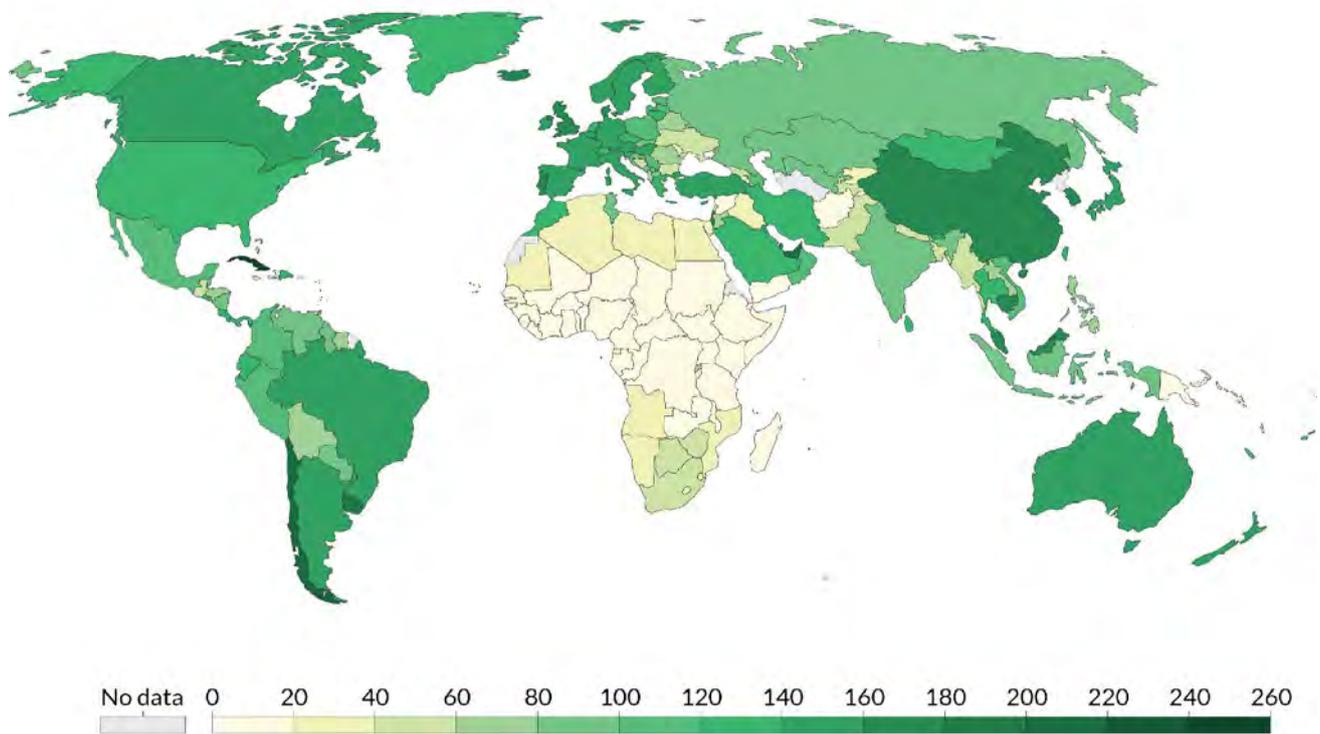
El covid-19 ya ha costado más de 5 millones de vidas alrededor del mundo y no hay dimensión de nuestra existencia que no se haya visto trastocada por su irrupción. La vacunación se sitúa, en este complejo contexto, plagado de incertidumbres, como una de las principales herramientas que están a disposición para hacerle frente. Es por ello que la capacidad de innovación y el acceso equitativo de vacunas se presentan como condiciones indispensables para proteger al mundo de la actual pandemia.

La experiencia que se ha adquirido con el Sars-CoV-2 demuestra que la primera de estas dos condiciones se vio superada ampliamente. Cuando el covid-19 comenzó su progresiva expansión alrededor del mundo, rápidamente se activaron los mecanismos del entramado de organismos e instituciones científicas (desde universidades a laboratorios) para descubrir una vacuna que pudiera dar respuesta satisfactoria y que, principalmente, pudiera traer cierta tranquilidad. Este gran desafío científico se cumplió en tiempo récord, logrando en poco menos de un año desarrollar un proceso que comúnmente toma años y, en algunos casos, décadas. Tanto los gobiernos nacionales, como organismos internacionales y el sector de la filantropía invirtieron consistentemente para que todo este proceso se pudiera desarrollar con celeridad. Al mismo tiempo, se fueron poniendo en pie -con desigual celeridad- los protocolos e infraestructura necesaria para el almacenaje y la distribución, con capacidad de inocular a personas en cada rincón del planeta.

Sin embargo, y como se profundizará a lo largo de este trabajo, no se ha vislumbrado un acceso equitativo a la vacuna contra el covid-19 entre los distintos Estados y regiones del planeta, así como -en muchos casos- tampoco al interior de los mismos. Ante el 53,22% de la población mundial que recibió al menos una dosis de la vacuna contra el covid-19 (Our World In Data) -que, como ya se mencionó, fue descubierta, producida, distribuida y aplicada en tiempo récord-, sería posible pensar que estamos frente a un proceso exitoso. Sin embargo, al analizar en qué porcentajes se descompone esa proporción de la población del planeta, observamos una disparidad exorbitante entre el ritmo de vacunación entre los países con bajos recursos y aquellos con la capacidad para (por su cuenta) acceder a la vacuna y desplegar sus respectivos procesos de vacunación. Esto ha llevado a que solo el 5% de las personas que viven en

países de ingresos bajos haya logrado al menos 1 dosis de la vacuna, frente a la realidad de muchos países industrializados y de renta media y media-alta, que se encuentran afrontando un proceso de dosis de refuerzo, como se observa en el Gráfico 1. No es de extrañar que, en repetidas ocasiones, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) haya catalogado esta situación como una *catástrofe moral*.

Gráfico 1: Cantidad de dosis contra el covid-19 administradas por cada 100 personas (19/11/2021)



Fuente: Our World In Data

Es considerando todo lo anterior que podemos sostener la naturaleza del problema al que nos enfrentamos, para poder identificar más eficazmente los mecanismos para abordarlo. En este sentido, el principal aprendizaje que hemos obtenido es que estamos frente a un desafío político, más que científico. A su vez, también ha quedado en evidencia -aunque esta no se haya visto acompañada de una acción consistente- de que se trata de un desafío global, por lo que necesariamente el abordaje al mismo debe ser de estas características. Ningún gobierno, institución, empresa o comunidad por sí sola posee las herramientas y recursos necesarios para enfrentar satisfactoriamente los retos que imponen problemas como el covid-19. Esta incapacidad de acción conjunta se ha dado tanto al interior de los Estados -en donde se ponen en juego los límites a las capacidades locales de coordinación de respuestas entre vacunatorios

y sistemas de salud-, así como a nivel internacional, dimensión donde también se entrecruzan las tensiones geopolíticas imperantes y las debilidades del entramado institucional multilateral.

Este documento tiene como objetivo analizar el proceso de gobernanza vinculado a las campañas de vacunación contra el covid-19. Específicamente, busca dilucidar y poner en evidencia los procesos de colaboración y coordinación -en sus distintos niveles- del desarrollo de las vacunas, su adquisición y distribución, hasta la inoculación de la misma en las personas. Para ellos, el trabajo se dividirá en dos secciones. En la primera, se realizará un primer análisis sobre el abordaje a nivel global de la pandemia, especialmente en términos de la (in)capacidad de los Estados para generar lógicas y procesos colaborativos, así como también de los infructuosos intentos de los organismos internacionales -en especial, de la OMS- para poder liderar una respuesta eficaz y homogénea a nivel global. Asimismo, se abordará la situación de América Latina y el Caribe ante la pandemia y el modo en que sus Estados han reaccionado a la pandemia, poniendo de manifiesto los desafíos que -como región- afronta para poder avanzar en el proceso de vacunación.

En la segunda sección se analizará el modo en el que seis países de la región —Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Guatemala y México— afrontaron la contratación y distribución de vacunas contra el covid-19. En especial, se hará énfasis en los procesos de gobernanza colaborativa, es decir, en los procesos donde los gobiernos a nivel nacional y local han trabajado en conjunto con distintos actores estatales y no estatales para elaborar respuestas a la pandemia que tomen en cuenta las distintas dimensiones de la crisis, al interior de cada uno de ellos, para verificar la influencia de la colaboración y coordinación en dichos procesos. Para ello, se analizarán distintos casos de estudio para cada uno de los países, en modo de poder identificar buenas prácticas y los desafíos de cada caso, en términos de proceso de gobernanza.

Por último, se intentará identificar en qué medida las instancias de gobernanza colaborativa descritas, vinculadas a los procesos de vacunación, verifican la idea que dicho esquema resulta de utilidad para hacer frente a problemas enmarañados (Levin et al. 2012; Cyr et al. 2021). Esto es, problemas que se caracterizan por ser dinámicos y complejos, así como trascender las demarcaciones gubernamentales, sectoriales, jurisdiccionales, geográficas y conceptuales (Emerson y Nabatchi, 2015). En este sentido, se espera que las instancias de gobernanza colaborativa coadyuven no sólo a fortalecer los estudios vinculados a la actual pandemia, sino también que puedan nutrir una hoja de ruta de modelos de gobernanza colaborativa para otros desafíos globales a los que debemos hacer frente.

Sección 1

Multilateralismo y covid-19: Las posibilidades y oportunidades de América Latina en tiempos de pandemia

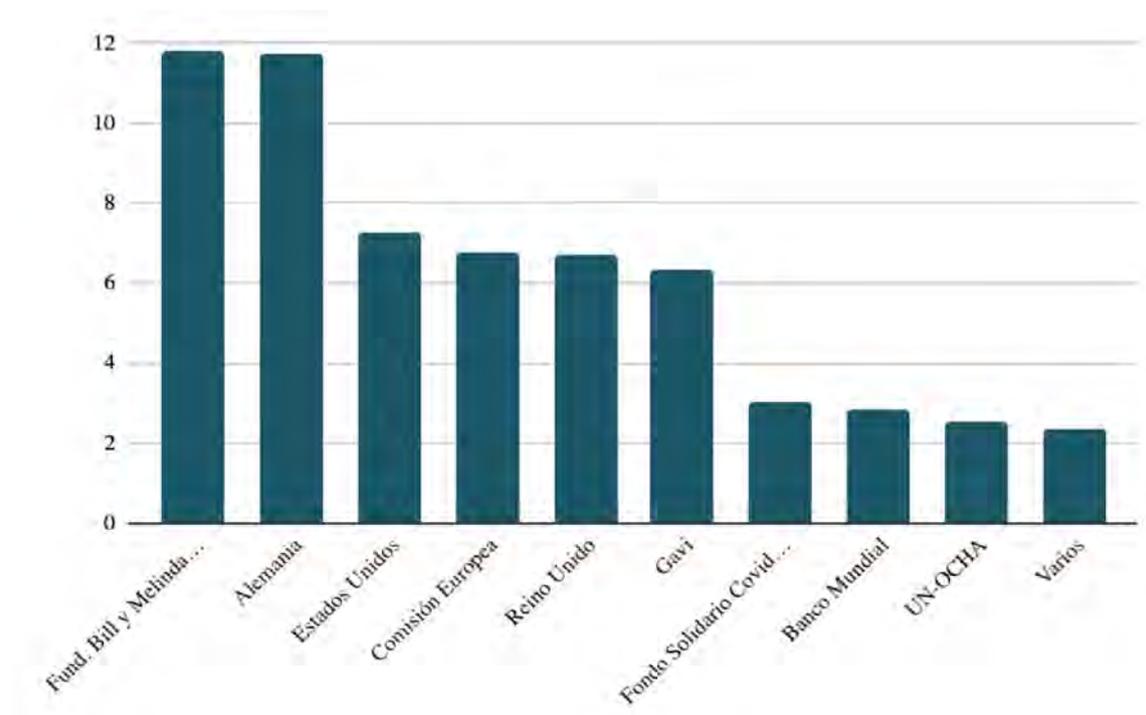
La pandemia del covid-19 ha puesto al descubierto, probablemente como ningún otro problema global, los profundos y acentuados desequilibrios del mundo actual. No obstante la manifiesta intención de intervenir en forma coordinada y colaborativa por parte de las principales agencias y organismos internacionales, prevalecieron las medidas unilaterales y basadas en los intereses de los Estados nacionales.

A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS) pasó a estar bajo un fuerte escrutinio en lo relacionado a la gestión de la pandemia, en particular -durante el primer año de ésta- respecto a las falencias de su Reglamento Sanitario Internacional. Esta es una herramienta para el control de pandemias a nivel mundial, que había sido actualizada en 2005 pero que ya había sido criticada durante la pandemia de la gripe porcina (N1H1) en 2009. De todas maneras, como en todo organismo internacional, las falencias de la OMS pasaron principalmente por el accionar de los Estados nacionales, muchos de los cuales rechazaron compartir información con este organismo y compitieron por el acceso a suministros claves para el tratamiento y prevención del covid-19 (Bump et al., 2021), así como tampoco cooperaron para el acceso y suministro de las vacunas luego.

Otro frente central en relación al funcionamiento de la OMS se centra en el tema de su financiamiento. La falta de apoyo económico por parte de actores claves -como Estados Unidos durante la era Trump-, significó una merma importante en la independencia de esta organización. Por ejemplo, para el bienio 2018-2019, su presupuesto fue de 5.623 millones de dólares, algo menos del presupuesto en salud de Perú en 2017. Con la pandemia ya presente, el presupuesto para 2020-2021 ascendió a 7.969 millones de dólares. El Gráfico 2 muestra los principales 10 actores que contribuyen financieramente a sostener los programas de la OMS, que representan el 61,34% del total. De esta consideración surge que su principal financiador no es un Estado, sino una organización filantrópica: la Fundación Bill y Melinda Gates, que representa el 11,8% del presupuesto total de la organización, seguida por Alemania, el ahora reingresante Estados

Unidos y la Comisión Europea. En el sexto lugar se encuentra Gavi, la Alianza para la Vacunación, en cuyo Consejo de Dirección tiene un asiento permanente la mencionada Fundación Gates. En consecuencia, observamos cómo determinadas organizaciones privadas llegan a tener los recursos suficientes como para incidir -con mayor peso que gran parte de los Estados del sistema internacional- en el rumbo y la agenda de un organismo multilateral.

Gráfico 2: Principales financiadores de la OMS 2020/2021 (en %)



Fuente: Bianchi y Lara (2021).

Pese a las dificultades que afrontaba, y al clima de incertidumbre imperante, uno de los principales esfuerzos de colaboración multilateral que se puso en marcha desde la OMS, en abril de 2020, fue el Acelerador del Acceso a las Herramientas contra el Covid-19 (Acelerador ACT)¹. La meta, como se desprende de su denominación, se centró en acelerar el desarrollo y la producción de pruebas, tratamientos y vacunas y garantizar un acceso equitativo.

De los cuatro pilares que conforman el Acelerador ACT, Covax es el que corresponde a las vacunas, y el que mayor atención ha concitado a nivel mundial. Junto a la OMS, lo lideran dos grupos de defensa de las vacunas: la ya mencionada fundación Gavi y la Coalición para las Innovaciones en la Preparación ante Epidemias (Cepi). A principio de 2021 se estimaba que se

¹ Junto a la OMS, participaron activamente en el diseño del Acelerador la Comisión Europea, Francia y la Fundación Bill y Melinda Gates, que luego pasó a reunir también a gobiernos, distinto tipo de organizaciones y el sector privado.

iban a poder entregar más de 2 mil millones de dosis, el 70% de las cuales debían ir a los 92 países más pobres que participan en el plan bajo el esquema de Compromiso Anticipado de Mercado (CAM), buscando inmunizar alrededor del 20% de su población. El resto de las dosis serían distribuidas según esquemas de autofinanciamiento de los países.

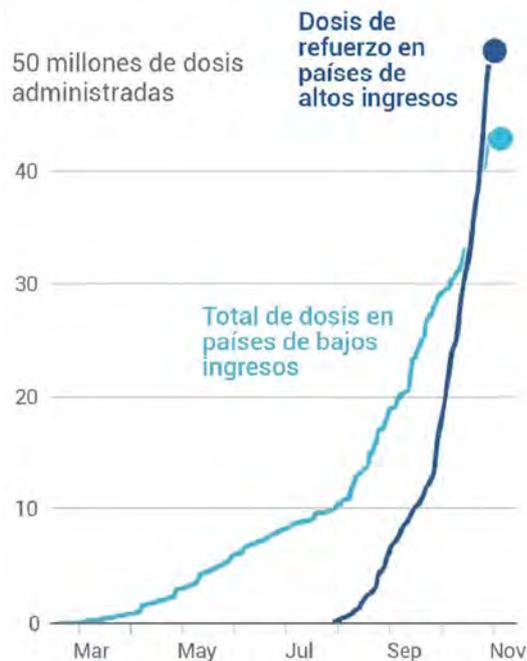
A pesar de lo promisorio de la iniciativa, el objetivo de distribuir equitativamente las vacunas contra el covid-19 quedó lejos de ser alcanzado, dado que prevalecieron los acuerdos bilaterales en los que los países ricos reservaron la mayoría de las dosis. Asimismo, las grandes empresas farmacéuticas priorizaron la distribución a estos países, por lo que Covax empezó a distribuir casi tres meses después de que se empezaron a vacunar los países centrales. Por otra parte, aún logrando los objetivos de vacunación propuestos, los volúmenes siguen siendo muy bajos, considerando que -mediando noviembre de 2021- en los países de ingresos bajos sólo el 4,5% de las personas han recibido al menos 1 dosis.

Esto explica la crítica del Director General de la OMS durante la última cumbre de Ministros de Salud del G20 en Roma (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021), ocasión en la que lamentó que el 75% de las 5 mil millones de dosis administradas en todo el mundo se concentren solamente en 10 países del mundo, mientras regiones como África² llevan vacunando en promedio solo al 2% de su población. Esta situación adquiere un peso aún mayor si consideramos, como se observa en el Gráfico 3, que los países más ricos están avanzando más velozmente en la aplicación de dosis de refuerzo -conocidas como tercera dosis- que los países pobres en la aplicación de dosis totales. Mientras tanto, se estima que la producción de vacunas llegará a los 10 mil millones de dosis hacia finales de 2021 y para mediados del 2022 habría vacunas para inmunizar a todo el planeta (Brown, 2021). Aún así, este desequilibrio entre los niveles de vacunación de la población adulta del planeta se mantendría. De hecho, se proyecta que los Estados más ricos tendrán un excedente de 1.200 millones de dosis de vacunas más de las que necesitan.

² Además de la delicada situación en esta región, algunos países de Medio Oriente y del Sudeste asiático también presentan lentos e insuficientes procesos de vacunación.

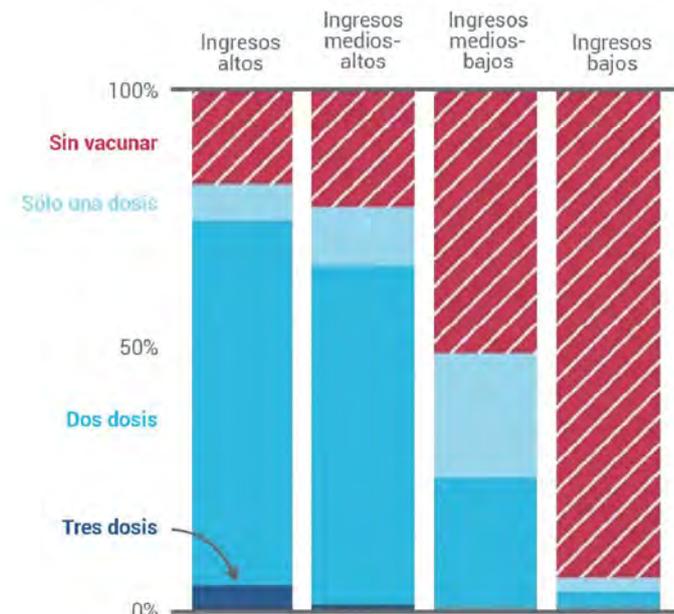
Gráfico 3: Inequidades en la vacunación contra el covid-19

Los países ricos han dado más dosis de refuerzo en tres meses que el total de dosis administradas en todo el año en países pobres...



...exacerbando las fuertes desigualdades en la cobertura de vacunas

Proporción de la población de 12 años o más por estado de vacunación y nivel de ingresos del país



Fuente: Mancini y Burn-Murdoch (2021).

Se reafirman así los temores, expresados a principios de 2021 -cuando comenzaron algunos procesos de vacunación-, de que nueve de cada diez personas de países en desarrollo no iban a poder recibir la vacuna del covid-19 antes de que el año terminara. En ese momento, el llamamiento que se hacía era de liberar las patentes (Williams, 2021) en modo de aumentar la producción de vacunas. Actualmente, se suma el pedido por una mayor cooperación entre los Estados para avanzar en modo compacto en la vacunación, sin especulaciones, con una mirada integral y de largo plazo.

América Latina es una de las regiones más golpeadas por la pandemia. En línea con la desafección por las instancias multilaterales de diálogo y profundizando la fragmentación que se viene dando en los últimos años, no se logró articular alguna posición para enfrentar la pandemia. Pese a esto, y aún considerando la delicada situación interna de varios de sus países, los gobiernos latinoamericanos pueden aún aprovechar la oportunidad para rediseñar una gobernanza regional que logre posicionarla en los debates claves de la agenda internacional.

La gestión de la pandemia a nivel global: el rol de la OMS y COVAX

El mundo en el que vivimos sufrió importantes cambios a causa del covid-19 y la compleja actualidad de diversos procesos globales se vio profundizada. La gobernanza del orden internacional no ha sido la excepción. No obstante, la fuerte intervención de la institucionalidad multilateral -especialmente, de organismos y programas bajo el paraguas de las Naciones Unidas (Buss y Tobar, 2020)-, los resultados no lograron acompañar las expectativas. De hecho, quedó de manifiesto la fragmentación de la gobernanza global en materia sanitaria, en la que se superponen ineficientemente organizaciones internacionales, nacionales, organismos estatales y asociaciones filantrópicas, sin puentes de comunicación entre sus programas (Paul et al., 2020). Así, no sólo no se logra mejorar la situación de los países con mayores necesidades, sino que se obstaculiza el abordaje eficaz de un enfoque global para la salud, dejando un sistema mayormente reactivo y debilitado para la gestión de pandemias.

Como ya se hizo mención, por la naturaleza de la amenaza global en cuestión, la OMS ha sido la institución que acaparó las miradas -y las críticas- en la gestión del covid-19. De todos modos, vale la pena retomar algunas consideraciones acerca del ya mencionado Covax. Entre febrero y mediados de noviembre de 2021, se entregaron 435 millones de dosis en 144 países del mundo a través de dicho mecanismo, y se prevé que los suministros de vacunas se incrementen notablemente en los últimos meses del año. Sin embargo, en perspectiva global, los resultados son desalentadores. El hecho de que solo el 4% de las vacunas mundialmente producidas se hayan canalizado mediante Covax evidencia las dificultades para cumplir con los objetivos que este se había propuesto, o sea llegar al 70% de personas vacunadas en todo el mundo hacia mediados de 2022. Incluso la prestigiosa revista científica *The Lancet* criticó (BBC, 2021), en su momento, los magros resultados de Covax, que por su falta de recursos se vio ampliamente relegado ante los cuantiosos contratos de compra de actores como Estados Unidos, Reino Unido y la Unión Europea con los laboratorios, al tiempo que estos se abstenían de realizar las inversiones que aquel mecanismo necesitaba para desplegar su misión. De hecho, a mitad de año, los presidentes del G7 se habían comprometido a compartir 870 millones de dosis con los países más pobres, pero solo entregaron menos del 12% (Brown, 2021).

Complementario a Covax, encontramos la del Acceso Mancomunado a la Tecnología contra el Covid-19 (C-TAP), lanzado por la OMS junto al gobierno de Costa Rica y co-patrocinado por otros 40 Estados. A través suyo se invita a gobiernos, organizaciones financiadoras, empresas y a la comunidad científica

a compartir (voluntariamente) el conocimiento, la propiedad intelectual y los datos relacionados con la tecnología de la salud vinculada al covid-19. Sin embargo, pese a su potencial, las farmacéuticas con vacunas aprobadas para combatir la pandemia no han adherido a este mecanismo (Lara, 2021).

La falta de apoyo en iniciativas como la C-TAP -así como la negativa de los principales países industrializados a acceder al pedido de exención de determinadas disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio para la prevención, contención y tratamiento del covid-19 que se presentó en el seno de la OMC- va de la mano con los cuantiosos intereses económicos creados. De las 10 farmacéuticas más valoradas en el mundo en 2019, 5 son estadounidenses (Pfizer, Abbot, Merck, Celgene y Abbvie), 2 son suizas (Roche y Novartis), 1 alemana (Bayer), 1 francesa (Sanofi) y 1 inglesa (Gsk) (Consultora Salud). A su vez, en un estudio publicado en *The Lancet*, queda en evidencia que el sector público (representado en los gobiernos nacionales) y el de la filantropía (con la Fundación Bill y Melinda Gates a la cabeza), aportaron -como mínimo- más de 10 mil millones de dólares para la investigación y desarrollo de vacunas contra el covid-19. Más del 83% de este financiamiento se concentró en solo 5 vacunas, que tienen como denominador común la presencia del gobierno de EEUU como financiador en todas ellas (Wouters et al., 2021).

Tabla 1: Financiamiento y financiadores de vacunas contra el covid-19

Desarrolladores	Tecnología	Financiamiento público y de org. filantrópicas, US\$	Financiadores
AnGes con Universidad de Osaka	ADN	Desconocido	Gobierno Japón
Anhui Zhifei con CAMS	Subunidad proteica	Desconocido	Gobierno China
AstraZeneca con Univ. de Oxford	Vector viral no replicativo	1.700 millones	CEPI, Gobierno Reino Unido, Gobierno EEUU
Bharat Biotech	Virus inactivado	Desconocido	Gobierno India
Biological E	Subunidad proteica	9 millones	Fundación Gates, CEPI, Gobierno India
BioNTech con Pfizer	ARN mensajero	445 millones	Gobierno Alemania
CAMS con IMB	Virus inactivado	3 millones	Gobierno china, Fundación Jack Ma
CanSino	Vector viral no replicativo	Desconocido	Nulo
Clover Pharmaceuticals con Dynavax	Subunidad proteica	430 millones	Fundación Gates, CEPI
Covaxx con Univ. de Nebraska	Subunidad proteica	15 millones	Gobierno Taiwán
CureVac	ARN mensajero	348 millones	CEPI, Gobierno Alemania
Gamaleya	Vector viral no replicativo	Desconocido	Gobierno Rusia
Inovio	ADN	107 millones	Fundación Gates, CEPI, Gobierno EEUU
Instituto Vector	Subunidad proteica	Desconocido	Gobierno Rusia
Johnson & Johnson	Vector viral no replicativo	1.500 millones	Gobierno EEUU
Medicago	Partículas similares a virus (VLP)	137 millones	Gobierno Canadá
Moderna	ARN mensajero	957 millones	CEPI, Fundación Dolly Parton, Gobierno EEUU



Desarrolladores	Tecnología	Financiamiento público y de org. filantrópicas, US\$	Financiadores
Novavax	Subunidad proteica	2.100 millones	Fundación Gates, CEPI, Gobierno EEUU
RIBSP	Virus inactivado	Desconocido	Gobierno Kazajistán
Sanofi con GlaxoSmithKline	Subunidad proteica	2.100 millones	Gobierno de EEUU
SII con Instituto Max Plank	Virus vivos atenuados	Desconocido	Desconocido
Sinopharm con el Instituto Beijing	Virus inactivado	Desconocido	Gobierno China
Sinopharm con el Instituto Wuhan	Virus inactivado	142 millones	Gobierno China
Sinovac	Virus inactivado	Desconocido	Desconocido
SK Biosciences	Subunidad proteica	14 millones	Fundación Gates, CEPI
Universidad de Hong Kong	Vector viral replicativo	4 millones	CEPI, Gobierno de Hong Kong

Fuente: Wouter et al. (2021)

Es por todo esto que Tedros Adhanom (OMS, 2021) instó al grupo del G20, en la ya mencionada cumbre de Ministros y Ministras de Salud realizada en Roma, a avanzar en tres pasos principales: alinearse con los objetivos de vacunación mundial del organismo que dirige (dando prioridad al mecanismo Covax), trabajar en el desarrollo de un acuerdo internacional para prepararse y responder a pandemias de este estilo y fortalecer la OMS (tanto en el apoyo de sus iniciativas como mediante los recursos financieros necesarios).

La declaración final de esta Cumbre remarcó la necesidad de fortalecer la cooperación multilateral, mejorar el acceso a las vacunas (así como a las terapias y los diagnósticos) y alinear estos esfuerzos con los objetivos de iniciativas como Covax, aunque se mantiene el escepticismo sobre materializar las buenas intenciones en acciones concretas. En esta misma sintonía se manifestó el presidente de la 76ª Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, que tuvo lugar en septiembre del 2021, quien dio inicio a las sesiones hablando de los cinco rayos de la esperanza, colocando la equidad de la vacunación mundial en la cima de dicha agenda (UN News, 2021). Para ello, convocó a una cumbre de alto nivel para avanzar sobre los obstáculos concretos en torno al suministro, almacenamiento y distribución de vacunas.

América Latina frente al covid-19

La pandemia golpeó a América Latina de un modo desproporcionado. Pese a representar un poco menos del 9% de la población mundial, hacia fines de 2020 esta llegó a representar el 20% de los contagios y el 30% de las muertes por covid-19 de todo el mundo. Junto a las complejas situaciones económicas y sociales de estos países (previo y durante la misma), entre los 12 primeros países con mayor cantidad de muertos por covid-19 hay 5 latinoamericanos: Brasil

(611.222), México (291.089), Perú (200.605), Colombia (127.766) y Argentina (116.232)³. Así y todo, no se visualizó ninguna iniciativa por parte de la institucionalidad regional latinoamericana para liderar la gobernanza en temas sanitarios. Lo que prevaleció en la región, como en gran parte del mundo, fueron las respuestas unilaterales y de renovado nacionalismo, cuando no directamente de negación de la gravedad de la amenaza (Riggirozzi, 2020).

Pese a las restricciones financieras que padece la Organización Panamericana de la Salud (en adelante, OPS)⁴, esta ha venido jugando un rol proactivo considerable, a diferencia de los esquemas multilaterales y los procesos de integración latinoamericanos. Por ejemplo, mediante el Fondo Rotatorio, la OPS vehiculiza la asignación y entrega de dosis a través de Covax, como se muestra en la Tabla 2. Este Fondo recibe los pagos anticipados de los países, negocia con los fabricantes y realiza los pedidos en su representación, lo cual es una asistencia importante para los países que no cuentan con los medios suficientes para realizarlo por su cuenta. Para mediados de noviembre, se habían entregado más de 69,3 millones de dosis de vacunas contra el covid-19, que representa poco menos del 10,5% de todas las dosis aplicadas en América Latina y el Caribe.

Tabla 2: Asignación de vacunas contra el covid-19 mediante Covax en América Latina y el Caribe

País	Total	Cant. de dosis	Fecha	Proveedor	Comprador
Antigua y Barbuda	24.000	60.000	08/04/2021	AstraZeneca AB	OPS
	16.800		09/06/2021	AstraZeneca AB	OPS
	19.200		17/11/2021	AstraZeneca AB	Donación España
Argentina	218.400	4.296.400	28/03/2021	AstraZeneca AB	País
	864.000		18/04/2021	AstraZeneca AB	País
	204.000		23/05/2021	AstraZeneca AB	País
	657.600		26/05/2021	AstraZeneca AB	País
	842.400		23/09/2021	AstraZeneca AB	Donación España
	549.600		27/09/2021	AstraZeneca AB	Donación Canadá
	960.400		10/12/2021	AstraZeneca AB	Donación España
Bahamas	33.600	158.130	30/03/2021	AstraZeneca AB	OPS
	33.600		11/05/2021	AstraZeneca AB	OPS
	33.600		08/03/2021	AstraZeneca AB	OPS
	57.330		18/10/2021	Pfizer Overseas Llc.	OPS

³ Se trata de datos del Dashboard de la OMS (<https://covid19.who.int/>) correspondientes al 15/11/21.

⁴ Como en el caso de la OMS, la falta de contribuciones de los Estados miembros de la OPS restringe su capacidad de acción. En los últimos años, las decisiones de los Estados Unidos en la época de Trump, el Brasil de Bolsonaro y la Argentina de Macri de no honrar con sus compromisos de financiamiento han dejado las cuentas de la OPS en una situación delicada (Buss y Tobar, 2020).



País	Total	Cant. de dosis	Fecha	Proveedor	Comprador
Barbados	33.600	100.800	06/04/2021	AstraZeneca AB	OPS
	33.600		11/05/2021	AstraZeneca AB	OPS
	33.600		24/08/2021	AstraZeneca AB	OPS
Belice	33.600	159.300	31/03/2021	AstraZeneca AB	OPS
	33.600		12/05/2021	AstraZeneca AB	OPS
	33.600		03/08/2021	AstraZeneca AB	OPS
	58.500		10/27/2021	Pfizer Overseas Llc.	OPS
Bermuda	9.600	9.600	06/04/2021	AstraZeneca AB	OPS
Bolivia	228.000	3.452.270	21/03/2021	Serum Life Sciences Ld.	OPS
	92.430		28/04/2021	Pfizer Overseas Llc.	OPS
	100.620		27/05/2021	Pfizer Overseas Llc.	OPS
	1.008.000		11/07/2021	Janssen	Donación EEUU
	153.600		13/08/2021	AstraZeneca AB	Donación Suecia
	583.100		18/09/2021	AstraZeneca AB	Donación España
	78.600		18/09/2021	AstraZeneca AB	Donación Francia
	19.200		19/09/2021	AstraZeneca AB	Donación Francia
	188.370		26/09/2021	Pfizer Overseas Llc.	Donación EEUU
	1.000.350		10/23/2021	Pfizer Overseas Llc.	Donación EEUU
Brasil	1.022.400	13.881.600	21/03/2021	AstraZeneca AB	OPS
	220.800		01/05/2021	AstraZeneca AB	OPS
	1.735.200		02/05/2021	AstraZeneca AB	OPS
	2.025.600		02/05/2021	AstraZeneca AB	OPS
	69.600		06/05/2021	AstraZeneca AB	OPS
	842.400		20/06/2021	Pfizer Overseas Llc.	País
	1.036.800		15/07/2021	AstraZeneca AB	OPS
	1.036.800		21/07/2021	AstraZeneca AB	OPS
	1.533.600		29/07/2021	AstraZeneca AB	OPS
	441.600		30/07/2021	AstraZeneca AB	OPS
1.958.400	20/09/2021	Sinovac Life Science	OPS		
1.958.400	27/09/2021	Sinovac Life Science	OPS		
Chile	158.400	818.400	23/04/2021	AstraZeneca AB	País
	331.200		20/05/2021	AstraZeneca AB	País
	328.800		02/09/2021	AstraZeneca AB	País
Colombia	117.000	10.852.980	01/03/2021	Pfizer Overseas Llc.	País
	244.800		20/03/2021	AstraZeneca AB	OPS
	912.000		25/04/2021	AstraZeneca AB	OPS
	546.390		17/05/2021	Pfizer Overseas Llc.	País
	546.390		24/05/2021	Pfizer Overseas Llc.	País
	909.600		03/06/2021	AstraZeneca AB	OPS
	957.600		11/09/2021	AstraZeneca AB	Donación España
	2.097.600		13/09/2021	Sinovac Life Science	OPS
	2.260.800		18/10/2021	Sinovac Life Science	OPS



País	Total	Cant. de dosis	Fecha	Proveedor	Comprador
	2.260.800		25/10/2021	Sinovac Life Science	OPS
Costa Rica	43.200	648.150	07/04/2021	AstraZeneca AB	OPS
	88.800		13/05/2021	AstraZeneca AB	OPS
	40.950		25/06/2021	Pfizer Overseas Llc.	País
	319.200		03/09/2021	AstraZeneca AB	Donación Canadá
	69.600		05/09/2021	AstraZeneca AB	Donación España
	86.400		05/09/2021	AstraZeneca AB	OPS
	28.800		28.800	06/04/2021	AstraZeneca AB
Ecuador	84.000	1.862.040	17/03/2021	AstraZeneca AB	OPS
	336.000		24/04/2021	AstraZeneca AB	OPS
	336.000		11/06/2021	AstraZeneca AB	OPS
	379.080		14/07/2021	Pfizer Overseas Llc.	País
	101.760		16/08/2021	AstraZeneca AB	Donación España
	625.200		17/11/2021	Sinovac Life Science	OPS
El Salvador	33.600	3.606.050	11/03/2021	AstraZeneca AB	OPS
	51.480		22/03/2021	Pfizer Overseas Llc.	OPS
	96.000		18/04/2021	AstraZeneca AB	OPS
	140.400		12/05/2021	Pfizer Overseas Llc.	OPS
	96.000		25/05/2021	AstraZeneca AB	OPS
	1.500.100		05/07/2021	Moderna	Donación EEUU
	1.500.100		22/07/2021	Moderna	Donación EEUU
188.370	27/08/2021	Pfizer Overseas Llc.	Donación EEUU		
Granada	24.000	45.600	09/04/2021	AstraZeneca AB	OPS
	21.600		26/05/2021	AstraZeneca AB	OPS
Guatemala	81.600	2.281.420	11/3/2021	AstraZeneca AB	OPS
	321.600		29/04/2021	AstraZeneca AB	OPS
	321.600		03/06/2021	AstraZeneca AB	OPS
	363.870		04/08/2021	Pfizer Overseas Llc	OPS
	201.600		05/08/2021	AstraZeneca AB	Donación España
	169.650		02/09/2021	Pfizer Overseas Llc	OPS
	363.100		05/09/2021	AstraZeneca AB	Donación Canadá
	307.200		16/09/2021	AstraZeneca AB	Donación España
	151.200		16/10/2021	AstraZeneca AB	Donación España
Guyana	24.000	220.120	29/03/2021	AstraZeneca AB	OPS
	38.400		10/05/2021	AstraZeneca AB	OPS
	38.400		14/08/2021	AstraZeneca AB	OPS
	19.200		14/08/2021	AstraZeneca AB	Donación Francia
	100.120		08/10/2021	Pfizer Overseas Llc	Donación EEUU
Haití	500.000	600.100	17/07/2021	Moderna	Donación EEUU
	100.100		03/11/2021	Moderna Suiza	Donación EEUU
Honduras	48.000	4.444.620	13/03/2021	AstraZeneca AB	OPS
	189.600		04/05/2021	AstraZeneca AB	OPS



País	Total	Cant. de dosis	Fecha	Proveedor	Comprador
	212.940		17/06/2021	Pfizer Overseas Llc.	OPS
	1.500.000		27/06/2021	Moderna	Donación EEUU
	187.200		10/07/2021	AstraZeneca AB	OPS
	1.500.100		22/07/2021	Moderna	Donación EEUU
	188.370		25/08/2021	Pfizer Overseas Llc.	Donación EEUU
	180.000		18/09/2021	AstraZeneca AB	Donación España
	188.370		07/10/2021	Pfizer Overseas Llc.	Donación EEUU
	250.040		28/10/2021	Moderna Suiza	Donación EEUU
Jamaica	14.400	904.620	15/03/2021	AstraZeneca AB	OPS
	55.200		26/04/2021	AstraZeneca AB	OPS
	55.200		30/05/2021	AstraZeneca AB	OPS
	100.800		14/09/2021	AstraZeneca AB	Donación Canadá
	100.800		16/09/2021	AstraZeneca AB	Donación España
	108.000		12/10/2021	AstraZeneca AB	Donación Alemania
	100.620		29/10/2021	Pfizer Overseas Llc	OPS
	369.600		01/11/2021	AstraZeneca AB	Donación Canadá
México	1.075.200	5.630.340	22/04/2021	AstraZeneca AB	País
	2.229.600		27/05/2021	AstraZeneca AB	País
	1.031.940		19/07/2021	Pfizer Overseas Llc.	País
	1.293.600		08/09/2021	AstraZeneca AB	País
Nicaragua	135.000	2.699.590	16/03/2021	Serum Life Sciences Ld.	OPS
	36.480		30/07/2021	AstraZeneca AB	Donación Suecia/Nor.
	97.920		06/08/2021	AstraZeneca AB	Donación España
	333.700		03/09/2021	AstraZeneca AB	Donación España
	199.200		11/09/2021	AstraZeneca AB	Donación España
	499.200		26/09/2021	AstraZeneca AB	Donación España
	138.000		30/09/2021	Beijing Inst. of Bio. Prod.	OPS
	625.920		25/10/2021	AstraZeneca AB	Donación España
	305.370		28/10/2021	Pfizer Overseas Llc	Donación EEUU
	2.400		04/11/2021	AstraZeneca AB	Donación España
	326.400		09/11/2021	AstraZeneca AB	Donación Canadá
Panamá	36.000	285.420	16/04/2021	AstraZeneca AB	OPS
	74.400		11/05/2021	AstraZeneca AB	OPS
	100.620		21/07/2021	Pfizer Overseas Llc.	País
	74.400		15/09/2021	AstraZeneca AB	OPS
Paraguay	36.000	1.221.540	19/03/2021	AstraZeneca AB	OPS
	134.400		25/04/2021	AstraZeneca AB	OPS
	134.400		03/06/2021	AstraZeneca AB	OPS
	253.440		05/08/2021	AstraZeneca AB	Donación España
	306.900		12/09/2021	AstraZeneca AB	Donación España
	316.800		24/09/2021	AstraZeneca AB	Donación España
	39.600		30/09/2021	Beijing Inst. of Bio. Prod.	OPS



País	Total	Cant. de dosis	Fecha	Proveedor	Comprador
Perú	117.000	4.126.890	10/03/2021	Pfizer Overseas Llc.	País
	276.000		18/04/2021	AstraZeneca AB	OPS
	511.200		29/05/2021	AstraZeneca AB	OPS
	710.190		03/06/2021	Pfizer Overseas Llc.	País
	101.760		04/08/2021	AstraZeneca AB	OPS
	362.400		08/09/2021	AstraZeneca AB	OPS
	146.400		14/09/2021	AstraZeneca AB	OPS
	329.940		30/09/2021	Pfizer Overseas Llc.	País
	79.200		22/10/2021	AstraZeneca AB	Donación España
	236.400		31/10/2021	Beijing Inst. of Bio. Prod.	OPS
	1.256.400		10/11/2021	Beijing Inst. of Bio. Prod.	OPS
República Dominicana	91.200	463.200	06/04/2021	AstraZeneca AB	OPS
	187.200		14/05/2021	AstraZeneca AB	OPS
	184.800		27/08/2021	AstraZeneca AB	OPS
San Cristobal y Nieves	21.600	21.600	07/04/2021	AstraZeneca AB	OPS
Santa Lucia	24.000	74.400	07/04/2021	AstraZeneca AB	OPS
	26.400		12/05/2021	AstraZeneca AB	OPS
	24.000		01/09/2021	AstraZeneca AB	OPS
San Vicente y las Granadinas	24.000	45.600	07/04/2021	AstraZeneca AB	OPS
21.600	25/05/2021		AstraZeneca AB	OPS	
24.000	26/03/2021		AstraZeneca AB	OPS	
Suriname	28.800	79.200	10/05/2021	AstraZeneca AB	OPS
	26.400		11/08/2021	AstraZeneca AB	OPS
	33.600		30/03/2021	AstraZeneca AB	OPS
Trinidad y Tobago	33.600	100.800	05/14/2021	AstraZeneca AB	OPS
	33.600		09/08/2021	AstraZeneca AB	OPS
	48.000		04/04/2021	AstraZeneca AB	OPS
Uruguay	50.400	148.800	14/05/2021	AstraZeneca AB	OPS
	50.400		01/09/2021	AstraZeneca AB	OPS
	693.600		06/09/2021	Sinovac Life Science	OPS
Venezuela	2.594.400	5.875.200	09/10/2021	Beijing Inst. of Bio. Prod.	OPS
	2.587.200		13/11/2021	Beijing Inst. of Bio. Prod.	OPS

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la OPS (16/11/2021)

Como se observa en la Tabla 2, la distribución de vacunas mediante el mecanismo Covax comenzó, en modo incipiente, varios meses después de que iniciaran las campañas de vacunación en aquellos países que tuvieron la capacidad (y recursos) de negociar y comprar por su cuenta las dosis necesarias. Asimismo, en cuanto a las dosis que se distribuyeron mediante donaciones de otros países, es de resaltar que el grueso de las mismas comenzó a fluir hacia la región -al menos mediante Covax- una vez que en los países de origen los niveles de vacunación se

encontraban altos. Estados Unidos, con más de 10 millones de dosis, y España, con más de 7,2 millones, aparecen -hasta mediados de noviembre- como los dos principales donantes.

Retomando la mencionada ausencia de una acción latinoamericana, coordinada y sistemática para hacer frente a la pandemia, vale la pena considerar también, aquellas instancias de colaboración y acción conjunta, ad hoc, entre diversos países de la región. Por ejemplo, a principios de 2021 Chile se comprometió a donar 40 toneladas de oxígeno por semana ante la grave situación que Perú atravesaba por ese entonces, los buenos oficios del gobierno argentino para intermediar entre Rusia -de donde provenía una de las primeras vacunas descubiertas- y varios gobiernos de la región, y el acuerdo conjunto, entre México y Argentina, para producir y envasar en colaboración la vacuna de AstraZeneca. También debe considerarse la donación -de unas 150.000 dosis- que México le realizó a Bolivia, en el marco de acuerdos realizados en la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (Celac). A esto se suma la selección de la OMS y la OPS de los centros en Brasil y Argentina para el desarrollo de vacunas con ARN mensajero (Blanco, 2021b), lo cual podría constituirse en un primer paso para la colaboración regional en este ámbito, así como para la colaboración Sur-Sur.

Considerando lo anterior, no sorprenden las distintas velocidades con las que se avanza en el proceso de vacunación en América Latina y el Caribe. Según informa la OPS, aquí se han administrado -hacia mediados de noviembre- 614.494.980 dosis de vacunas contra el Covid-19, pero su distribución presenta marcadas diferencias. Complementando los datos de Covax con aquellos de la Tabla 3 -que refiere a las compras directas realizadas (y las donaciones por fuera de aquel mecanismo recibidas) por parte de los países latinoamericanos-, se mantienen algunos de los puntos críticos de la pandemia que han sido largamente debatidos. Por ejemplo, el alto nivel de secretismo y opacidad respecto a los datos de las contrataciones, sea en cuanto a las cantidades adquiridas, los montos pagados y las condicionalidades de las empresas farmacéuticas, así como las fuertes diferencias en las cantidades adquiridas -en los casos en los que se puede acceder públicamente a los datos.



Tabla 3: Contrataciones y compras directas de vacunas contra el Covid-19

Pais	Proveedor y fecha del acuerdo	Cantidad de dosis contratadas
Antigua y Barbuda	Pfizer-BioNTech - Sin especificar	Sin datos
	AstraZeneca - Sin especificar	Sin datos
	Instituto Gamaleya - Sin especificar	Sin datos
	Sinopharm - Sin especificar	Sin datos
Argentina	AstraZeneca - 2/11/2020	22.400.000
	Pfizer-BioNTech - 24/8/2021	22.000.000
	CanSino - 26/5/2021	5.400.000
	Moderna - 11/7/2021	20.000.000
	Instituto Gamaleya - 9/12/2020	20.000.000
	Sinopharm - 9/2/2021	30.000.000
	Serum Institute - Sin especificar	Sin datos
Bahamas	Pfizer-BioNTech - Sin especificar	Sin datos
	AstraZeneca - Sin especificar	Sin datos
	Johnson & Johnson - Sin especificar	Sin datos
	Moderna - Sin especificar	Sin datos
Barbados	Pfizer-BioNTech - Sin especificar	Sin datos
	AstraZeneca - Sin especificar	Sin datos
	Sinopharm - Sin especificar	Sin datos
Belize	Pfizer-BioNTech - Sin especificar	Sin datos
	AstraZeneca - Sin especificar	Sin datos
	Johnson & Johnson - Sin especificar	Sin datos
	Sinopharm - Sin especificar	Sin datos
Bolivia	Pfizer-BioNTech - Sin especificar	Sin datos
	Instituto Gamaleya - 30/12/2020	5.200.000
	Johnson & Johnson - Sin especificar	Johnson & Johnson (1.000.000) y licencia de producción (15.000.000)
	Sinopharm - Sin especificar	Sin datos
Brasil	Pfizer-BioNTech - Sin especificar	Sin datos
	Sinovac - Sin especificar	Sin datos
	Johnson & Johnson - Sin especificar	Sin datos
	AstraZeneca - Sin especificar	Sin datos
	Instituto Gamaleya - Sin especificar	100.000.000
Chile	Pfizer-BioNTech - 30/9/2021	10.000.000
	CanSino - Sin especificar	5.400.000
	Sinovac - 20/12/2020	10.098.000
	Johnson & Johnson - Sin especificar	Sin datos
	AstraZeneca - 19/11/2020	4.000.000
	Instituto Gamaleya - Sin especificar	Sin datos
Colombia	Pfizer-BioNTech - Sin especificar	15.000.570
	Sinovac - Sin especificar	12.000.000
	Johnson & Johnson - Sin especificar	9.000.000
	Moderna - Sin especificar	10.000.000



País	Proveedor y fecha del acuerdo	Cantidad de dosis contratadas
Costa Rica	Pfizer-BioNTech - Sin especificar	6.000.075
	Johnson & Johnson - Sin especificar	Sin datos
	AstraZeneca - Sin especificar	1.092.000
Dominica	Pfizer-BioNTech - Sin especificar	Sin datos
	AstraZeneca - Sin especificar	Sin datos
	Sinopharm - Sin especificar	Sin datos
Ecuador	CanSino - Sin especificar	6.000.000
	Astrazeneca - Sin especificar	5.400.000
	Pfizer-BioNTech - Sin especificar	6.000.000
	Sinovac - 25/02/2021	2.000.000
El Salvador	Pfizer-BioNTech - Sin especificar	4.400.000
	Sinovac - Sin especificar	Sin datos
	Moderna - Sin especificar	Sin datos
	AstraZeneca - Sin especificar	2.000.000
	Sinopharm - Sin especificar	Sin datos
Granada	Pfizer-BioNTech - Sin especificar	Sin datos
	AstraZeneca - Sin especificar	Sin datos
Guatemala	AstraZeneca - 11/2021	4.000.000
	Instituto Gamaleya - 30/3/2021 (modificado en julio 2021)	8.000.000
Guyana	Pfizer-BioNTech - Sin especificar	Sin datos
	Johnson & Johnson - Sin especificar	Sin datos
	Moderna - Sin especificar	Sin datos
	AstraZeneca - Sin especificar	Sin datos
	Instituto Gamaleya - Sin especificar	Sin datos
Haití	No registra contratos	No registra compras directas (solo dosis recibidas mediante COVAX)
	Honduras	Instituto Gamaleya
Jamaica	Astrazeneca	365.000
México	Astrazeneca - 13/08/2020	77.400.000
	Instituto Gamaleya - 09/09/2020	24.000.000
	Pfizer-BioNTech - 2/12/2020	34.400.000
	Sinovac - 13/02/2021	20.000.000
	Cansino - 9/12/2020	35.000.000
Nicaragua	AstraZeneca (donación India)	200.000
	Instituto Gamaleya - Sin especificar	1.900.000
Panamá	Pfizer-BioNTech - 25/11/2020	5.811.250
	AstraZeneca - Sin Especificar	565.122
Paraguay	Instituto Gamaleya - 04/02/2021	657.000
	Pfizer-BioNTech - 25/05/2021	388.410
	AstraZeneca - 23/08/2021	140.000
	Sinopharm - 27/04/2021	250.000
	Sinopharm (donación Emiratos Árabes Unidos)	3.000

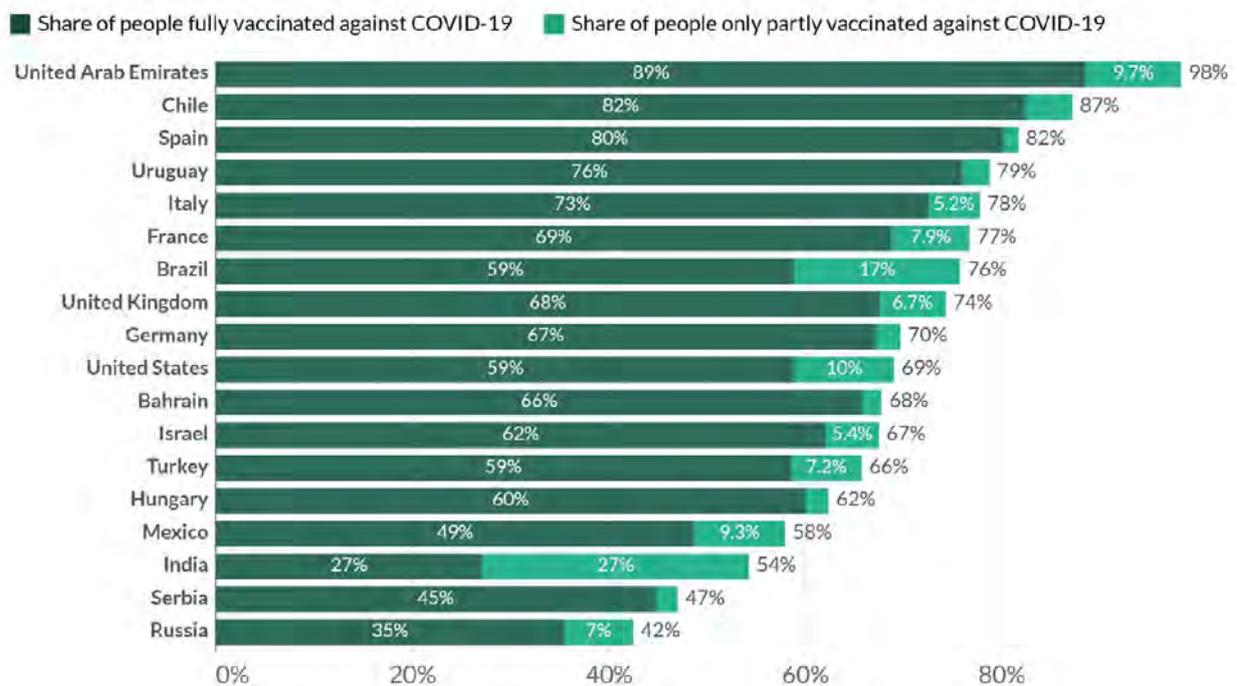


País	Proveedor y fecha del acuerdo	Cantidad de dosis contratadas
Paraguay	Sinovac (donación Chile y Colombia)	40.000
	Bharat Biotech (donación India)	200.000
	Moderna (donación Catar y Estados Unidos)	400.000
	Pfizer-BioNTech (donación Estados Unidos)	2.000.000
Perú	AstraZeneca (donaciones Canadá y Ecuador)	371.000
	AstraZeneca - 07/01/2021	1.409.100
	Sinopharm - 06/01/2021	16.000.000
	Pfizer-BioNTech - 05/02/2021	15.736.270
	Pfizer-BioNTech (donación EEUU)	2.001.000
República Dominicana	Sinovac - Sin especificar	13.800.000
	Pfizer-BioNTech - 29/01/2021	1.104.220
	AstraZeneca (donación India) - 30/10/2020	947.000
San Cristobal y Nieves	AstraZeneca (donación India)	20.000
	Pfizer-BioNTech (donación EEUU)	1.600
Santa Lucía	AstraZeneca (donación India)	25.000
	Pfizer-BioNTech (donación EEUU)	52.650
San Vicente y las Granadinas	AstraZeneca (donación India)	40.000
	Pfizer-BioNTech (donación EEUU)	35.100
Suriname	AstraZeneca (donación Países Bajos)	160.000
	Pfizer-BioNTech (donación EEUU)	140.000
	Sinopharm (donación China)	100.000
	Johnson & Johnson - Sin especificar	3.000
Trinidad y Tobago	Pfizer-BioNTech (donación EEUU)	305.370
	Sinopharm - 16/03/2021	1.000.000
	Sinopharm (donación China)	100.000
	AstraZeneca (donación India)	40.000
	AstraZeneca (donación Canadá)	82.000
	AstraZeneca (donación Bermuda)	9.000
	AstraZeneca (donación Granada)	8.000
	AstraZeneca (donación San Vicente y las Granadinas)	5.500
	AstraZeneca (donación México)	Cantidad no especificada
	Johnson & Johnson - Sin especificar	108.700
Uruguay	Pfizer-BioNTech - 23/01/2021	3.000.000
	Pfizer-BioNTech (donación EEUU)-25/06/2021	500.000
	Sinovac - 23/01/2021	3.850.000
Venezuela	Instituto Gamaleya 09/02/2021	4.554.700
	Abdala - 25/06/2021	900.000
	Sinopharm (donación China)	500.000

Fuente: elaboración propia con base en sitios oficiales y notas de prensa (al 15/10/2021).

En esta misma línea, y como queda en evidencia en el Gráfico 4, en Sudamérica sólo Uruguay y Chile se les ha suministrado la pauta completa de la vacunación a más del 75% de su población. En el extremo opuesto, se encuentra la dramática situación de Haití y Nicaragua, que proveyeron de al menos una dosis al 0,85% y el 18,6% de su población. En parte, estas diferencias son una expresión de las desigualdades económicas -entre países y al interior de los mismos-, ya que allí donde hay un mayor PBI per cápita es donde se encuentran los mayores porcentajes de inmunización (Galindo, 2021b).

Gráfico 4: Porcentaje de la población vacunada contra el Covid-19



Fuente: Our World In Data (datos al 16/11/21).

En este sentido, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (REDESCA) expresaron conjuntamente, a fines de octubre de 2021, la condena ante la falta de acceso equitativo y universal de las vacunas contra el covid-19 en toda la región, lo cual afecta especialmente a los países de menores ingresos y a los grupos en situación de vulnerabilidad. A su vez, los organismos del sistema interamericano refieren con preocupación que siga primando el criterio de propiedad intelectual en cuanto a la producción y distribución de vacunas, así como que se mantengan el secretismo y la opacidad en relación a los contratos que los países fueron firmando con las empresas farmacéuticas para hacerse con las dosis. Por último, también ven con preocupación

que se siga avanzando en esquemas de dosis de refuerzo, dentro y fuera de la región, cuando aún muchos países no poseen siquiera la mitad de su población con al menos la primera dosis (Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH], 2021).

Durante la pasada Cumbre de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños, los gobiernos de la región⁵ acordaron en forma unánime, avanzar en un plan de autosuficiencia sanitaria para hacer frente a el Covid-19 y que sirva también para (eventuales) futuras pandemias. El hecho de que, en medio de las fuertes tensiones políticas que dividen a los países de la región y ante los magros resultados de los foros regionales existentes, el consenso en torno a este plan -que fue comisionado a la Cepal-, adquiere un cariz particularmente alentador. En este documento se definen siete líneas de acción para la región (Cepal, 2021).

- Fortalecer los mecanismos de compra conjunta internacional de vacunas y medicamentos esenciales.
- Utilizar los mecanismos de compras públicas de medicamentos para el desarrollo de mercados regionales.
- Crear consorcios para el desarrollo y la producción de vacunas.
- Implementar una plataforma regional de ensayos clínicos.
- Aprovechar las flexibilidades normativas para acceder a propiedad intelectual.
- Fortalecer mecanismos de convergencia y reconocimiento regulatorio.
- Fortalecer los sistemas de salud primaria para el acceso universal a vacunas y su distribución equitativa.

En definitiva, en los posicionamientos de las organizaciones y organismos regionales, lo que queda al descubierto son las distintas asimetrías que se evidenciaron -y profundizaron- a lo largo de la pandemia. En especial, las de poder y las de capacidades estatales, que se han vuelto claves en la explicación no sólo del acceso y distribución de vacunas de los Estados, sino también en la voluntad (o, mejor dicho, su falta) de canalizar los esfuerzos de los países de la región en esquemas colaborativos.

⁵ Vale la pena recordar que el presidente Jair Bolsonaro retiró a Brasil de la Celac a inicios de 2020.

Sección 2

Los procesos de gobernanza de la contratación y distribución de vacunas

En esta sección se analiza el modo en que dos países del Cono Sur, dos países de la región andina, y dos de Centroamérica afrontaron el proceso de contratación y distribución de vacunas contra el covid-19. Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Guatemala y México representan países con distintas realidades sociales, económicas, y políticas y con niveles de éxito distinto. Todos ellos enfrentaron desafíos marcados en cuanto a la elaboración e implementación de políticas orientadas a contener la crisis del covid-19.

Esta sección tiene como objetivo poner de manifiesto algunos de esos desafíos y también identificar las buenas prácticas que resultaron, en distintos casos de análisis en cada país, y que fueron abordados por el proyecto Colabora.Lat⁶.

Los sitios de estudio fueron seleccionados por ser representativos de algunas de las poblaciones marginalizadas más impactadas por el covid-19 y sus efectos. En Argentina, el estudio se centra en los municipios de San Martín, Tres de Febrero, Quilmes y Avellaneda, pertenecientes a la región metropolitana de Buenos Aires. Estos albergan sectores vulnerables que viven en condiciones de pobreza y reflejan un alto número de casos de contagios y muertes por covid-19 del país. En Bolivia se describe cómo se distribuyeron las vacunas contra el covid-19 en las mujeres que trabajan en el sector informal en la ciudad de La Paz. Por su parte, en Chile el estudio aborda cuatro gobiernos locales ubicados en comunas periféricas de la ciudad de Santiago de Chile (Renca, Cerro Navia, Maipú y La Pintana), que tienen características socio territoriales diversas, pero enfrentan una crisis económica, social y sanitaria de características históricas. En el caso de Colombia, y con las dinámicas sociopolíticas de la región Pacífica como trasfondo, se estudian tres municipios que concentran una alta proporción de población afrodescendiente en sus entornos urbanos: Cali, Buenaventura y Puerto Tejada. En Guatemala se analiza la distribución de vacunas en las y los jóvenes urbanos de baja renta y, por lo tanto, en situación de vulnerabilidad, con énfasis en tres cabeceras municipales: Guatemala, Suchitepéquez y Alta Verapaz. Por último, en México se hace énfasis en las trabajadoras del hogar en los estados de

⁶ Para mayor información sobre este proyecto, ver el sitio web www.colabora.lat

Jalisco y el Estado de México, y en las personas migrantes, específicamente las que se encuentran en las ciudades transfronterizas de Tijuana (Baja California) y Ciudad Juárez (Chihuahua). La descripción de los procesos de contratación de vacunas contra el covid-19 fue elaborada con base en decretos y lineamientos estatales, sitios oficiales de gobierno y notas de prensa. Los estudios de casos sobre la manera en que las vacunas fueron distribuidas a las poblaciones de estudio, además, incluyen información relevada a través de entrevistas a actores clave, como funcionarias y funcionarios públicos e integrantes de organizaciones sociales locales.

ARGENTINA

El 4 de marzo de 2020 fue registrado oficialmente el primer caso de covid-19 en Argentina. Al 1 de noviembre de 2021, Argentina ha registrado 5,29 millones de casos y 115.989 personas han muerto por su causa (Our World In Data). La pandemia generó una parálisis económica que afectó principalmente a personas trabajadoras precarias y de la economía informal. Por lo tanto, no sólo tuvo efectos sanitarios y económicos regresivos, sino también impactó en un contexto de déficits estructurales, como el hacinamiento, la precariedad de los hogares, la falta de servicios públicos sanitarios, la mala nutrición, la insuficiencia de los servicios de educación y la violencia social intrafamiliar (Behrend y Simpson, 2021).

Este es un país federal donde conviven sistemas públicos que varían en calidad, cobertura y acceso. La salud pública depende de las jurisdicciones subnacionales y, si bien el gobierno central puede dar lineamientos, estos son de carácter voluntario (Jacobsohn y Karameneff, 2021; Cetrángolo y Goldschmit, 2013). No obstante, “a diferencia de otros países federales, el gobierno nacional centralizó la toma de decisiones y las provincias cedieron cierta autonomía de sus prerrogativas” (Jacobsohn y Karameneff, 2021).

En Argentina se están administrando vacunas de seis laboratorios: Oxford/AstraZeneca, Moderna, Pfizer, Instituto Gamaleya, CanSino Biologics y Sinopharm. Estas vacunas fueron adquiridas a través de acuerdos con laboratorios privados e instituciones públicas. El 2 de noviembre de 2020 se firmó el primer acuerdo con AstraZeneca, en el que se preveía la llegada de 22,4 millones de dosis al país durante el primer semestre de 2021 (Blanco, 2021a). A su vez, durante el primer año de pandemia se anunció que Argentina y México llevarían a cabo la producción local de esta vacuna, destinada a sus países pero también hacia la región⁷.

El segundo acuerdo fue firmado el 9 de diciembre de 2020 con el Instituto Gamaleya y pocos meses después, se firmó otro acuerdo para la producción local de la vacuna Sputnik V. El convenio contemplaba la llegada de 20 millones de dosis a Argentina (Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto, 2020). Pese a algunos retrasos en el envío de vacunas⁸, hasta el 28 de octubre

⁷ En el acuerdo al que se había llegado, mAbxience del Grupo Insud en Argentina estaría a cargo de la producción del principio activo y el laboratorio mexicano Liomont realizaría el fraccionamiento, envasado y terminación de las dosis (mAbxience, 2021). Sin embargo, no fue sino hasta el 24 de mayo de 2021 que Argentina recibió la primera partida de 843.600 vacunas de AstraZeneca. Debido a la sobredemanda y las restricciones para la exportación de insumos críticos para hacer frente a la pandemia que impuso Estados Unidos, México tuvo dificultades para importar filtros y viales para la estabilización y envasado (Chabay, 2021).

⁸ Durante la campaña de vacunación, el laboratorio presentó retrasos en el envío de las vacunas, por lo que (en julio de 2021) se difundió una carta donde la asesora presidencial -Cecilia Nicolini- hizo pública la protesta al Fondo Ruso de Inversión Directa debido a la demora en la distribución del segundo compuesto de la vacuna Sputnik V hacia el país. Además, se cuestionaron los plazos de aprobación de la producción local de la vacuna a cargo del laboratorio Richmond (Página 12, 2021).

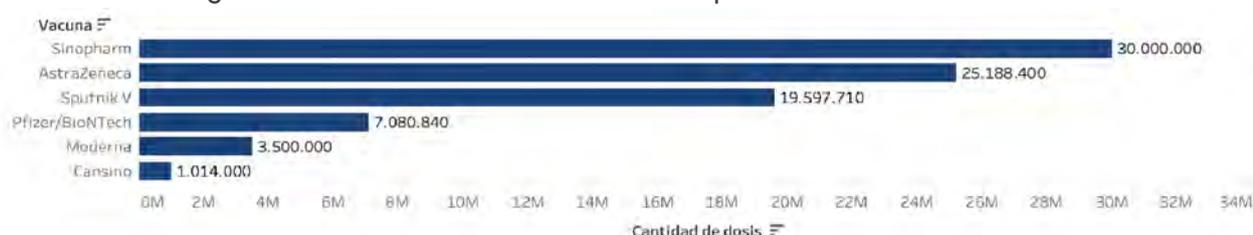
Argentina ha recibido alrededor de 14,6 millones de dosis correspondientes a Sputnik V y produjo 4,9 millones de esta vacuna en el laboratorio Richmond de Argentina (Argentina.gov.ar, 2021).

Sumado a estos contratos, el 9 de febrero de 2021 se firmó un acuerdo con el laboratorio estatal chino Sinopharm para adquirir 30 millones de dosis, que ya fueron entregadas (Lejtman, 2021) y, el 26 de mayo de 2021, se signó el contrato con el laboratorio chino Cansino para la adquisición de 5,4 millones de dosis (Télam, 2021b).

Por último, si bien la de Pfizer fue la primera vacuna contra el coronavirus en ser autorizada por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) el 22 de diciembre de 2020, se encontraron desafíos para llegar a un acuerdo para su adquisición⁹. Pese a los ocho encuentros mantenidos entre representantes del gobierno argentino y del laboratorio Pfizer durante el segundo semestre de 2020 (Giménez, 2021), el acuerdo fue firmado el 24 de agosto de 2021. Este contempla el envío de 20 millones de dosis hasta fin de año (Infobae, 2021) y, en octubre de 2021, el gobierno argentino anunció un préstamo por 500 millones de dólares del Banco Mundial para el pago de estas vacunas y de 20 millones de dosis de Moderna (Télam, 2021c). Hasta el 28 de octubre llegaron 3,5 millones de dosis de Moderna que fueron donadas por el Gobierno de Estados Unidos.

Considerando todo lo anterior, al 28 de octubre de 2021, Argentina ha recibido 86.380.950 dosis de vacunas contra el coronavirus (Argentina, 2021), principalmente de Sinopharm (34%), AstraZeneca (29%) y Sputnik V (22%). Además, de las 25.188.400 vacunas de AstraZeneca, casi 20 millones corresponden a dosis cuyo principal activo fue producido en Argentina y 3 millones 336 mil dosis (13%) fueron recibidas a través del mecanismo Covax, incluyendo donaciones de España y Canadá (OPS).

Gráfico 5: Argentina: Cantidad de dosis recibida por laboratorio.

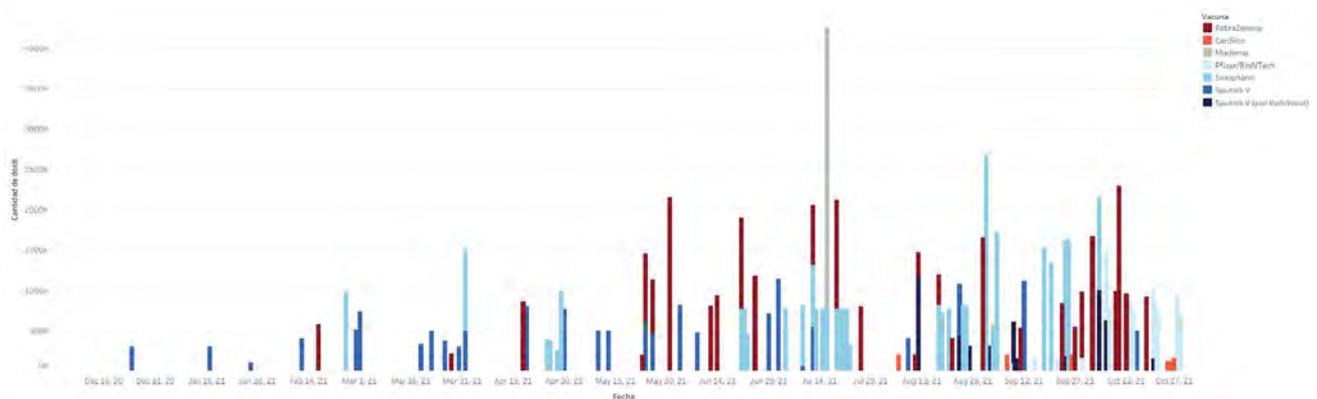


Fuente: elaboración propia

⁹ Por un lado, existió una polémica en relación a la Ley de Vacunas sancionada el 29 de octubre de 2020. Según el Ministerio de Salud de la Nación, el laboratorio había solicitado excluir la negligencia del contrato y la ley mencionada, así como también se indicó que otro problema radicó en los criterios “para la aceptación de la garantía con contragarantía de ejecución en el exterior” (Giménez, 2021).

La campaña de vacunación en Argentina inició el 29 de diciembre de 2020, con el arribo de las primeras 300.000 dosis de la vacuna Sputnik V. Como sucedió con el resto de los países afectados, se padecieron importantes retrasos en la recepción de las vacunas que se habían acordado en los plazos establecidos, lo cual generó demoras con las diferentes empresas proveedoras de las mismas. Como se observa en el Gráfico 6 no es sino hasta julio de 2021 que la llegada de lotes de dosis de vacunas contra covid-19 adquiere cierta regularidad.

Gráfico 6: Lotes de vacunas llegadas a Argentina

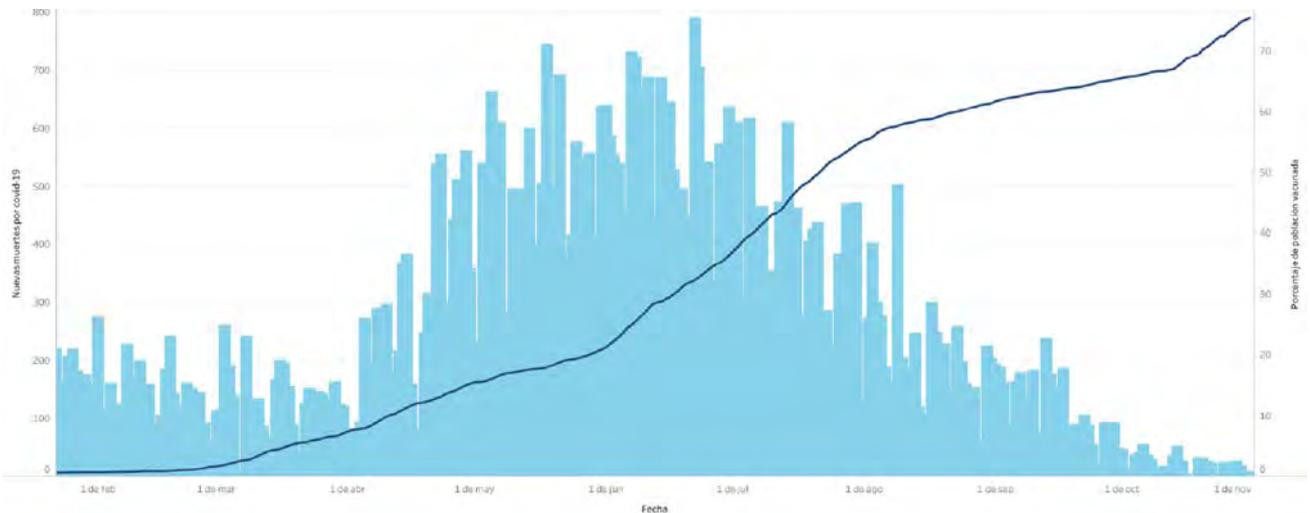


Fuente: elaboración propia con base en Wikipedia, sitios oficiales de gobierno y medios de prensa

La estrategia nacional para la vacunación viene siendo encabezada por el Gobierno Nacional y coordinada por el Ministerio de Salud. El 23 de diciembre de 2020, el gobierno nacional publicó el Plan estratégico para la vacunación contra el covid-19, en el que se indicaba la necesidad de establecer un orden de prioridad, dada la disponibilidad gradual de dosis de vacunas. Además de iniciar la vacunación en grandes aglomerados urbanos, donde existía una mayor proporción de casos confirmados, transmisión comunitaria sostenida y altas tasas brutas de mortalidad, se estableció un orden de priorización según riesgo de enfermedad grave y por exposición o función estratégica. Considerando que la aplicación de las vacunas corresponde a los sistemas de salud descentralizados, el gobierno nacional presentó un lineamiento general, pero han sido los gobiernos provinciales los responsables de la planificación e implementación del proceso.

Al 1 de noviembre, se administraron alrededor de 60 millones de dosis de vacunas contra el covid-19. En Argentina, el 75,27% de la población está vacunada con la primera dosis y el 56,98% ha completado el esquema (Our World In Data).

Gráfico 7: Cantidad de muertes por covid-19 vs Porcentaje de población vacunada (al menos con una dosis)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de Our World In Data

Estudio de casos

Municipios de Tres de Febrero, San Martín, Quilmes y Avellaneda (Provincia de Buenos Aires)¹⁰

Al formar parte de la Provincia de Buenos Aires, las funciones vinculadas con la planificación, coordinación y supervisión del plan de vacunación en los municipios de Tres de Febrero, San Martín, Quilmes y Avellaneda quedan sujetas al Ministerio de Salud de dicha provincia, quien tiene la función de ente normativo. Este delega en las regiones sanitarias las tareas de distribución y relevamiento del stock de vacunas. La información es provista desde las distintas postas de vacunación para que el Ministerio asigne los turnos. Así, las regiones sanitarias¹¹ sirven como un nivel de unidad de agrupación intermunicipal. Si bien no interfieren en la organización interna/municipal de cada posta, actúan de intermediarios entre los municipios y el Ministerio de Salud, y en cuestiones burocráticas como el alta de usuario para el sistema de gestiones personales del Ministerio.

¹⁰ Esta sección estuvo a cargo del equipo de investigación de Colabora.Lat Argentina: Jacqueline Behrend (coordinadora), Ximena Simpson (coordinadora), Ivan Jacobsohn (investigador asistente), Luis Karamanef (investigador asociado), Rocío Beccaria (adscripta) y Kala Barbara (adscripta) de la Escuela de Política y Gobierno-UNSAM. Una versión extendida de este estudio de casos puede encontrarse en <https://colabora.lat/documento/estudio-de-caso-vacunas-argentina/>

¹¹ Enmarcadas dentro de la Dirección Provincial de Redes y Regiones de la Subsecretaría de Atención y Cuidados Integrales en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, son unidades de organización y agrupación de municipios en diferentes regiones, numeradas de la primera a la decimosegunda, cada una bajo la órbita de una autoridad sanitaria. El objetivo de las regiones es lograr el abastecimiento integral, planificado y suficiente de los servicios sanitarios (Ley 7.016 /1965). Pertenencia de los municipios en las regiones: Municipio de General San Martín (Región Sanitaria V), Municipio de Tres de Febrero (Región Sanitaria VII), Municipios de Avellaneda y Quilmes (Región Sanitaria VI).

El acceso a la primera dosis de la vacuna para la ciudadanía mayor de 18 años con domicilio en la provincia de Buenos Aires se volvió libre a partir del 1 de octubre de 2021. Sin embargo, al inicio de la campaña de vacunación se estableció un esquema estratégico (Buenos Aires Vacunate), siguiendo los criterios recomendados a nivel internacional por la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2020). En la primera etapa se vacunó a personas mayores de 60 años, personal de salud, personal de seguridad, personal docente y auxiliar y personas entre 18 y 59 años con enfermedades preexistentes. Más tarde se agregaron otros indicadores de prioridad, como enfermedades autoinmunes u oncológicas, embarazo y discapacidad. En la segunda etapa se amplió a toda la población mayor de 18 años sin enfermedades preexistentes, iniciando por las personas de mayor edad y descendiendo hasta las más jóvenes. En la tercera etapa se liberó la primera dosis de la vacuna para todas las personas mayores de 18 que aún no la habían recibido, siguiendo el mismo orden que en la segunda etapa. En la cuarta etapa (la actual, noviembre de 2021), la vacunación alcanza a niños, niñas y adolescentes de entre 12 y 17 años de edad, priorizando los turnos a quienes padezcan enfermedades preexistentes. Los vacunatorios de la provincia de Buenos Aires se encuentran vacunando primera dosis sin turno, segunda dosis con turno y menores de edad con turno.

Además de la registración en las plataformas y app del plan provincial Buenos Aires Vacunate, para llevar adelante los procesos de registro, inscripción y asesoramiento, los municipios implementaron diversas estrategias a partir de los espacios disponibles. Las postas de vacunación en los cuatro municipios se distribuyeron en espacios cedidos por los propios gobiernos municipales (parques públicos, centros de deporte, escuelas), por organismos estatales nacionales (universidades) y por ciertos organismos o sindicatos como el Instituto de Obra Médico Asistencial, la Asociación de Trabajadores del Estado y el Sindicato Unificado de Trabajadores de la Educación de Buenos Aires, quienes participan en la prestación de sus espacios físicos para el armado de vacunatorios fijos.

En cada municipio se llevaron a cabo acciones concretas. Tres de Febrero brindó información, asesoramiento e inscripción en los centros de atención al vecino, Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y a través de la línea 147 (una línea de teléfono informativa) a las personas que no tienen acceso a internet. En Quilmes fue habilitado el uso de los CAPS para realizar consultas e inscripciones al sistema de vacunación (Redacción Cuatro Medios, 2021). También se pusieron a disposición un museo, un teatro, una casa de la cultura y una biblioteca municipal. General San Martín cuenta con diecisiete puntos de información, registro y asesoramiento

distribuidos estratégicamente a lo largo de todos los barrios del municipio (Municipalidad de San Martín). Y Avellaneda promovió la inscripción y asesoramiento para el acceso a la vacuna en sus veintisiete Unidades Sanitarias Municipales (Municipalidad de Avellaneda, 2021).

Con el objetivo de ampliar el plan de vacunación público y gratuito y poder alcanzar a todos los barrios, el gobierno provincial estableció diferentes estrategias que no requerían inscripción previa, entre las cuales se destaca la vacunación itinerante y el vacúnate móvil. La vacunación itinerante se trata de postas que se ubican en estaciones de tren, clubes e instituciones barriales y que alcanzan a la población que aún no ha recibido la primera dosis. Su ejecución comenzó en el mes de julio del 2021 y también fue acompañada por visitas a domicilios donde participaron promotores voluntarios. Asimismo, tuvo la participación de organismos clave como la Cruz Roja Argentina, universidades públicas y organizaciones sociales, sindicales, religiosas y clubes de barrio. Vacúnate Móvil es otra de las estrategias puestas en marcha por la provincia de Buenos Aires para poder acercar la vacuna a personas que por el momento no se habían vacunado.

Desafíos

La vacunación libre -con primera dosis para la ciudadanía mayor de 18 años de la Provincia de Buenos Aires- se cumple de manera precisa y sin restricción alguna. Sin embargo, se identifican limitaciones temporales a la hora de recibir la segunda dosis.

Para poder cargar sin contratiempos el registro de la aplicación de la primera dosis de la vacuna en el sistema provincial, que habilita la asignación del turno para recibir la segunda dosis, se requiere tener documento nacional de identidad (DNI) argentino. Aquellas personas que no lo poseen tienen mayores dificultades para ser registrados por el sistema. Esto retrasa la asignación del turno para la segunda dosis y afecta principalmente a dos poblaciones, extranjeros y personas indocumentadas. Estos dos grupos poblacionales acceden al registro en el sistema por medio de la presentación de papeles o documentación en trámite¹². De esta manera, se intenta garantizar que toda la población pueda completar su esquema de vacunación, ya que en este momento el acceso a la segunda dosis es estrictamente con turno. Otra limitación es la falta de acceso a dispositivos electrónicos o la falta de acceso a internet,

¹² En el caso de los extranjeros, el sistema permite registrarlos con la presentación del Certificado de Residencia Precaria y su DNI de origen. Y en el caso de las personas que no tienen DNI, pueden ser registrados con la presentación del Certificado de Pre-identificación (pre-DNI/CPI).

lo que en ocasiones dificulta la inscripción a la vacunación. En este sentido, es relevante destacar las estrategias de los municipios en brindar la posibilidad de inscripción en los centros de atención al vecino o en los CAPS.

Sumado a esto, se ha liberado la primera dosis sin necesidad de registro previo, lo cual implicó que cualquier persona, se haya inscripto o no, pudiera vacunarse y registrarse para la segunda dosis. La falta de un medio de contacto dificulta el aviso del segundo turno y las personas deben acercarse al vacunatorio más cercano para obtener información.

Buenas prácticas

La puesta en marcha implicó la vacunación casa por casa en barrios populares de algunos municipios y fue acompañada por equipos interdisciplinarios y organizaciones sociales barriales. Asimismo, se estableció un plan de vacunación en geriátricos y atención domiciliaria para pacientes con dificultades de movilización. El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) es el organismo encargado de llevar adelante la vacunación en los geriátricos de las diferentes jurisdicciones. También se cuenta con ambulancias a disposición de aquella parte de la ciudadanía con movilidad reducida o nula para trasladarse de forma segura hasta el vacunatorio más cercano.

En aquellos casos en los que movilizar a las personas puede llegar a ser peligroso o imposible, la municipalidad pone a disposición de los vacunatorios un móvil de transporte para realizar la vacunación domiciliaria. Este esquema resulta un poco más complejo, ya que es coordinado por las postas de vacunación y depende de ciertas condiciones específicas: disponibilidad de móvil municipal, coordinación de un recorrido de domicilios a realizar en un mismo barrio, disponibilidad de personal para retirarse de la posta -sin que eso dificulte el normal funcionamiento del vacunatorio (ya que para cada recorrido se requiere mínimamente un coordinador de la posta y un enfermero/vacunador)-, y lo más importante, garantizar la correcta conservación de la cadena de frío de las vacunas retiradas de la posta de vacunación.

BOLIVIA

El 10 de marzo de 2020 fue registrado oficialmente el primer caso de covid-19 en Bolivia. La pandemia llegó a este país en un contexto de “crisis generalizada, de polarización, fractura socio-cultural y violación a los derechos humanos, protagonizada por un gobierno transitorio que no contaba con la legitimidad de la población; y una economía en constante desaceleración caracterizada por el desempleo” (Pabón y Sanabria, 2021). Entre pugnas político-partidarias, el gobierno nacional coordinó débilmente las acciones entre los distintos niveles estatales, además de ignorar problemas estructurales. Así, la pandemia golpeó fuertemente al sector informal, que representa al 80% de la población boliviana y del cual 70% son mujeres (Ibid.). Al 1 de noviembre de 2021, Bolivia ha registrado 513.584 casos de covid-19 y 18.925 personas han muerto por su causa (Our World In Data).

En julio de 2020 representantes del gobierno boliviano iniciaron las gestiones para la adquisición de vacunas y para convertirse en uno de los países priorizados por el mecanismo Covax. Por ejemplo, y en el marco de las negociaciones para la adquisición de las vacunas de AstraZeneca, se reunieron representantes de la Embajada de Bolivia en Londres y el Ministerio de Relaciones de Asuntos Exteriores Mancomunidad y Desarrollo del Reino Unido, así como también el Embajador del Reino Unido en La Paz, integrantes del Consejo Científico Asesor creado en abril de 2020 y representantes de los Ministerios de Planificación y Salud en Bolivia.

El Plan Nacional de Vacunación fue diseñado teniendo en cuenta las recomendaciones internacionales y requisitos para acceder al mencionado mecanismo. El 24 de agosto de 2020 se confirmó que Bolivia era elegible para ser beneficiaria del acceso prioritario a vacunas a través de este programa (OMS, 2020b). No obstante, las gestiones que pusieron a Bolivia en Covax son aún motivo de disputa en el país, generada por la atribución de logros entre el gobierno transitorio de Jeanine Añez y el gobierno electo democráticamente de Luis Arce. La polémica se desata cuando el Viceministro de Comercio Exterior detalla que el país no cumplía con los requisitos, al no poder garantizar el gobierno de Añez los procesos de transporte y refrigeración. Seguidamente, los Ministerios de Economía y Salud confirmaron la capacidad de almacenaje y cadena de frío y el 18 de enero de 2021 presentaron una propuesta para beneficiarse de las primeras dosis. El gobierno actual afirma que estas acciones lograron poner al país como prioritario para recibir las vacunas de forma gratuita. El 30 de enero de 2021 se comunicó que Bolivia sería un país prioritario de la Alianza para las Vacunas Gavi y recibiría las vacunas

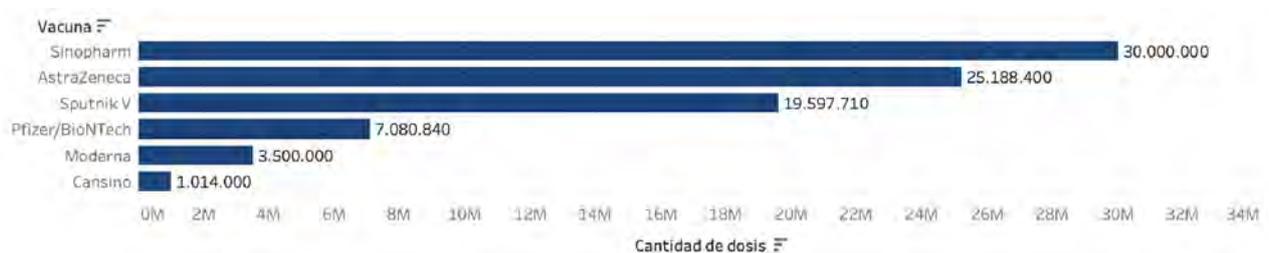
Pfizer y AstraZeneca. Además, por medio de una nota publicada por la OPS se dio a conocer que, gracias al compromiso anticipado de mercado (AMC) de Covax, el país recibirá las vacunas de forma gratuita.

Además de los esfuerzos para acceder a este mecanismo, el gobierno boliviano firmó un contrato con Rusia el 30 de diciembre de 2020 para comprar 5,2 millones de dosis de la vacuna Sputnik V (Télam, 2021a). El país accedió a estas mediante la cooperación y gestión del gobierno argentino. Las vacunas fueron trasladadas desde Moscú a La Paz, por medio de Buenos Aires. Sin embargo, debido a una cláusula de confidencialidad, la ciudadanía no tiene conocimiento acerca del precio real de la adquisición de las vacunas.

Por otro lado, el gobierno boliviano firmó asimismo un contrato con Sinopharm. En estas reuniones participaron los representantes de la farmacéutica y de la Central de Abastecimiento y Suministros de Salud, dependiente del Ministerio de Salud en Bolivia. El costo de las vacunas también es confidencial y las autoridades afirman que el precio al que accedió el país es favorable, teniendo en cuenta que China trabajó con precios diferenciados.

En total, Bolivia recibió 9 millones de dosis de vacunas de Sinopharm, tanto por compra directa como por donaciones del gobierno chino. Estas representan el 59% de las dosis recibidas por Bolivia. Del resto, el 16% de las dosis corresponde a Sputnik V, alrededor del 9% a Pfizer-BioNTech y AstraZeneca, respectivamente, y, finalmente, el 7% a Janssen. Estas últimas tres fueron recibidas como donaciones de diversos países.

Gráfico 8: Bolivia: Cantidad de dosis recibida por laboratorio.

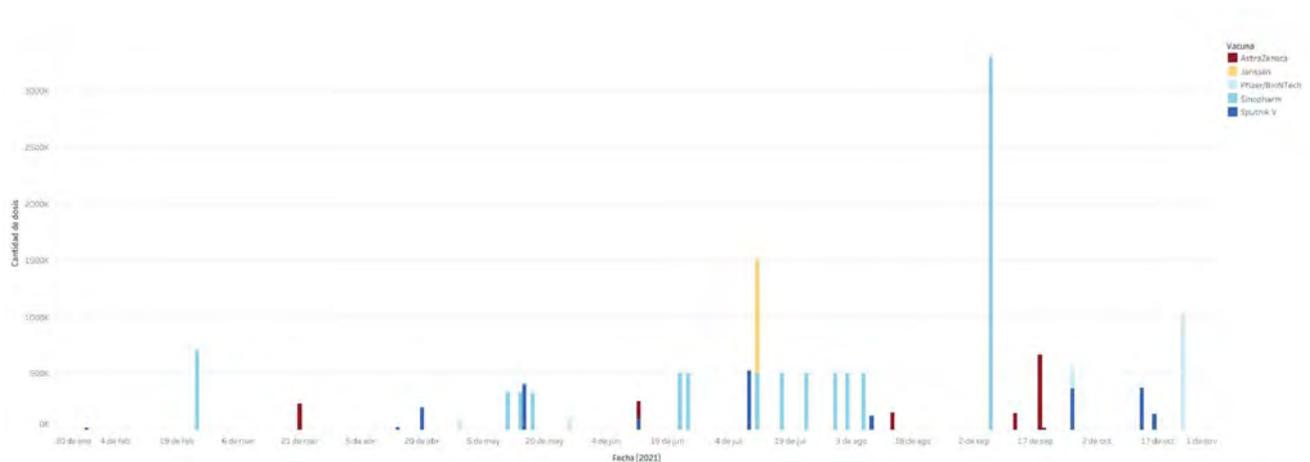


Fuente: elaboración propia

El primer lote con vacunas contra el covid-19 llegó a Bolivia el 28 de enero de 2021, con 20.000 vacunas Sputnik V. Este fue el segundo país de América en recibir vacunas de Rusia. Desde entonces, este último país hizo 10 envíos, que variaron entre 25.000 a 527.000 dosis por entrega. A partir del 24 de febrero, se iniciaron los envíos de lotes de vacunas de Sinopharm.

Los 14 envíos se concentraron mayormente entre mayo y agosto de 2021, pero la mayor entrega (3.300.000 dosis) fue recibida el 6 de septiembre. Las vacunas de AstraZeneca llegaron como resultado de la participación de Bolivia en Covax, con donaciones de México, Suecia, España y Francia. Sumado a esto, el 12 de septiembre México hizo una donación de 150.000 vacunas en el marco de un convenio de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (Celac). A partir del 29 de abril, Bolivia comenzó a recibir vacunas de Pfizer-BioNTech que también son resultado de donaciones a través del mecanismo Covax y una adicional como donación directa de Estados Unidos. Por último, vale la pena destacar que, el 11 de julio, el gobierno de Estados Unidos hizo un envío de 1.008.000 vacunas Janssen.

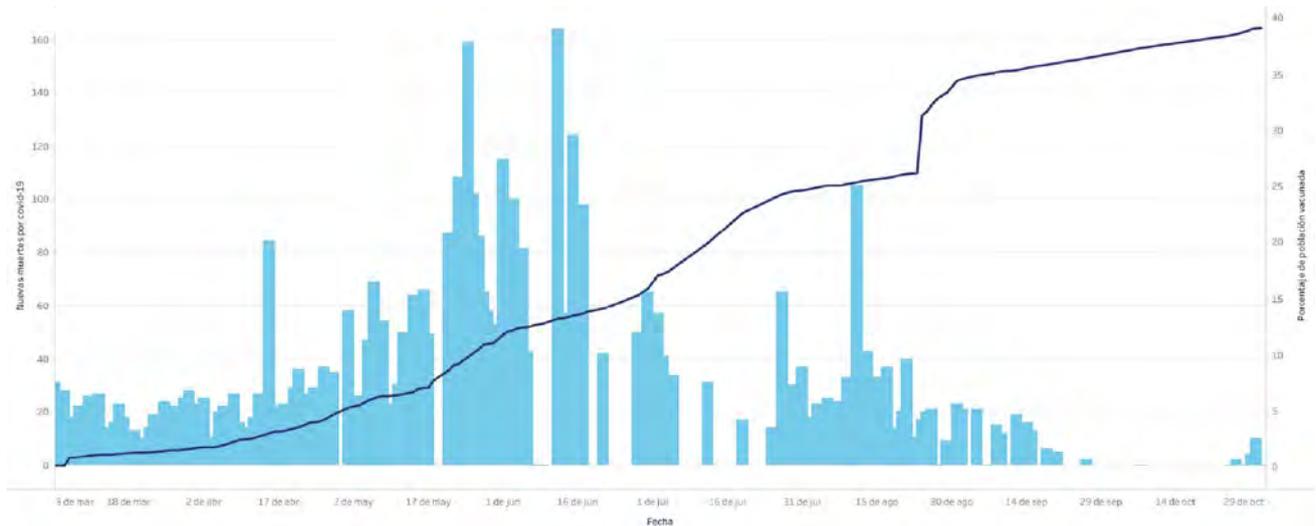
Gráfico 9: Lotes de vacunas llegadas a Bolivia



Fuente: elaboración propia

Bolivia inició su campaña de vacunación el 29 de enero de 2021. El Ministerio de Salud y Deportes, por medio del Viceministerio de Promoción, Vigilancia Epidemiológica y Medicina Tradicional, elaboró el Plan de Distribución, en el cual se insta a la Gobernaciones (9), por medio de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES), a que sean las encargadas de repartir las dosis en los centros de salud. Hasta la tercera semana de octubre de 2021, sólo el 49,4% de la población recibió la doble dosis de vacunas, el 16,1% la dosis única y el 62% de la población recibió sólo una dosis (Melgar Cabrera, 2021).

Gráfico 10: Cantidad de muertes por covid-19 vs Porcentaje de población vacunada (al menos con una dosis)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de Our World in Data (2021)

Estudio de caso.

Colaboración multinivel para el proceso de vacunación en Bolivia y su impacto sobre la vacunación de mujeres en el sector informal 13

El proceso de vacunación en Bolivia estuvo a cargo del nivel central, por medio del Ministerio de Salud y Deportes, que coordinó los puntos de vacunación con los Servicios Departamentales de Salud (SEDES), los cuales tienen tuición a nivel departamental. A su vez los SEDES buscaron alianzas con universidades públicas y privadas, centros de salud y espacios abiertos bajo la jurisdicción de los gobiernos autónomos municipales.

Es importante resaltar que mientras las alianzas con las universidades privadas -como centro y puntos de vacunación- fueron a través del Ministerio de Salud, la relación con las universidades públicas implicó negociaciones en el nivel municipal. Por su parte, el sector privado donó insumos para asegurar las cadenas de frío y para dar continuidad con los rastillajes de detección de contagios¹⁴. Todas las donaciones fueron a través del gobierno central, por ser el ente rector en todo el proceso.

Recién en junio de 2021, se sancionaron los decretos 4.432 y 4.438 (Ministerio de Salud y Deportes, 2021c), por medio de los cuales se eliminan las limitaciones a que los gobiernos

13 Esta sección estuvo a cargo de Bernarda Sanabria (Analista de Colabora.Lat en Asuntos del Sur).

14 Tales son los casos del Laboratorio BAGÓ, Farmacias Chávez y la Cervecería Boliviana Nacional.

municipales puedan adquirir vacunas por su cuenta. Esto marcó un hito importante porque se trató de uno de los pocos espacios en el que el diálogo fue posible entre oposición y oficialismo, contando con resultados consensuados. Sin embargo, a la fecha, no llegó ningún lote de vacunas que los gobiernos municipales hayan negociado.

En cuanto a la participación de la sociedad civil, a partir de junio de 2021, se reactivaron las brigadas médicas SAFCI (Salud Familiar Comunitaria Intercultural). Se trata de una política nacional que busca mejorar las condiciones de vida de la población por medio de la reivindicación de la participación social, articulando la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígenas originarios campesinos con la medicina biomédica. Los principios de esta política son la interculturalidad, la integralidad, la interseccionalidad y la participación social. El objetivo de las brigadas es llegar a población boliviana con información sobre el covid-19 y también sobre las vacunas. En el nivel local (comunidad o barrio y en algunos territorios), las brigadas contaban con los insumos y la capacitación para detectar y contener casos de contagio. Aunque no se cuentan con datos específicos sobre el impacto de este mecanismo de información y detección, la forma de organización y la participación social activa permite que todo el proceso centralizado alcance a las poblaciones más alejadas y vulnerables.

Tabla 4: Organización de la gestión compartida en salud

Niveles de gestión	Estructura estatal en salud	Espacio de deliberación intersectorial	Estructura social
Central	Ministerio de Salud y Deportes	Asamblea/Congreso nacional de Salud	Consejo Social Nacional de Salud
Departamental	Servicio Departamental de Salud	Asamblea/Congreso departamental de Salud	Consejo Social Departamental de Salud
Municipal/ Indígena Originario Campesino (IOC)	Máxima Autoridad Ejecutiva Municipal o IOC	Mesa Municipal o IOC de salud	Consejo Social Municipal o IOC de Salud
Establecimiento de salud de primer nivel	Responsable de establecimiento de salud	Reuniones generales de planificación institucional	Comité Local de Salud
Comunidad o barrio		Asambleas, cabildos, amplios, reuniones, juntas, etc.	Autoridad Local de Salud

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Salud y Deportes – OPS

Si bien se contó con un sistema de pre-registro, este no era obligatorio ya que en cada punto de vacunación se contaba con un registro manual. Por tanto, no hubo un cruce de información entre los registros digitales y los manuscritos. Además, aunque el pre-registro brindaba un día específico para la vacunación, las filas se instalaban desde las 5 a 6 de la mañana, lo que impedía que las personas prerregistradas pudiesen evitar las filas y pasar por todas las fases previas a la vacunación: (1) control médico¹⁵, (2) registro manual, (3) vacunación y (4) certificación.

Los centros urbanos fueron los más concurridos para la vacunación, en especial por las personas de la tercera edad, personas con una enfermedad de base y personas con discapacidad; en cambio los rangos etarios menos concurridos fueron entre los 40 y 60 años. El 23 de junio, cuando comenzó la vacunación para mayores de 30 años, las filas de vacunación comenzaron a ser masivas, por eso los rangos de edad permitidas para optar por la inoculación se fueron abriendo con celeridad. El 1 de julio, comenzó la vacunación para las personas mayores de 18 años.

Desafíos

Uno de los desafíos observados en el proceso de vacunación en Bolivia es la forma de colaboración en cascada entre los diferentes niveles autonómicos y descentralizados, lo cual afectó los tiempos de organización de los espacios y el acceso a la información. Por otro lado, muchos SEDES fueron denunciados por no repartir las vacunas a tiempo, ni suministrar las mismas a las poblaciones priorizadas según el mandato del nivel central.

Además, en Bolivia, la infodemia y las noticias falsas sobre el origen y el efecto de las vacunas, difundidas a través de redes sociales y plataformas de mensajería digital, provocaron que un importante porcentaje de la población no acceda a la vacunación. No obstante, como se describe en la siguiente sección, distintos sectores llevaron a cabo acciones para contrarrestarlas.

Buenas prácticas

A fin de hacer frente a la infodemia y las noticias falsas, el gobierno nacional decidió emprender campañas de información, identificando mitos y verdades acerca de las vacunas. De estas campañas participaron organizaciones sociales que forman parte del Pacto por la Unidad, con la finalidad de que las mismas difundieran la información a nivel nacional (Ministerio de Salud y Deporte, 2021b).

¹⁵ Esta fase sólo se la cumplía en los centros de salud, no así en centros militares o universidades.

En la misma línea se estableció una alianza con el Consejo Nacional de Ayllus, Markas y Suyus del Qullasuyu (CONAMAQ), la Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CSUTCB) y la Confederación Nacional de Mujeres Campesinas Indígenas Originarias de Bolivia - Bartolina Sisa (CNMCIOC-BS), las tres confederaciones más grandes en cuanto a integrantes y presencia territorial, cuyas dirigencias son reconocidas por todas las bases como autoridades representantes en diferentes espacios. El objetivo de estas alianzas fue fortalecer la campaña de vacunación masiva, eliminando mitos y falsedades acerca de los efectos de las vacunas y -al mismo tiempo- difundir esta información en las áreas rurales, donde la brecha digital es bastante amplia (Ministerio de Salud y Deporte, 2021d, 2021e).

Se difundió también información proporcionada por institutos especializados en investigación y epidemiología de los países que proporcionaron vacunas al país (Ministerio de Salud y Deporte, 2021a). Y los gobiernos municipales jugaron un rol importante, especialmente en La Paz y El Alto, por medio de la activación de días de vacunación masiva, en los que la información fue difundida en espacios abiertos y concurridos. Por último, la OPS y la Fundación para el Periodismo, concretaron una alianza para trabajar en la instalación de un Observatorio de infodemia, desinformación e información falsa sobre noticias o cadenas de información difundidas por redes sociales y medios de comunicación tradicionales. Aunque el observatorio aún no fue instalado, el trabajo de la fundación inició por medio de su plataforma "Bolivia verifica", junto a la información proporcionada por la OPS (OPS, 2021).

Además, haciendo énfasis con la población del sector económico informal, también se firmó un acuerdo con el sector gremial de La Paz y El Alto. Entre los puntos contemplados por este, se cambió el horario de atención para la vacunación al de la tarde, un horario accesible para las mujeres insertas en este sector, además se habilitaron puntos de vacunación cercanos a mercados y espacios de venta de las mismas. Esto permitió que hasta el 12 de julio de 2021, 200.000 gremiales de El Alto se inmunizaron tras el acuerdo con el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud y Deporte, 2021f). Este se trata de uno de los pocos acercamientos al sector con soluciones concordadas y no con imposiciones gubernamentales. El diálogo y acuerdo con el sector gremial significa un hito importante en la colaboración, ya que la relación de este con el poder público está más enfocado en el nivel municipal. Sin embargo, los puntos de acuerdo concertaron la participación de varias instancias, por un lado, los centros de salud bajo la dependencia del nivel departamental, las universidades privadas y las públicas que tienen su propia autonomía.

CHILE

El 3 de marzo se conoció el primer caso confirmado de covid-19 en Chile. Dos semanas después, el 18 de marzo y con 238 casos más, el gobierno anunciaba la primera medida de control sanitario: el estado de catástrofe, el cual ha ido renovando su vigencia hasta el 13 de marzo de 2021. La pandemia irrumpió en Chile, además, en un contexto social, económico y político ya debilitado por el estallido social de octubre de 2019 (Zúñiga, 2021). A esto se suma que, como en otros países de la región, afectó principalmente a las poblaciones más vulnerabilizadas, como las y los trabajadores informales. De hecho, su participación en la reducción del empleo total durante el segundo trimestre de 2020 -en comparación con el de 2019- varió en un 48,8% (CEPAL, 2021b) y la caída del empleo en hogares particulares dejó a un quinto de las trabajadoras domésticas sin puesto de trabajo (CEPAL, 2021b). Al 1 de noviembre de 2021, Chile ha registrado 1,7 millones de casos de covid-19 y 37.777 personas han muerto por su causa (Our World In Data).

Chile ha sido destacado como un caso de éxito en su proceso de adquisición y administración de las vacunas contra el covid-19. A fin de adquirir vacunas suficientes para inocular a la población chilena, el presidente dividió las tareas en dos: al Ministerio de Ciencias le encargó los ensayos clínicos y evaluaciones de las vacunas, y al Ministerio de Relaciones Exteriores, las negociaciones con los laboratorios. En julio de 2020 se creó un nuevo Comité para la Estrategia de Vacunación -a cargo del Ministro de Ciencias- que comenzó a elaborar portafolios con recomendaciones al gobierno de los desarrollos más promisorios.

La autorización de ensayos clínicos en Chile fue una de las estrategias utilizadas para asegurar condiciones de acceso preferente del país a las vacunas. El Instituto de Salud Pública (en adelante, ISP), organismo que (entre otras funciones) está encargado de la aprobación y certificación de medicamentos y vacunas, ha trabajado desde los inicios de la pandemia con otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales, públicas y privadas, nacionales y extranjeras. En este sentido, desde mayo del 2020, a nivel de Estado, se coordinaron diferentes acciones entre ministerios y el ISP, participando en reuniones técnicas con los proveedores de vacunas, de quienes se ha recibido antecedentes de avances en sus estudios preclínicos, clínicos y respecto a la fabricación de sus productos. Tienen además un Comité de Expertos -compuesto por profesionales de reconocida trayectoria en el área de la salud- que finalmente es quien decide la aprobación o rechazo de la vacuna. Se analiza la seguridad, eficacia y logística de

la vacuna por parte de la Sociedad Farmacológica de Chile, los expertos externos de la Comisión de Evaluación de Productos Nuevos del Departamento ANAMED y el Programa Nacional de Inmunizaciones, quienes dan certeza del adecuado manejo de la cadena de frío para esta vacuna.

La primera vacuna en ser autorizada, el 16 de diciembre de 2020, fue la de Pfizer-BioNTech, seguida por CoronaVac del laboratorio Sinovac Life Sciences Co. (20 de enero de 2021) y la vacuna AstraZeneca/Oxford (21 de enero de 2021). Seguidamente, el 7 de abril de 2021 se autorizó la vacuna CanSino, el 10 de junio la Janssen y el 21 de julio la Sputnik V (Chile Atiende).

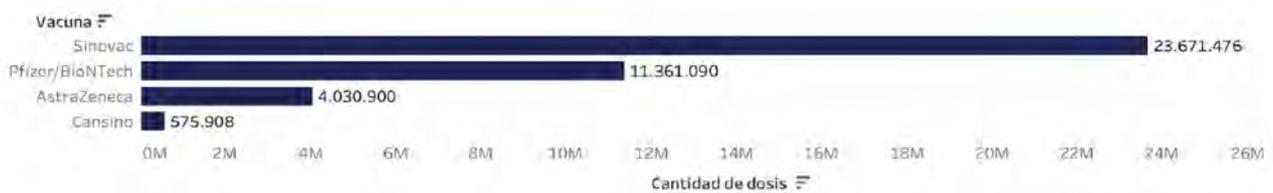
A fines de julio de 2020 la compañía Pfizer en Chile -que trabajó con la alemana BioNtech en la elaboración de su vacuna- presentó una propuesta para asegurar la venta de 10 millones de dosis a este país. Pero, a diferencia de lo que ocurriría con otras vacunas, Pfizer exigía firmar contratos previos antes de hacer una reserva. Finalmente se firmó el primer contrato de compras de vacunas en los últimos días de septiembre, en el que intervinieron el Ministro de Salud, Enrique Paris, y la Presidenta de Mercados Emergentes de Pfizer, Susan Silverman. El contrato, cuyos detalles son confidenciales, establecía el pago del 10% de la compra de 10 millones de dosis, mientras que el resto sería entregado a medida que llegaran las vacunas.

En relación a la vacuna Coronavac de Sinovac, dos profesionales pertenecientes al subdepartamento de Inspecciones de la ANAMED, viajaron en el mes de diciembre a China para realizar una fiscalización a la planta de Sinovac. El Ministro de Ciencias anunció que el ensayo clínico de esta vacuna, liderado por la Universidad Católica, junto a otras universidades nacionales, y el laboratorio Sinovac Biotech, cuenta con un financiamiento de 5.200 millones de pesos (7 millones de dólares aproximadamente), aportados desde el sector público, la Confederación de la Producción y el Comercio (CPC), y aportes valorizados de la universidad. La propuesta para probar este desarrollo fue presentada y analizada por el Consejo Asesor Vacuna Covid-19 del Ministerio de Ciencia, y aprobada por el Comité Interministerial, que integran también los Ministerios de Salud y Relaciones Exteriores. En enero de 2021, el gobierno chileno anunció la contratación de 60 millones de dosis de esta vacuna y el 19 de julio se llevó a cabo una reunión entre la Universidad Católica de Chile y Sinovac acerca de una posible producción de una nueva vacuna para combatir la variante Gamma.

Modelo similar al de Sinovac se usó en el caso de AstraZeneca, que contemplaba un envío inicial de 4 millones de dosis en abril, que figuraban en el precontrato firmado en noviembre, también por el Ministro de Salud. El acuerdo de compraventa por anticipado se firmó el 19 de

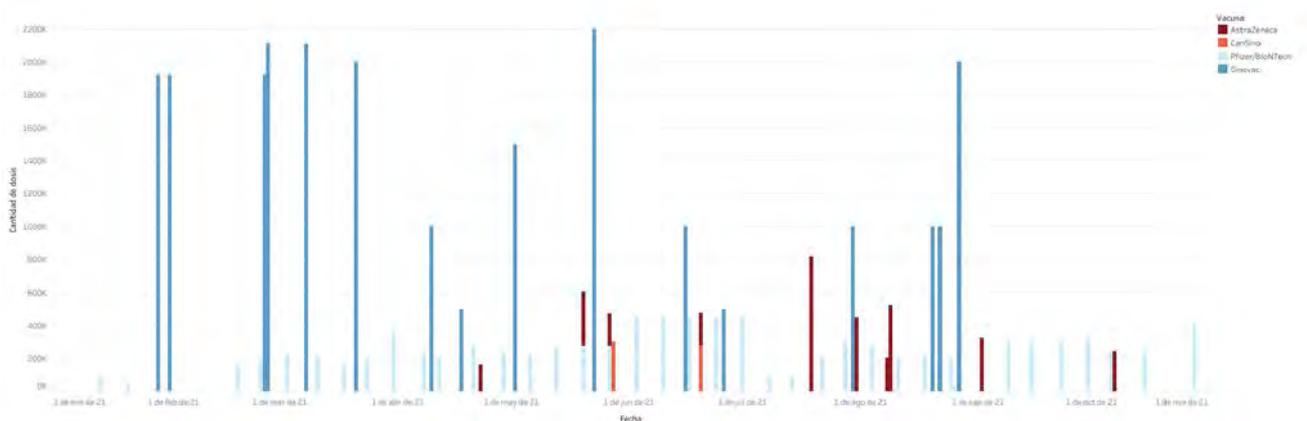
noviembre de 2020 (Toro, 2021). Respecto a Janssen, la Subsecretaría de Relaciones Económicas Internacionales de Chile mantuvo reuniones con representantes de la farmacéutica y, al 13 de septiembre, existe un preacuerdo de suministro y reserva equivalente a 4 millones de dosis (Ibid.). Asimismo, el 18 de septiembre de 2020 se firmó el acuerdo de compromiso entre Chile y Gavi por la adquisición de vacunas a través del mecanismo Covax. El país recibió 158.400 dosis de vacunas AstraZeneca en abril de 2021, 331.200 dosis nuevas en mayo de 2021 y 328.800 en septiembre (OPS). Al 28 de octubre, ingresaron al país más de 40 millones de vacunas a través de casi 70 envíos (Subsecretaria de Relaciones Económicas Internacionales, 2021), provenientes mayormente de Sinovac (más de 23 millones) en dos envíos por mes y Pfizer-BioNTech (11,3 millones), que ha mantenido los envíos de forma semanal.

Gráfico 11: Chile: Cantidad de dosis recibida por laboratorio.



Fuente: elaboración propia

Gráfico 12: Lotes de vacunas llegadas a Chile

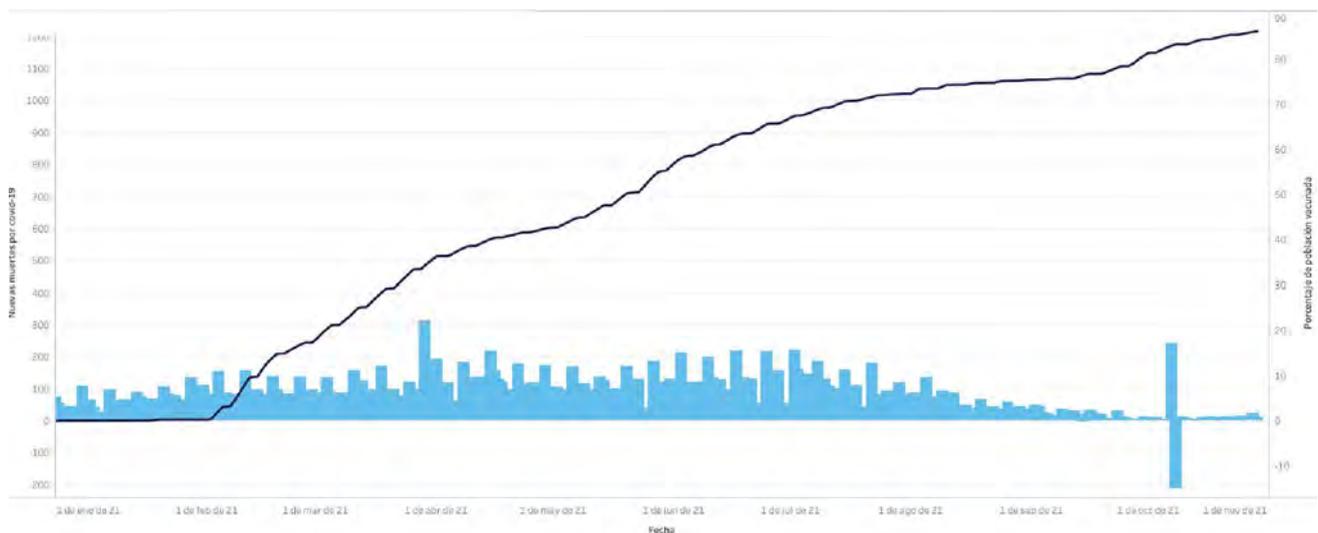


Fuente: elaboración propia

Chile ha sido el país -junto a Uruguay- que ha liderado el proceso de vacunación en América Latina. Al 29 de octubre, se administraron 36,8 millones de dosis de vacunas contra el covid-19. Esto es, 85,78% de la población está vacunada con la primera dosis y 78,54% con

ambas dosis. Además, es uno de los primeros países en América Latina en aplicar la tercera dosis: 5,8 millones de personas (el 30,19% de la población) ya recibieron una dosis de refuerzo (Our World In Data).

Gráfico 13: Cantidad de muertes por covid-19 vs Porcentaje de población vacunada (al menos con una dosis)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de Our World In Data

Estudio de caso

Renca, Cerro Navia, Maipú y La Pintana (Santiago de Chile)¹⁶

El Ministerio de Salud define la cantidad de vacunas a ser distribuidas a cada municipio y estos disponen de los lugares donde se realiza la inoculación, debiendo respetar el calendario de vacunación, el cual es definido desde el nivel central. El proceso de vacunación se sostuvo en la red de atención primaria de salud, es decir, los consultorios que dependen de los municipios. Mientras algunos municipios dispusieron sólo de dicha red, otros sumaron atención domiciliaria para grupos especiales (por ejemplo, adultos mayores postrados) y por razones de distancia (municipios rurales), así como en otros casos sumaron espacios como parques, centros deportivos e incluso centros comerciales. El sector privado participó principalmente en el proceso de la cadena logística de distribución.

¹⁶ Esta sección estuvo a cargo de Liza Zúñiga (Colabora.Lat Chile).

Considerando que el proceso tuvo una buena planificación en un inicio, los dirigentes sociales y vecinos no tuvieron un rol clave en la facilitación del proceso, salvo en la entrega de información. Si bien hubo una fuerte colaboración social en el área de salud, especialmente durante los primeros meses de pandemia, el involucramiento ciudadano ha sido menor en el proceso de vacunación.

En Chile se definieron grupos prioritarios para la vacunación. Esa prioridad estuvo dada principalmente por la edad y la presencia de comorbilidades y lugares que podrían ser de riesgo de contagios masivos, como los establecimientos de larga estadía para las personas adultas mayores, centros del Servicio Nacional de Menores y las cárceles. La vacunación comenzó en diciembre de 2020 con personal de salud, continuó con personas de la tercera edad y funcionarios y funcionarias de servicios considerados prioritarios, como la mayoría de los servicios públicos, hasta alcanzar el total de la población que voluntariamente quisiera vacunarse. En septiembre de 2021 se comenzó con la vacunación de la tercera dosis bajo el mismo esquema de prioridad y con acceso universal.

Las fechas han sido asignadas a los grupos etarios y se han dado fechas extras para rezagados. Las personas generalmente se han ido dirigiendo a los centros de vacunación según el calendario, sin necesidad de registro, de manera individual y voluntaria, y van recibiendo la vacuna por orden de llegada en el día asignado por edad.

Desde el inicio de la pandemia, el Ministerio de Salud ha realizado puntos de prensa en televisión abierta, que fueron diarios al inicio y luego cuatro veces a la semana. En estos, se han ido informando no sólo los avances o retrocesos de las comunidades en el plan de confinamiento (Plan Paso a Paso), sino que también se informa el calendario de vacunación, el cual es además ampliamente replicado por todos los medios de comunicación, difundido en las redes sociales del gobierno y en distintos espacios. Por su parte, los municipios también utilizan sus redes para llamar a la vacunación. A la campaña gubernamental, se fueron sumando iniciativas privadas, como "Movimiento empatía", desarrollada por la Universidad de Chile para aumentar la aceptación de la vacuna. Cumplir con el calendario de vacunación era la parte más importante del mensaje, tanto así, que fue televisado el momento en que las principales autoridades nacionales acudían a vacunarse.

La mayoría de los consultorios de la red de salud primaria destinó espacios especiales para la vacunación, que se daba además en conjunto con la vacunación de influenza en algunos meses del año (entre marzo y mayo), para evitar aglomeraciones. En ciertos casos, ante la alta

demanda, algunos municipios también dispusieron de horarios especiales los fines de semana y, como se señaló anteriormente, de espacios extraordinarios.

Desafíos

A lo largo del proceso de vacunación, se realizaron cambios en el calendario que generaron polémica y, en algunos casos, no siguieron la recomendación del Consejo Asesor de Vacunas e Inmunización (Ministerio de Salud, 2021) en relación a la priorización según criterios de severidad y mortalidad por covid-19 en los distintos grupos de la población. En una primera instancia, el Ministro de Relaciones Exteriores señaló que las personas migrantes que no tuvieran sus papeles al día quedarían excluidas del proceso de vacunación, para evitar el “turismo sanitario”. Esta posición fue luego revertida por el gobierno dado el rechazo transversal que se produjo. Posteriormente, se modificó el calendario de vacunación para incluir a los profesores, como parte de un esfuerzo del gobierno por iniciar clases presenciales desde marzo, aunque ello implicó la postergación de la vacunación de las personas con enfermedades crónicas (Comité Asesor en Vacunas y Estrategias de Inmunización, 2020).

Desde la perspectiva de dirigentes sociales entrevistados en Renca, Cerro Navia, Maipú y La Pintana, uno de los puntos más críticos en el proceso de vacunación ha sido la inoculación a adolescentes con la vacuna Pfizer, ya que se produjo un quiebre de stock en varios municipios. A raíz de esto, no se pudo respetar la fecha de aplicación de la segunda dosis a adolescentes. Asimismo, esto derivó en un conflicto sobre el proceso de retorno a clases presenciales, debido a que en algunos establecimientos educacionales es requisito indispensable que las y los estudiantes estén vacunados para desarrollar actividades presenciales de manera regular.

Si bien el proceso de vacunación es el mismo en todas las comunas, existen diferencias en cuanto a cantidad de espacios disponibles y el nivel de coordinación. Los recursos fueron una limitante, ya que no todos los municipios tenían la misma infraestructura disponible ni la cantidad de personal dedicada a esto.

En la segunda parte de 2021 se ha observado el no cumplimiento de compromisos del gobierno central en el envío de stock de vacunas para adolescentes y el aumento de rezagados que se quieren vacunar. La Pintana y Renca han sido algunas de las comunas afectadas ante la falta de envío en los tiempos y formas prometidos:

“...a nosotros, solo una vez nos han entregado una cantidad de vacunas grande, como para decir: tenemos vacunas. Fue en la primera entrega, donde nos entregaron 16.000 dosis. Desde ahí empezó el goteo y el último tiempo ha sido agotador, porque en el fondo estamos todos los días pidiendo, y eso significa que estamos todos los días yendo al lugar donde las entregan y eso es gasto de vehículos, gasto de personal. De repente no llegan vacunas y estás publicando a los vecinos que para mañana tenés 100 Pfizer en este consultorio, 200 en esta otra. Entonces la falta de vacuna ha sido un obstáculo para poder avanzar más rápidamente” (Funcionaria Salud, Renca).

Inicialmente ha habido una notable desconfianza hacia las vacunas, que fue luego superada una vez avanzado el proceso. Otros simplemente accedieron a vacunarse para obtener el “pase de movilidad”, el que permite ciertas libertades de tránsito y el acceso a determinados lugares. Por último, la vacunación de la población rezagada generó una alta demanda en algunos espacios de vacunación, generando largas esperas y dificultades con los aforos, y el no poder inocularse el día planificado, entre otros inconvenientes.

Buenas prácticas

Dentro de un proceso considerado mayormente exitoso, incluso a nivel internacional, cabe destacar como buenas prácticas la universalidad de acceso, sin distinción de nacionalidad o nivel socioeconómico, la simplicidad del trámite sin requisitos de registro previo y la flexibilidad que aplicaron los municipios. Estos últimos, si bien debían respetar el calendario de vacunación, podían utilizar distintos mecanismos para facilitar el acceso a la vacuna, incluyendo la puesta a disposición de centros y puntos de vacunaciones adicionales por parte de los municipios. Algunos usaron establecimientos educacionales públicos que no tenían clases presenciales (como Renca), mientras otros instalaron vacunatorios en plazas públicas y parques (por ejemplo, las comunas de Maipú y Santiago), utilizaron centros comerciales (La Reina) o centros deportivos (La Florida y Ñuñoa). En los casos en los que se utilizaron escuelas para la vacunación, se presentaron dificultades con el retorno a clases presenciales (como sucedió en Renca).

COLOMBIA

El 6 de marzo de 2020 fue registrado oficialmente el primer caso de covid-19 en Colombia. Al 1 de noviembre de 2021, el país ha registrado 5 millones de casos positivos y 127.311 personas han muerto por su causa (Our World in Data). La pandemia del covid-19 arribó a un Estado colombiano con poca preparación para graves crisis y emergencias sanitarias de este tipo. Si bien el avance en infraestructura de salud ha sido notable, en particular del proceso de vacunación, también se han profundizado las desigualdades y algunos de los problemas estructurales de la nación. En este escenario, las comunidades afrocolombianas han sido unas de las poblaciones que más afectaciones sufrieron, debido a las dinámicas de exclusión sistemática a las que se han visto sometidas (Figueroa y Valencia, 2021).

El gobierno colombiano inició la consecución de las vacunas participando en el mecanismo multilateral Covax y, posteriormente, comenzó a hacer acuerdos bilaterales directos con productores de vacunas, al ver que otros países estaban siguiendo esta estrategia y en vistas del posible desabastecimiento y demoras de Covax. Los primeros acuerdos de compra se hicieron en diciembre con Astrazeneca (16 de diciembre) y Pfizer (17 de diciembre). El gobierno colombiano indicó que su criterio de elección de estos proveedores fue por sus resultados de eficacia y la aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos es la agencia del Gobierno de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) (Pfizer).

A diferencia de otros países de la región, el gobierno colombiano asumió menos riesgos, lo cual demoró considerablemente el inicio del proceso de vacunación. Según el plan de vacunación y la opinión de algunos expertos, otro desafío se constituyó a partir de las negativas ante las exigencias de las farmacéuticas de quedar exentas de responsabilidades por efectos negativos de las vacunas (en especial, Pfizer). A lo anterior, se suma la lentitud burocrática, como por ejemplo las consultas por las cláusulas de inmunidad, las dificultades para conseguir abogados en Nueva York para negociar con Pfizer y los problemas de coordinación institucional (la negociación la inicia Ministerio de Salud y Protección Social pero los acuerdos los firma la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres Adicionalmente, los retrasos se han debido también a los cambios en los pasos a seguir (primero Covax y luego acuerdos bilaterales).

Inicialmente, poco se conoció sobre las estrategias que estaba empleando el gobierno colombiano para la consecución de las vacunas. Para saber algo más de las negociaciones, en enero

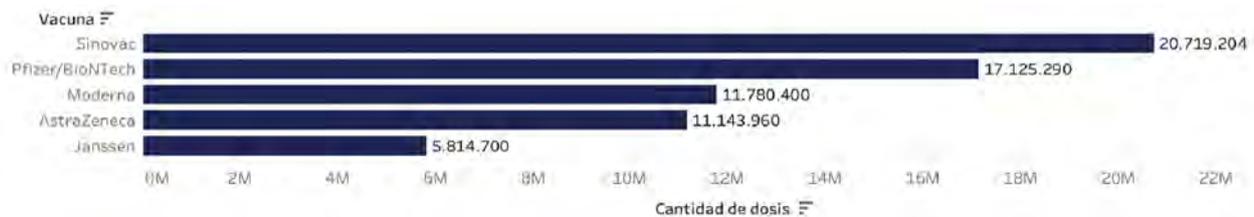
de 2021 se realizó una audiencia pública en la Comisión Quinta del Senado de la República para hacer vigilancia y seguimiento a la vacunación contra el covid-19, a la cual fue citado el ministro de salud Fernando Ruiz, quien no asistió por problemas de agenda. Allí se conoció que, tanto la Contraloría como la Defensoría del Pueblo (organismos descentralizados de control) estuvieron al tanto del proceso de compra, buscando que se cumpliera de forma correcta, que hubiese información clara, y se respetara la confidencialidad solicitada por las farmacéuticas. Sin embargo, congresistas opositores al gobierno de Iván Duque (independientes, Alianza Verde, Partido de la U), indicaron que existe una notable ambigüedad en el manejo de la contratación de las vacunas. Este sector denunció que ni siquiera los congresistas, cuya función es realizar control político, ni mucho menos la ciudadanía, han tenido acceso a la información, debiendo acudir a la acción de tutela como mecanismo para la garantía de los derechos consagrados en la ley colombiana, para hacer presión. En ese sentido, el proceso de adquisición de vacunas ha estado en cabeza del Ministerio de Salud y se viene manejando bajo discreción, de modo que poco se conoce de los detalles de dichos contratos.

En esta instancia apareció un actor clave, pero a la vez inesperado, para liderar la adquisición de vacunas. El Ministerio de Salud le cedió las funciones de compra de vacunas a la Unidad Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), a pesar que esta institución no cuenta con experiencia en temas de salud pública. Aunque esto se puede ver como un esfuerzo para generar alianzas interinstitucionales y fomentar la participación de diversos actores del Estado, la Fundación Pares señala que los acuerdos de confidencialidad entre estas dos instituciones y la designación de la UNGRD en el manejo de los recursos para las compras, ha generado suspicacias e incertidumbres.

Aquí también vale la pena destacar la alianza público-privada entre el Gobierno Nacional y la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (Andi), denominada Empresas por la vacunación, en la que 32 gremios y 5.000 empresas (grandes, medianas y pequeñas) se unieron para comprar 2,5 millones de vacunas de Sinovac con el objetivo de vacunar a sus colaboradores y fomentar la recuperación económica. Considerando que las farmacéuticas están vendiendo vacunas sólo a los Estados, el gobierno colombiano fungió como mediador y le otorgó las dosis a la Andi para que las distribuyera entre las empresas que se postularon e invirtieron \$285.000 millones en el primer programa empresarial de vacunación masiva a nivel mundial.

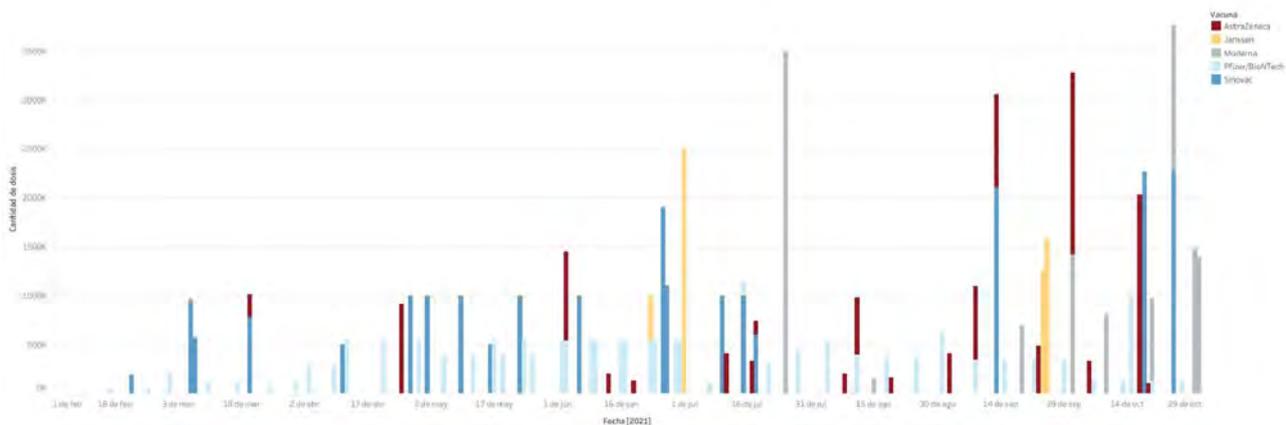
Considerando todo lo mencionado, en Colombia la mayoría de vacunas se han contratado con Sinovac y Pfizer. Del total de dosis recibidas hasta el 31 de octubre de 2021, alrededor del 31% pertenecen a Sinovac, 26% a Pfizer, 18% y 17% a Moderna y AstraZeneca, respectivamente, y un 9% a Janssen.

Gráfico 14: Colombia: Cantidad de dosis recibida por laboratorio.



Fuente: elaboración propia

Gráfico 15: Lotes de vacunas llegadas a Colombia



Fuente: elaboración propia

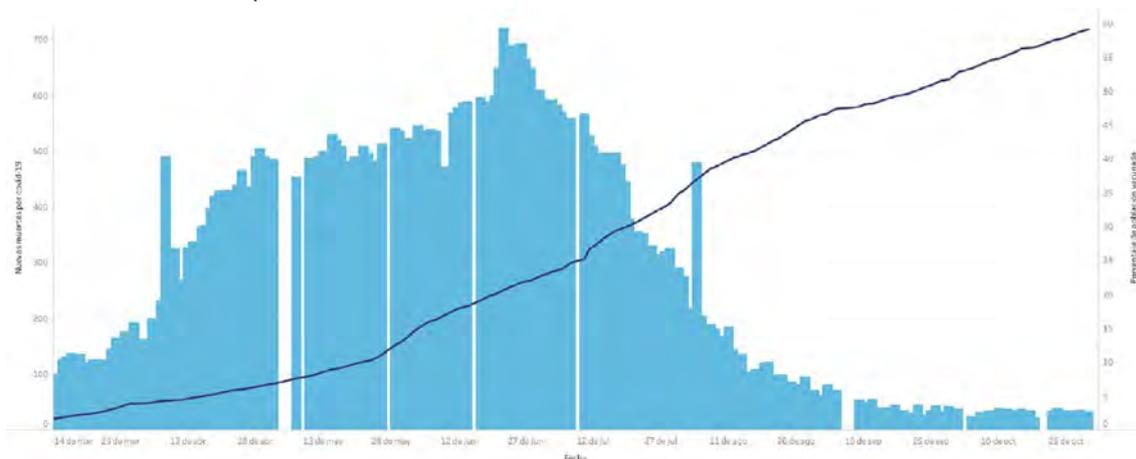
El Plan Nacional de Vacunación (PNV) se lanzó el 29 de enero de 2021, bajo el Decreto 109 del Ministerio de Salud. En este, se indicaron las fases, etapas y poblaciones priorizadas. Dicha priorización es considerada un punto fuerte, dado que el criterio clínico-epidemiológico aparece como el primero a tener en cuenta, dándole prioridad a las poblaciones expuestas al virus y a las más vulnerables por las afectaciones físicas del virus en sus cuerpos. A su vez, ha permitido que actores (como los y las docentes) ocupen un lugar prioritario en la lista, lo que ha agilizado el regreso a las clases presenciales. Sin embargo, el Plan no considera tan centrales algunos criterios estructurales y sociales de vulnerabilidad (como la zona de residencia, la pertenencia a un grupo étnico o indicadores de pobreza y desigualdad), que también ponen en peligro la vida de las personas y comunidades, como se ha visto en el desarrollo de la pandemia. Inicialmente, el PNV

tuvo como población objetivo de la vacunación a todas las personas del país de 16 años en adelante, excluyendo a las mujeres en gestación, criterios que luego se fueron viendo modificados¹⁷.

Si bien el PNV se planteó el objetivo de inmunizar al 70% de la población colombiana, se considera un acierto que entre los grupos a vacunar el plan incluyera a la población migrante en condición regular como objetivo para la vacunación bajo las mismas condiciones que la población nacional. Por otra parte, las personas que ya se habían contagiado no fueron priorizadas, pero sí consideradas dentro de la vacunación después de 3 meses de haber terminado su proceso de enfermedad (siempre y cuando su edad y condición coincidiera con la etapa habilitada en el momento).

El país fue uno de los últimos en la región en iniciar el proceso de vacunación, el 17 de febrero de 2021. Este comienzo lento se debió a tres factores principales, que contribuyeron a ampliar las brechas en el proceso de vacunación: las demoras en la adquisición de vacunas, los retrasos para la logística y distribución de vacunas y el desorden en los sistemas de información para saber a quién vacunar según cada fase y etapa. Pese a esto, el Gráfico 16 muestra una tendencia creciente en el número de personas vacunadas desde el mes de mayo hasta agosto, permitiendo que -al 30 de octubre de 2021- el 58,69% de la población colombiana tenga al menos una dosis y el 41,66% esté completamente vacunada. Esto se acompaña también de una tendencia decreciente en la cantidad de casos y muertes desde julio de 2021, momento en el que se superó el 20% de las personas vacunadas con la primera dosis y el 10% con el esquema completo.

Gráfico 16: Cantidad de muertes por covid-19 vs Porcentaje de población vacunada (al menos con una dosis)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de Our World In Data.

¹⁷ Esto se debe a la ausencia de estudios en esta población para inicios de 2021, momento en que fue formulado este Plan. Esta situación se revirtió el 23 de julio de 2021, cuando el Ministerio de Salud y Protección Social inició la vacunación para las mujeres en estado de embarazo y desde el 28 de agosto de 2021 se dio apertura para que se vacunaran los menores de edad de 12 años en adelante.

Estudio de casos

Buenaventura, Cali y Puerto Tejada¹⁸

Según líderes sociales y jóvenes afrocolombianos entrevistados, los actores que han participado en el proceso de vacunación en el distrito de Buenaventura son: la Secretaría de Salud Distrital, la Gobernación del Valle del Cauca, la Sociedad Portuaria, el Ministerio de Salud, las Juntas de Acción Comunales, diferentes organizaciones sociales y el Hospital Luis Ablanque de la Plata. Entre estas entidades se han distribuido funciones de sensibilización, información y promoción, así como el contacto a los usuarios para que supieran cuál era su día y turno para irse a vacunar. Los centros de salud afiliados al Hospital Luis Ablanque de la Plata han estado habilitados para la vacunación, así como también los dos coliseos deportivos (Coliseo Roberto Lozano Batalla en el centro y el Coliseo Polideportivo del Barrio el Cristal) y varias instituciones educativas.

Las personas entrevistadas también reconocen que los mecanismos utilizados para difundir la vacunación fueron pautas a través de radio, televisión, redes sociales, perifoneo, volantes, páginas web y vallas publicitarias. Para la asignación de turnos, cada persona debía revisar si estaba habilitada en una página provista por la Secretaría de Salud. Quienes nacieron en Buenaventura solo debían presentar el documento de identificación e ir a cualquiera de los puntos de vacunación, caso contrario debían consultar en la página.

En el municipio de Cali la coordinación del proceso de vacunación está a cargo de la Secretaría de Salud, cuya cabeza es Miyerlandi Torres. En esta dependencia existen cuatro equipos que se coordinan entre sí para llevar a cabo la vacunación: un equipo logístico que se encarga de la distribución, un equipo de asistencia técnica, que se encuentra en terreno con los Instituto Prestadores de Salud (IPS), un equipo de sistemas de información que hace manejo de datos y un equipo de epidemiología que maneja la salud pública, promoción y prevención.

Al realizar las entrevistas a jóvenes y mujeres afrodescendientes de la Casa Cultural El Chontaduro (al oriente de Cali), se percibe que, en general, cuentan con poca información sobre el proceso de vacunación y aquella que tienen la escuchan en los noticieros, la radio y en conversaciones con familiares, amigos y vecinos. Reconocen que la Alcaldía de Cali ha dispuesto

¹⁸ Esta sección estuvo a cargo del equipo de investigación de Colabora.Lat Colombia: Jorge Figueroa e Inge Helena Valencia (Universidad Icesi), quienes contaron con los valiosos aportes de Alejandra Alzate, Weimar Ordoñez, Dilme Briche y Daniel Navarro. Una versión extendida de este estudio de casos puede encontrarse en <https://colabora.lat/documento/estudio-de-caso-vacunas-colombia/>

puntos de vacunación en distintas partes de la ciudad, incluyendo en cuatro comunas donde habita una alta proporción de población afrodescendiente y -por un tiempo- un bus en la entrada del barrio Charco Azul. Asimismo, saben que las personas deben llegar a los puntos -sin necesidad de solicitar citas- en las horas establecidas por las entidades a cargo. También, que se programó según los rangos de edad y por enfermedades de base y se desarrolló gradualmente.

El proceso de vacunación en Puerto Tejada ha estado liderado por la Secretaría de Salud Municipal. Esta dependencia se encarga de hacer seguimiento y arqueo de los biológicos directamente en el IPS y en el punto donde se conservan, revisa los registros de las cadenas de frío, verifica que las dosis administradas sean acordes a la población a la cual se está vacunando y coincidan con las cantidades entregadas por la Secretaría de Salud Departamental. También garantiza la seguridad de las vacunas, teniendo en cuenta el desplazamiento desde la entrega que hace la Secretaría de Salud Departamental hasta el municipio, proceso que es acompañado por la Policía Nacional. La Secretaría de Gobierno, otra dependencia de la Administración Municipal, también ha apoyado el desplazamiento de los biológicos. El IPS vacunador ha sido la ESE Norte 3, a quienes el departamento le hace la entrega del biológico. Es la entidad encargada de la administración, la custodia y la cadena de frío de las vacunas. Por otra parte, la Personería en representación de la Contraloría, hace seguimiento semanal al proceso, relevando las dificultades que se han podido presentar en la administración y entrega del biológico, con el cumplimiento en la atención de los puestos de vacunación y con los estándares o los lineamientos nacionales de vacunación.

La vacunación se ha divulgado a través de alocuciones del alcalde Dagoberto Domínguez. Las instituciones educativas han desplegado información escrita y durante las clases, a estudiantes y padres de familia. También se han realizado perifoneos, entrega de volantes y plegables, carteleros en lugares comunes, uso de redes sociales y disposición de información en las páginas web institucionales de la Administración Municipal y de la ESE Norte 3. El proceso de vacunación siguió la asignación de turnos tal como lo indicaba el PNV. También se realizó vacunación domiciliaria a mayores de 70 años, en los centros penitenciarios del municipio y en los hogares de adultos mayores. La ESE Norte 3 es la entidad que coordina la logística de estos centros, los cuales también reciben a las personas de los municipios de Padilla y Villa Rica.

Desafíos

Las poblaciones de los territorios analizados son afectadas por posible sesgo del PNV hacia la población que cotiza seguridad social y tiene un empleo formal. El PNV contempla un mecanismo de autopostulación por medio de la plataforma Mi Vacuna, pero la brecha digital del país puede dificultar este proceso para muchas poblaciones, así como su acceso a la información de la etapa asignada y la notificación de las citas. Además, el criterio de priorización prevalente fue la edad y el riesgo epidemiológico. Se hace así un demérito a los principios de equidad, igualdad, beneficencia, justicia social y justicia distributiva que enuncia el mismo.

En cuanto a las limitaciones particulares de cada territorio, en Buenaventura se indicó la demora en la llegada y la escasez de las vacunas porque se acababan muy rápido. Aunque al inicio de la vacunación hubo represamiento de dosis en inventario por falta de capacidad logística, hacia los meses de agosto y septiembre comenzaron a presentarse problemas de desabastecimiento por segundas dosis. En Puerto Tejada también se evidenció la escasez de vacunas. Además, la dependencia de la Secretaría Departamental del Cauca para la recepción de los biológicos puede retrasar la logística de la distribución.

Sumado a esto, se identificó el miedo por los efectos secundarios y la desinformación sobre el origen de las vacunas (Buenaventura) así como otros mitos referidos a estas, por ejemplo, que “tienen un chip”, “tienen metales pesados que te pueden enfermar” (Cali), o matan o disminuyen la población (Puerto Tejada). En Cali, la presencia de estas ideas se refuerza con la ausencia de un enfoque diferencial que socialice el PNV a través de pedagogías y estrategias adecuadas a las condiciones de la población. En Puerto Tejada estos mitos se fueron desvirtuando con la capacitación, orientación y divulgación de información.

Por último, en los tres casos analizados se evidencia que los territorios urbanos son priorizados y privilegiados para acceder a la vacunación. La ruralidad cuenta con más dificultades para acceder a los puestos designados, haciendo que la población tenga que incurrir en costos adicionales para obtener la inmunización, que involucran inversión en tiempos y gastos de desplazamiento. De igual manera, se evidencia que hay otros elementos que inciden en el proceso de vacunación como lo son las condiciones de pobreza y vulnerabilidad de muchas poblaciones y la presencia de violencias y conflictos territoriales.

Buenas prácticas

El distrito especial de Buenaventura fue una de las 41 entidades territoriales donde se unificaron las etapas de vacunación desde el 11 de junio de 2021, a partir de la Resolución 802 del Ministerio de Salud y Protección Social. Esta medida se adoptó gracias a las peticiones de gobiernos departamentales y municipales para establecer estrategias diferenciales en el PNV que agilizaran la inmunización, debido a los altos costos logísticos, la dispersión territorial, las áreas de difícil acceso, las poblaciones con condiciones de vulnerabilidad y el componente étnico de ciertos territorios que dificultan seguir el proceso de fases y etapas.

Asimismo, la Secretaría de Salud distrital de la Alcaldía de Buenaventura realizó campañas de salud, como misiones médicas y jornadas integrales de salud junto a entidades y organizaciones sociales y humanitarias. También coordinó con los Consejos Comunitarios de algunos corregimientos con alta vocación turística y con el apoyo del Hospital Luis Ablanque de la Plata, la vacunación a estos sectores. En esa misma clave de la reactivación económica, la secretaria de Salud de Buenaventura, Francy Candelo, indicó que se vienen adelantando estrategias de vacunación en empresas e instituciones como la cárcel, la Sociedad Portuaria, la empresa de acueducto y en zonas comerciales de la ciudad.

La percepción de los y las jóvenes y mujeres afrodescendientes en Buenaventura y la información revisada desde la Alcaldía distrital, evidencia que el proceso de vacunación ha implicado la coordinación de diversos sectores y que también se ha llegado a varias zonas rurales. En este territorio se abrieron desde muy temprano, todas las etapas del PNV. Esta medida tiene una mirada diferencial que consideró las dificultades de acceso de la población en zonas rurales. Esto también se ha subsanado con la realización de jornadas de vacunación en algunos de estos territorios. Sin embargo, todavía no se cumplen las metas en el distrito y muchas poblaciones deben hacer largos recorridos para vacunarse.

GUATEMALA

El 13 de marzo de 2020 fue registrado oficialmente el primer caso de covid-19 en Guatemala. Esta pandemia ha tenido un fuerte impacto en el resguardo de los derechos de las juventudes en el país. Entre enero y agosto de 2020, hubo un alza del 26% de denuncias de violencia intrafamiliar que afectó principalmente a mujeres jóvenes. Además, la fuerte estigmatización hacia las y los jóvenes les hace susceptibles a ser vistos como responsables de la propagación del virus (Montenegro, 2021d). Al 1 de noviembre de 2021, Guatemala ha registrado 601.572 casos de covid-19 y 15.094 personas han muerto por su causa (Our World in Data).

Las severas medidas¹⁹ 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, s/f). 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. Con la eliminación 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 encargada de las adquisiciones e implementación de la vacuna (Montenegro, 2021c).

El gobierno guatemalteco recibió fuertes críticas por confiar en dos fuentes para inocular al 100% de su población objetivo. Por un lado, Guatemala participa del mecanismo Covax, a través del cual preveía asegurarse la vacuna para el 20% de su población objetivo para finales de 2021, es decir, 6,74 millones de dosis (Ola, 2021). Si bien el gobierno anticipó el pago de 10,7 millones de dólares, al 20 de octubre de 2021 el país sólo recibió 1,25 millones de dosis por este mecanismo. Esto es, menos de un quinto de lo estipulado o, en otras palabras, el equivalente a sólo el 4% de la población objetivo.

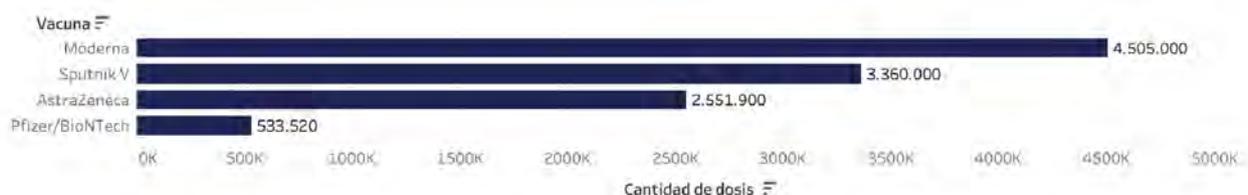
Por otro lado, el 4 de agosto el canciller guatemalteco envió una misiva oficial al Ministerio de Asuntos Exteriores ruso para expresar la intención de ser país prioritario para la adquisición

¹⁹ 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>

de la vacuna Sputnik V (Espina, 2021). La Viceministra Técnica del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y quien luego reemplazaría a la que entonces era Ministra de Salud, sería asignada como punto focal en las negociaciones, para firmar el 3 de noviembre el acuerdo de confidencialidad con Rusia. Finalmente, el 30 de marzo de 2021, Guatemala firmó el contrato con el Fondo Ruso de Inversión Directa para adquirir 16 millones de dosis de la vacuna Sputnik V y así inocular al 80% de su población objetivo. Desde el inicio, este contrato recibió críticas por su cláusula de confidencialidad y también por quitar responsabilidad al laboratorio ruso ante retrasos en la producción. Esto último es lo que se ha ido verificando en los últimos meses. A partir del retraso en la entrega de las dosis prometidas, en julio de 2021 se anunció la modificación del contrato por parte del gobierno, reduciendo un 50% la compra originalmente estipulada. El monto correspondiente a las 8 millones de dosis ya ha sido pagado por el gobierno. La falta de acceso a vacunas -y compras aseguradas- ha sido una gran preocupación. Además, para agosto de 2021, el Ministerio de Salud había ejecutado sólo el 42% del monto aprobado para la compra de vacunas. Es decir, casi el 60% no había sido aún asignado. No fue sino hasta noviembre de 2021, que el gobierno guatemalteco firmó un contrato con AstraZeneca por 4 millones de dosis para ser recibidas entre 2021 y 2022. El contenido del contrato, no obstante, no es de público acceso (Del Águila, 2021). En el caso de las negociaciones con Pfizer, el presidente Giammattei sostuvo que la farmacéutica pide un requisito que obligaría al país a renunciar a su soberanía.

Al 20 de octubre de 2021, Guatemala recibió más de 10 millones de vacunas, de las cuales alrededor del 41% pertenecen a Moderna, a través de una donación por parte de Estados Unidos, 31% a Sputnik V, el 23% a AstraZeneca y un 5% a Pfizer-BioNTech -las dosis de estos últimos dos laboratorios a través de Covax-. Es decir, Guatemala ha dependido en un 70% de las donaciones hechas.

Gráfico 17: Guatemala: Cantidad de dosis recibida por laboratorio.



Fuente: elaboración propia

Guatemala fue uno de los últimos países en iniciar el proceso de vacunación, el 25 de febrero de 2021, y su disponibilidad de dosis de vacunas contra el covid-19 depende, en gran medida, de las donaciones directas o a través del mecanismo Covax. De hecho, no fue sino tras una donación de Israel de 5 mil dosis de vacunas y otras 200 mil de la India, que Guatemala inició su proceso de vacunación en la última semana de febrero. El 11 de marzo llegaría, con un mes de retraso, un total de 81.600 dosis de vacunas de AstraZeneca a través del mecanismo Covax (Montenegro, 2021).

Gráfico 18: Lotes de vacunas llegadas a Guatemala

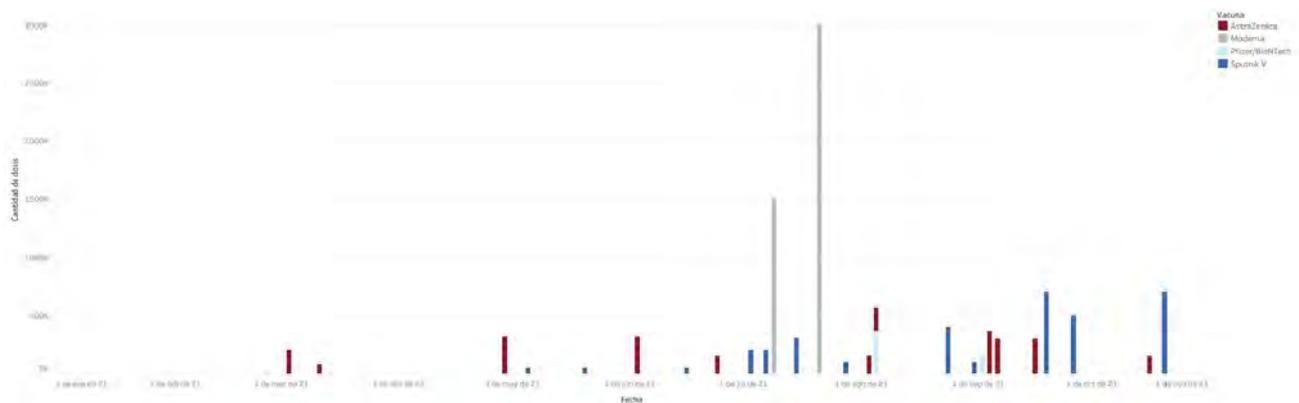


Gráfico 19: Cantidad de muertes por covid-19 vs Porcentaje de población vacunada (al menos con una dosis)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de Our World In Data

Estudio de casos

La vacunación de jóvenes en tres cabeceras municipales: Guatemala, Suchitepéquez y Alta Verapaz²²

En el Acuerdo Ministerial 0262-2020, las autoridades de salud pública resolvieron que la creación del Comité de Coordinación Nacional para la Vacunación contra el covid-19 estaría mayoritariamente en manos de las unidades técnicas del ministerio y viceministerios, con poca participación y representación de otros actores sociales²³. Esta decisión tuvo implicaciones sobre los actores tomados en cuenta para la puesta en marcha del Plan Nacional de Vacunación (PNV), compuesto de 4 grupos prioritarios con distintas subfases.

El registro de vacunación requería, en un primer momento, de citas programadas a través de la plataforma virtual o la línea telefónica designada. Debido al alto número de personas sin

²² Esta sección estuvo a cargo del equipo de investigación de Colabora.Lat Guatemala: Sofía Montenegro e Isabel Reyes (Diálogos). Una versión extendida de este estudio de casos puede encontrarse en <https://colabora.lat/documento/estudio-de-caso-vacunas-guatemala/>

²³ El Comité de Coordinación Nacional para la Vacunación contra el 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.

acceso a estos recursos, el Ministerio implementó también centros de registro físicos. Para ello, se contó con la colaboración de dueños de los centros comerciales del país, quienes abrieron y montaron quioscos de registro de vacunación en los distintos puntos de la red de centros comerciales. Esto favoreció al sector urbano y menos pobre del país.

A poco de iniciado el proceso de vacunación, el Comité realizó adendas y modificaciones a los grupos priorizados en el PNV. Algunas fueron el resultado de una readecuación del análisis del cuerpo técnico, basándose en el deficiente suministro de vacunas al momento²⁴. Para el mes de septiembre, se tenían abiertos todos los grupos priorizados. Las y los jóvenes en Guatemala, según lo establecía el PNV, se encontraban en la última de las sub-fases de los grupos prioritarios para el proceso de vacunación, esto es, agosto y septiembre del 2021 (cinco meses desde el inicio del proceso de vacunación). Según las estadísticas del tablero covid-19 del Ministerio²⁵, al 8 de noviembre de 2021, tan solo el 19% de jóvenes entre los 18 y 29 años han completado su esquema de vacunación, y un 2% para el rango de edad entre los 12 y 17 años. Bajo recomendaciones de la OMS, Guatemala ha extendido la implementación de la vacuna a la niñez y adolescencia. Derivado de este proceso, el Comité se ha relegado de su objetivo de identificar grupos prioritarios, pero mantiene las competencias de planificación y logística.

En la designación de puestos y centros de vacunación, el Ministerio 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.

El desarrollo de la campaña de vacunación, no solo excluyó desde su diseño a representantes de organizaciones indígenas²⁶, 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 Ministerio aún no cuenta con una campaña de comunicación en los idiomas maternos de los pueblos indígenas.

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

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

26 En el Comité solo se contó con la presencia de la Unidad de Pueblos Indígenas e Interculturalidad, el cual según la página del Ministerio de Salud funge como “*órgano asesor del despacho ministerial*”.

Ahora bien, un aspecto importante a destacar 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 y personal administrativo, entre otros).

Desafíos

De la mano de los desafíos asociados a la estigmatización e impacto desproporcionado del covid-19 en las poblaciones juveniles de Guatemala, existen grandes disparidades entre los distintos territorios del país. En los casos de los municipios a estudiar, a pesar de las diferencias interdepartamentales, existe una relación entre el porcentaje de población vacunada y el porcentaje de jóvenes con una primera dosis de la vacuna. Esto sugiere que la edad puede no ser el principal factor que incide en las campañas de vacunación en estos territorios. Asimismo, la cantidad de mujeres vacunadas supera a la de hombres.

Tabla 5: Personas vacunadas en tres municipios de Guatemala, Suchitepéquez y Alta Verapaz, al 8 de noviembre de 2021

Departamento	Municipio	Total población vacunada con primera dosis	Total de mujeres vacunadas con primera dosis	Total de jóvenes (12-29 años) vacunados con primera dosis	% del total de población en el municipio	% de total jóvenes (12-29 años) en el municipio
Guatemala	Guatemala	919.951	470.812	293.166	76%	79%
Suchitepéquez	Mazatenango	30.325	15.262	9.617	36%	32%
Alta Verapaz	Cobán	52.139	26.990	18.758	22%	23%
Guatemala	Amatitlán	59.611	31.459	17.944	39%	35%

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

Pese a las diferencias existentes entre los departamentos, la población juvenil se ha enfrentado a desafíos similares a nivel nacional, tales como la brecha digital, que limitó el registro a turnos para las vacunas y la falta de acceso a centros de registro habilitados, ubicados mayormente en centros urbanos. En segundo lugar, la campaña de comunicación del Ministerio se ha llevado a cabo principalmente por medio de redes sociales oficiales. Todavía existe poco esfuerzo para llegar 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.

Las limitaciones han estado también relacionadas a la problemática de la centralización y falta de accesibilidad a estrategias variadas, que favorecen a la población ladina y perjudica aquella indígena (maya y xinka). Los retos de las poblaciones rurales para trasladarse a centros de vacunación y la limitada accesibilidad al agua potable, por mencionar algunos, colocan a esta población también en mayor vulnerabilidad frente al covid-19. Esta es la población menos vacunada, con una diferencia de hasta casi tres veces menos que las áreas urbanas. Adicionalmente, 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 al resto de la población, sobre todo en la región noroccidental del país (caracterizado por sus altos índices de pobreza y afectados en las tormentas tropicales ETA y IOTA en 2020).

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, donde se llevó a cabo la aplicación de la vacuna de casa en casa. Derivado de estas acciones, se han podido llegar hasta las colonias y residencias más lejanas y remotas. Asimismo, con el aumento de puestos de vacunación, se ha reducido el porcentaje de personas que deben salir de sus municipios para obtener la vacuna: se pasó de un 33% de movilidad de con 58 puestos de vacunación (semana 17) a un 9% de movilidad con 449 puestos de vacunación (semana 18).

El estudio diseñado por Diálogos y en coordinación con CONGCOPP²⁷, en el departamento de Sololá (entre el mes de julio y agosto del 2021) resaltó la importancia de actores como la corporación municipal, líderes comunitarios, alcaldías indígenas, líderes religiosos y otras personas de la comunidad en los puestos de vacunación y la estrategia de promoción comunitaria de la vacuna contra el covid-19. La participación de la alcaldía indígena tuvo un efecto significativo y positivo para las personas en el 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 que persiste en lugares que no han tenido acceso a información, entre otros factores.

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 (internet, refrigeradoras, impresoras, jeringas) para el proceso de vacunación.

Otro de los actores claves que han contribuido a la implementación del PNV son los voluntarios y voluntarias que asisten, sobre todo, 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 resolver esta situación, representantes del Consejo decidieron realizar una campaña en redes sociales, en donde compartían fotos personales de su inmunización. Según el entrevistado, el resultado fue tan positivo que, durante la jornada de vacunación, llegó gente de otras comunidades. Lo sucedido en la aldea de 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.

²⁷ 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>

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, para así concretar una campaña equitativa y exitosa. 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. Por ello, el proceso de inmunización se ha limitado para algunos, ampliando las brechas en la implementación del plan en varios municipios y departamentos del país.

MÉXICO

El 28 de febrero de 2020 fue registrado oficialmente el primer caso de un paciente mexicano con covid-19. Al 1 de noviembre de 2021, México ha registrado 3,81 millones de casos positivos y 288.365 personas han muerto por su causa (Our World In Data). La pandemia ha afectado a diversos sectores de la sociedad mexicana, entre los que se encuentran el de servicios y comida (repartidores y choferes de aplicaciones digitales, meseros, restauranteros), el de la salud y de cuidados, el de turismo (hotelería, aerolíneas, centros culturales y de ocio, por citar solo algunos) y el empresarial (micro, pequeñas y medianas empresas), entre otros. Sin embargo, el impacto de las diversas crisis en México repercute con mayor fuerza en grupos vulnerabilizados e históricamente excluidos de las políticas y decisiones del gobierno (Aguilar y Méndez, 2021).

Este país inició su campaña de vacunación el 24 de diciembre de 2020. Junto a Chile y Costa Rica, fue uno de los primeros en llevar a cabo este proceso en América Latina. El 13 de octubre de 2020 se anunciaron los contratos de adquisición de cuatro opciones iniciales para México (Camhaji, 2020). Primero, se encuentra el mecanismo Covax, a través del cual se logró la negociación de 51,57 millones de dosis, en modo de alcanzar a 25,79 millones de personas inmunizadas (dos por persona). Esto es, alrededor del 20% de la población. Desde el inicio de la pandemia, la representación diplomática de México en la ONU tuvo participación en los foros de salud y de acceso equitativo a la vacuna contra el covid-19. En ellos, se reiteró la necesidad de hacer la vacuna un bien público, es decir, accesible a toda la población. En este contexto, México se incorporó en Covax para acceder a los lotes de vacunas de la farmacéutica AstraZeneca. A su vez, el país participa en el ya mencionado Acelerador ACT, iniciativa de colaboración mundial para acelerar el desarrollo y la producción de pruebas, tratamientos y vacunas contra el covid-19 y garantizar el acceso equitativo a ellos.

En segundo lugar, respecto a los contratos de adquisición, se dio a conocer el acuerdo con Pfizer, acordando la compra de 34,4 millones de dosis para alcanzar la inmunización de alrededor del 13% de la población. Al ser las primeras dosis en llegar al país, estas se distribuyeron al personal médico.

Tercero, se acordó con la farmacéutica AstraZeneca la compra de 77,4 millones de dosis para 38,7 millones de personas (30% de la población), siendo de los primeros países en el mundo en lograr acuerdos comerciales con la empresa. Para el caso de esta vacuna, México firmó un acuerdo para producir y distribuir 250 millones de dosis en la región de América Latina, en

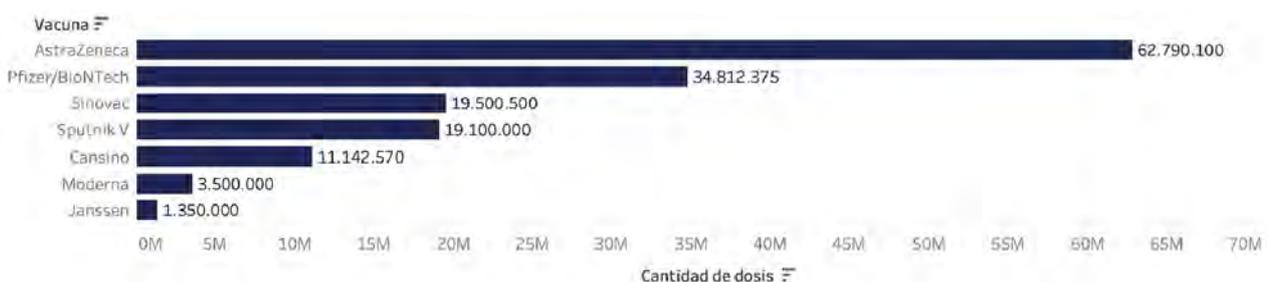
asociación con Argentina y la fundación de Carlos Slim (Maldonado, 2020). Estas negociaciones fueron organizadas por la fundación en cuestión, tomando como punto de partida la necesidad de producción y asequibilidad de biológicos en la región (Salud, 2021).

En cuarto lugar, se llevaron a cabo negociaciones con el laboratorio CanSino Biologics para la adquisición de 35 millones de vacunas monodosis. En el mes de febrero de 2021, se entablaron conversaciones entre México y Rusia para la compra de 24 millones de dosis de la vacuna Sputnik V, y alcanzar así la vacunación de 12 millones de personas en el territorio. Antes del acuerdo entre el presidente mexicano y su par ruso sobre la adquisición de estas dosis, el gobierno de México envió una comitiva para obtener información acerca del biológico y evaluar su eventual compra (Salud, 2021a). Además de las mencionadas, también se aprobaron entre abril y agosto de 2021, las vacunas de las siguientes farmacéuticas: Covaxin, Johnson y Johnson, Moderna y Sinopharm-Beijing.

En general, el gobierno mexicano no ha dado a conocer los contratos sobre las adquisiciones de vacunas, ni los costos por unidad de cada tipo de vacuna, lo cual indica la decisión de clasificar como confidencial los acuerdos, siguiendo la presión de las farmacéuticas (Ocaranza y Aspra, 2021). Hasta el momento, sólo se conoce que el documento con el precontrato de AstraZeneca tiene 40 páginas, 13 de ellas contienen información que están tachadas con negro, y 2 en blanco; el contrato con Pfizer tiene 48 páginas, de las cuales 23 contienen fragmentos tachados y faltan los anexos; y el documento del contrato con Cansino tiene 20 páginas, 9 tachas y sin anexos (Poder Latam, 2021). Además, tampoco se han hecho públicas las conversaciones, ni se cuenta con registros oficiales sobre las discusiones específicas durante reuniones o llamadas.

México ha recibido vacunas de siete farmacéuticas: Pfizer-BioNTech, AstraZeneca, Sinovac, Centro Nacional de Investigación de Epidemiología y Microbiología Gamaleya, CanSino Biologics, Johnson & Johnson y Moderna. Alrededor del 41% de estas pertenecen a AstraZeneca y el 23% a Pfizer-BioNTech.

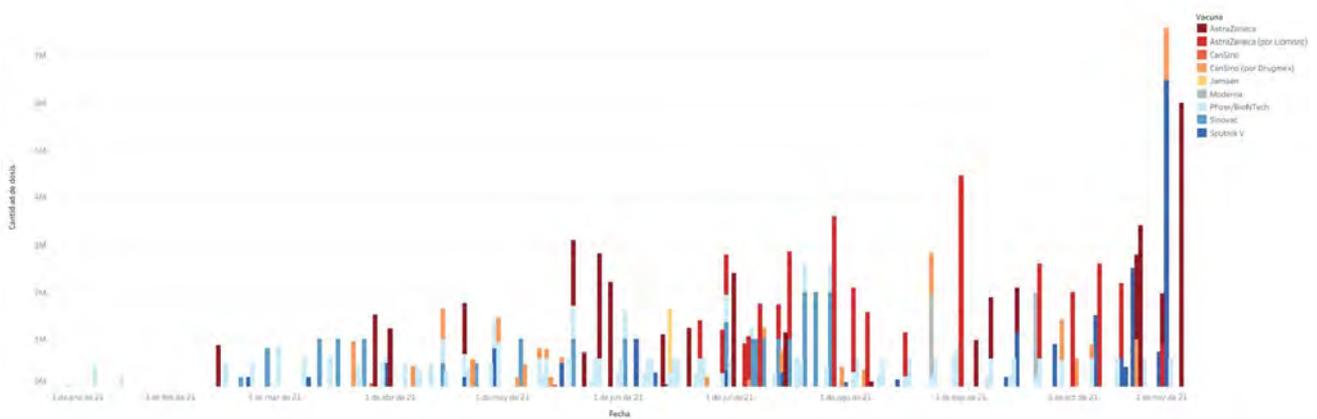
Gráfico 20: México: Cantidad de dosis recibida por laboratorio.



Fuente: elaboración propia

Hasta el 30 de octubre de 2021, ha tenido disponibles más de 153 millones de dosis. Estas fueron recibidas en 146 embarques (160 vuelos) y más de 41 millones de dosis de CanSino y AstraZeneca, fueron envasadas en México por el laboratorio Drugmex y Liomont, respectivamente. La entrega de las primeras vacunas en ser envasadas localmente se realizó el 22 de marzo y desde entonces se realizaron 41 entregas (Secretaría de Salud, 2021).

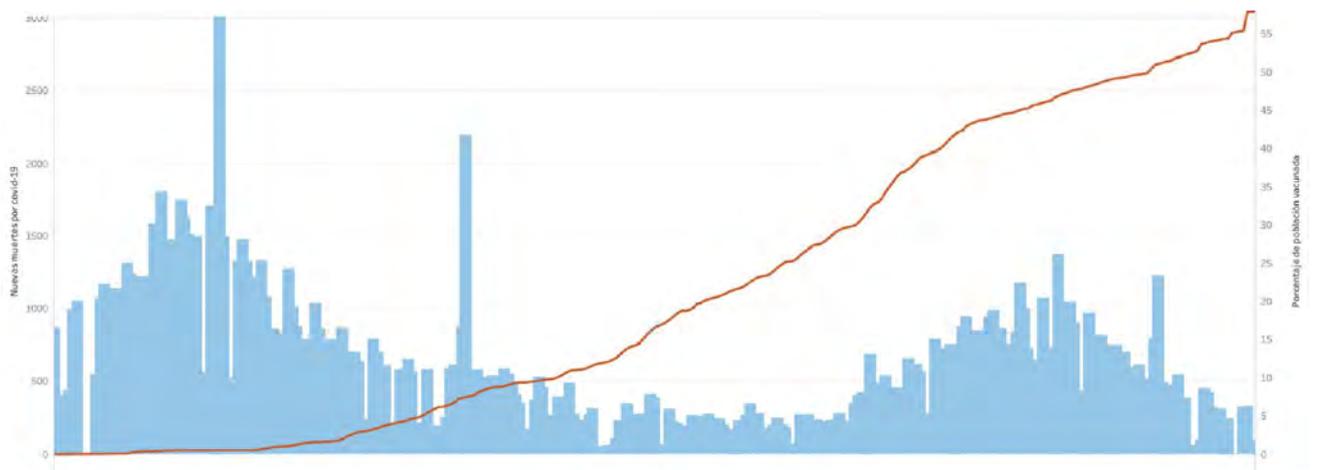
Gráfico 21: Lotes de vacunas llegadas a México



Fuente: elaboración propia

Al 30 de septiembre, se administraron 101,19 millones de dosis de vacunas contra el covid-19, lo cual resulta en que el 49,17% de la población recibió su primera dosis y el 35,16% recibió las dos dosis.

Gráfico 22: Cantidad de muertes por covid-19 vs Porcentaje de población vacunada (al menos con una dosis)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de Our World In Data

Estudio de casos

*Personas migrantes y trabajadoras del hogar en los municipios de Tijuana, Ciudad Juárez, Ciudad de México y Guadalajara*²⁸

La distribución de las vacunas en los estados y municipios del país ha sido coordinada por el gobierno federal mexicano, de acuerdo con la Política Nacional de Vacunación (PNV). Lo anterior debido a que los estados y municipios no cuentan con atribuciones para adquirir vacunas por cuenta propia. Su función principal se ha concentrado en la organización de la logística, de acuerdo con la disponibilidad de las vacunas que reciben del gobierno federal. Por su parte, este último ha organizado la distribución de vacunas apoyado por las fuerzas armadas, específicamente en la denominada “Guardia Nacional”.

Cada estado de la República cuenta con puntos de redistribución establecidos en instalaciones del Ejército, de la Fuerza Aérea y de la Armada del país. Los encargados de la inoculación en el nivel local son las brigadas denominadas “Correcaminos” de vacunación. Estas son coordinadas por un servidor de la nación que reporta el avance de vacunación al centro coordinador estatal y al de la Secretaría de Bienestar del Gobierno Federal. Además, las brigadas están conformadas por médicos, enfermeros, voluntarios, promotores de programas sociales, elementos de la Secretaría para la Defensa Nacional (Sedena) o Guardia Nacional.

Los grupos priorizados para la vacunación han sido, en primer lugar, el personal de salud que tiene contacto con personas contagiadas por el covid-19; en segundo lugar, las personas adultas mayores, seguidas por las personas con comorbilidades (como obesidad, diabetes e hipertensión) y, por último, el personal docente del sector educativo. Las campañas de comunicación para la vacunación en los municipios elegidos han sido dirigidas a la población en general del grupo de edad para los que se encuentran disponibles las vacunas. No hay un registro certero de campañas de comunicación específicas para trabajadoras del hogar ni personas migrantes.

Las trabajadoras del hogar no acudieron a un punto específico de vacunación como grupo prioritario, sino que la vacunación a este grupo se ha dado a partir del rango etario en el que se encuentran. De esta manera, la operación logística ha quedado en manos de los gobiernos subnacionales, a partir de la coordinación con la federación en el número de dosis y aplicaciones. Entre los principales actores que figuran se encuentran: personal médico y de enfermería, servicio público de la nación, así como miles de voluntarios y voluntarias que brindan apoyo en la llegada de las personas a los centros de vacunación.

²⁸ Esta sección estuvo a cargo de Marcela Aguilar (Nosotrxs), quien forma parte del equipo de Colabora.Lat México.

Aunque, los albergues y estaciones migratorias deberían ser puntos de vacunación, al ser lugares de alto riesgo de contagio por las condiciones de hacinamiento, las y los migrantes no han sido un grupo prioritario para el gobierno mexicano. Ante la presión de organizaciones civiles y albergues que han solicitado a las autoridades actuar de inmediato, así como por presión de Estados Unidos a México (véase Forbes, 2021), en los meses de agosto y septiembre se han aplicado vacunas en campamentos de caravanas migrantes. En los campamentos de estas caravanas no existieron requisitos específicos para acceder a la vacunación (a excepción de ser mayor de 18 años). El secretario de salud del estado de Baja California comentó, a los medios de comunicación, que se les había otorgado un comprobante a las personas migrantes vacunadas con la finalidad de que, en dado caso de ya no encontrarse en el campamento donde acudió el personal de salud a vacunarlos, busquen vacunarse con su segunda dosis en Estados Unidos o en donde se encuentren.

Pese a la reciente vacunación de migrantes en campamentos, estos han sido hechos aislados que se han dado, principalmente en Tijuana, Baja California, en la frontera norte de México con Estados Unidos y en Tapachula, Chiapas, en la frontera sur. La primera vacunación de migrantes en la zona del Chaparral, en el estado de Baja California, se realizó el 3 de agosto de 2021 en la que se vacunaron entre 700 y 1.200 migrantes. Por su parte, en la frontera sur del país, se ha coordinado la aplicación de vacunas para personas migrantes en la ciudad de Tapachula, Chiapas. En esta aplicación han colaborado el consulado de Honduras, el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Salud de México.

Desafíos

Uno de los principales retos que han enfrentado las poblaciones en situación vulnerable –en general– pero aún más las personas migrantes, ha sido el registro para acceder a la aplicación del biológico contra el covid-19. Desde el inicio, la PNV contempló el registro previo para la aplicación de vacunas para todas las personas en la plataforma en línea Mi Vacuna. No obstante, el primer requisito para el registro es contar con la clave única de Registro de Población (CURP). Dada la situación de irregularidad de las y los migrantes, éstos no han podido acceder a la vacuna en condiciones de igualdad²⁹.

²⁹ Grupos de activistas y organizaciones se han manifestado ante el riesgo de salud pública que esto implica. Gretchen Kuhner, directora del Instituto para las Mujeres en la Migración, AC menciona que: [L]a vacuna de covid-19 no debería ser supeditada a un documento de identidad del que adolece el Estado mexicano y que se ha suplido

El presidente López Obrador anunció, el 12 de enero de 2021 en su conferencia matutina, que las personas migrantes que se encontraran en territorio mexicano estarían consideradas para recibir la vacuna y que, en caso de no contar con algún documento de identificación, podrían apoyarse de las “brigadas correccaminos” en los sitios de vacunación (Secretaría de Salud, 2021). No obstante, durante los primeros meses del año, hubo poca certidumbre para esta población, pues –en el mejor de los casos– dependían de la disponibilidad de vacunas “sobrantes” en los centros de vacunación, al no acudir con registro en línea previamente. Además, han padecido múltiples violaciones a sus derechos al ser discriminados en los centros de vacunación a los que se presentaban sin registro previo para ser vacunados (Infobae, 2021).

Por otro lado, pese a la reciente incorporación de instancias de vacunación en los campamentos migrantes, los módulos se instalan sólo en fechas específicas. Dada la condición de tránsito constante, muchos de quienes fueron vacunados con la primera dosis, ya no se encuentran en el campamento para el momento de la segunda dosis. Sumado a esto, en la ciudad de Tapachula, Chiapas, el gobierno federal mexicano ha desplegado un operativo para dispersar a las caravanas migrantes que han salido de la frontera con Guatemala y a quienes elementos de la “Guardia Nacional” y personal del Instituto Nacional de Migración han dispersado, maltratado, perseguido y violentado de manera brutal (El País, 2021).

Buenas prácticas

El modelo de vacunación de Guadalajara se ha tomado como referente para otros estados y municipios de México, al operar de manera eficiente. En estos centros de vacunación, las personas tardan en promedio 28 minutos desde que ingresan hasta que salen (López-Fonseca, 2021). El “modelo Jalisco” de vacunación está conformado por cuatro fases: registro en la plataforma del estado; la validación de datos y documentos; la aplicación de la vacuna y la espera de 20 minutos aproximadamente en observación para descartar complicaciones o reacciones adversas.

de manera discrecional con la credencial del Instituto Nacional Electoral (INE), pasaporte y, en este caso, la CURP. Hacerlo es dejar en el limbo a la población migrante, mexicana deportada, binacional que no ha podido acreditar su nacionalidad mexicana por falta de una apostilla, indígena migrante interna, y a aquella que por condiciones de exclusión o rezago de las instituciones municipales no ha podido acceder a un acta de nacimiento o a la corrección de su acta de nacimiento (Amnistía Internacional, 2021).

Durante los primeros meses de vacunación no había un orden preestablecido para la aplicación de la vacuna, sino que se organizaba por orden de llegada. Esto complicaba el proceso, la espera e incrementaba las posibilidades de contagio. Cuando se anunció la vacunación para el personal educativo, a mediados de abril de 2021, la Universidad de Guadalajara habilitó una plataforma en línea propia en la que se establecieron turnos y una agenda específica por centros universitarios para organizar a todo su personal educativo, de tal forma que las personas acudieran de manera ordenada. La vacunación de las y los profesores fue todo un éxito por lo que el gobernador del estado anunció que en Jalisco se replicaría este sistema.

Ante el anuncio, estados como Colima, Sinaloa, San Luis Potosí, Guanajuato, Sonora, Hidalgo y Yucatán acudieron a observar el proceso de la Universidad de Guadalajara para replicarlo. Una vez que concluyó la aplicación de personal educativo de la universidad, el gobierno de Jalisco habilitó una plataforma propia para la vacunación de los grupos que falta vacunar. La Universidad de Guadalajara también presta al gobierno del estado algunos espacios de sus centros universitarios para la vacunación de la población en general.

Conclusiones

A pesar de las inequidades en cuanto al acceso a las vacunas y su distribución, el virus no discrimina entre países y grupos pobres versus países y grupos ricos. Las asimetrías de la respuesta, por ende, no oscurece la naturaleza simétrica de los impactos sanitarios de covid-19. Donde la vacuna no llega, el virus prolifera. Es así que testimoniamos la emergencia y la proliferación reciente de Omicron—una nueva variante de covid-19 que es considerablemente más contagiosa.

Surgen preguntas claves, entonces, como consecuencia de este proceso tan irregular en cuanto a la adquisición y la distribución de las vacunas. ¿Cómo se pueden generar instancias de colaboración en dinámicas de asimetría? ¿Cómo forjar la cooperación entre países donde las relaciones de poder son tan desiguales? ¿Cómo hacer que el Estado priorice a grupos menos accesibles cuando se trata del suministro de las vacunas?

Estas preguntas no esperan respuestas fáciles ni unidimensionales, pero nuestro análisis sugiere que instancias de colaboración —sobre todo a nivel local— han ayudado a que la distribución de vacunas sea más equitativa. En particular, la colaboración por parte de actores no estatales fue crucial en los seis países examinados.

Por ejemplo, distintos actores -como movimientos sociales, sectores gremiales, confederaciones y universidades- ayudaron a identificar y/o prestar espacios físicos de vacunación en los seis países. En la provincia de Buenos Aires (Argentina), se pusieron a disposición lugares de vacunación itinerantes y móviles, con la ayuda de estaciones de tren, clubes, e instituciones barriales, igual que la Cruz Roja Argentina y universidades públicas de la provincia. Observamos algo parecido en el caso guatemalteco y boliviano con las brigadas de vacunación. En Colombia, estos actores incidieron para intentar ayudar a cerrar brechas en el acceso en las áreas rurales. En Bolivia ayudaron a definir horarios más accesibles para distintos sectores. En Chile y Colombia, cumplieron el rol de proveer información sobre la vacunación dentro de la población y hacer campañas para la salud en general.

Distintos sectores de la sociedad civil fueron claves, además, para ayudar a contrarrestar la información falsa sobre la seguridad de las vacunas. En Bolivia, tres confederaciones sindicales con extensión nacional, CONAMAQ, CSUTCB y CNMCIOC-BS, trabajaron en alianza con el gobierno para eliminar los mitos y las mentiras acerca de las vacunas, como parte de una campaña de vacunación masiva. Distintas organizaciones sociales y albergues ayudaron a presionar al Estado mexicano para que los migrantes sean considerados dentro del plan de vacunación.

Estos ejemplos sugieren que es posible incidir desde las bases para revertir ciertas asimetrías en cuanto a la entrega de vacunas a distintos grupos marginados a lo largo de un territorio nacional. Distintos actores no estatales, en alianza con el gobierno o como fuente de presión hacia él, tuvieron un rol importante en el acceso a (y la información sobre) las vacunas.

Para concluir, quizás sea oportuno profundizar el nivel de análisis en modo de interrogarse sobre cuestiones tales como ¿En qué modo logramos que estas redes de colaboración se vuelvan estables a lo largo del tiempo y se potencien en cuanto a escala? ¿Qué incentivos hay en los Estados para “redistribuir poder” al abrir los espacios de formulación e implementación de políticas (como lo es un plan de vacunación) a distintos actores no estatales? ¿La gobernanza colaborativa está destinada a permanecer como un espacio de análisis y acción meramente local (municipal o barrial) o se pueden pensar esquemas territorialmente más amplios?



Referencias

Acuerdo de compromiso entre el gobierno de Chile y la Alianza GAVI. Disponible en <https://www.chiletransparente.cl/wp-content/uploads/2021/07/Acuerdo-COVAX-MINSAL.pdf>

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)

Aguilar, Marcela y Méndez, Juan (2021). Los efectos de la pandemia por covid-19 en personas migrantes y trabajadoras del hogar en México: entre la desigualdad y la descoordinación gubernamental. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asuntos del Sur. ISBN 978-987-47308-4-8. Disponible en <https://colabora.lat/papers/policy-paper-2-los-efectos-de-la-pandemia-por-covid-19-en-personas-migrantes-y-trabajadoras-del-hogar-en-mexico-entre-la-desigualdad-y-la-descoordinacion-gubernamental/>

Alcaldía de Buenaventura (2021a, agosto 14). Comunidad Indígena del Alto Guanwi recibió atención en Salud. <https://www.buenaventura.gov.co/articulos/comunidad-indigena-del-alto-guanwi-recibio-atencion-en-salud>

Alcaldía de Buenaventura (2021b, agosto 14). Embarazadas de Buenaventura previenen el Covid19 con la vacuna de Pfizer <https://www.buenaventura.gov.co/articulos/embarazadas-de-buenaventura-previenen-el-covid19-con-la-vacuna-de-pfizer>

Alcaldía de Buenaventura (2021c, septiembre 2). Este sábado 4 de septiembre la comuna 10 se vacuna contra varias enfermedades. <https://www.buenaventura.gov.co/articulos/este-sabado-4-de-septiembre-la-comuna-10-se-vacuna-contra-varias-enfermedades>

Alcaldía de Buenaventura (2021d, septiembre 2). Hay 1.800 dosis de Astrazeneca para segundas dosis en Buenaventura. <https://www.buenaventura.gov.co/articulos/hay-1800-dosis-de-astrazeneca-para-segundas-dosis-en-buenaventura>

Alcaldía de Buenaventura (2021e, junio 24). Las empresas y el comercio de Buenaventura le dicen Sí la Vacuna contra la Covid19. <https://www.buenaventura.gov.co/articulos/las-empresas-y-el-comercio-de-buenaventura-le-dicen-si-la-vacuna-contra-la-covid19>

Alcaldía de Buenaventura (2021f, junio 28). Se cumplió jornada de vacunación contra Covid19 en las zonas costeras y turísticas de Juanchaco, la Bocana y sectores aledaños. <https://www.buenaventura.gov.co/articulos/se-cumplio-jornada-de-vacunacion-contra-covid19-en-las-zonas-costeras-y-turisticas-de-juanchaco-la-bocana-y-sectores-aledanos>

Alcaldía de Buenaventura (2021g, agosto 3). La Salud más cerca de los habitantes del corregimiento de Punta Soldado. <https://www.buenaventura.gov.co/articulos/la-salud-mas-cerca-de-los-habitantes-del-corregimiento-de-punta-soldado>

Alcaldía de Buenaventura (2021h, agosto 4). Habitantes de Cisneros fueron beneficiados con jornada de salud y vacunación Anticovid <https://www.buenaventura.gov.co/articulos/habitantes-de-cisneros-fueron-beneficiados-con-jornada-de-salud-y-vacunacion-anticovid>

Amnistía Internacional. (2021, febrero 2). México: Registro de vacunación excluye a importantes sectores de la población por solicitar CURP y pone en riesgo la salud pública. [Comunicado de prensa]. <https://www.amnesty.org/es/latest/press-release/2021/02/mexico-registro-vacunacion-excluye-importantes-sectores-poblacion>

Argentina.gob.ar (2021). Arribó al país un embarque con 936.000 vacunas de Pfizer y mañana llegarán 687.960 dosis más <https://www.argentina.gob.ar/noticias/arribo-al-pais-un-embarque-con-936000-vacunas-de-pfizer-y-manana-llegaran-687960-dosis-mas>

Ballarino, Florencia (2021, Octubre 28). Qué sabemos sobre la tercera dosis y el stock de vacunas disponibles contra el coronavirus. Chequeado. <https://chequeado.com/el-explicador/que-sabemos-sobre-la-tercera-dosis-y-el-stock-de-vacunas-disponibles-contra-el-coronavirus/>



BBC (2021, junio 22). Coronavirus | “Los países ricos se comportaron peor que en las peores pesadillas”: las duras palabras de The Lancet sobre el fracaso del mecanismo Covax <https://www.bbc.com/mundo/noticias-57567048>

Behrend, Jacqueline y Simpson, Ximena (2021). La respuesta a la pandemia provocada por el covid-19 en los municipios de San Martín, Tres de Febrero, Avellaneda y Quilmes. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asuntos del Sur. ISBN 978-987-47308-7-9. Disponible en <https://colabora.lat/papers/policy-paper-5-la-respuesta-a-la-pandemia-provocada-por-el-covid-19-en-los-municipios-de-san-martin-tres-de-febrero-avellaneda-y-quilmes/>

Bianchi, Matías y Lara, Ignacio (2021). “Gobernanza Regional 3M: Hacia Una Convergencia del Multilateralismo en América Latina en Tiempos Pandémicos”. Asuntos del Sur, Working paper 1. Disponible en <https://colabora.lat/documento/working-paper-1-gobernanza-regional-3m/>

Blanco, Daniela (2021a, 25 de abril). Qué dice el contrato entre el Gobierno y el laboratorio AstraZeneca que investiga la justicia. Infobae. <https://www.infobae.com/salud/ciencia/2021/04/25/que-dice-el-contrato-entre-el-gobierno-y-el-laboratorio-astrazeneca-que-investiga-la-justicia/>

Blanco, Daniela (2021b, 21 de septiembre). Hito científico: Argentina fabricará vacunas de tecnología ARN mensajero contra el COVID-19. Infobae. <https://www.infobae.com/america/ciencia-america/2021/09/21/hito-cientifico-argentina-fabricara-vacunas-de-tecnologia-arn-mensajero-contra-el-covid-19/>

Brown, Gordon (2021, septiembre 12). Occidente tiene más vacunas anti-COVID de las que necesita y no hay excusa para no compartirlas. elDiario.es https://www.eldiario.es/internacional/theguardian/occidente-vacunas-anti-covid-necesita-no-hay-excusa-no-compartirlas_129_8289938.html

Buenos Aires Vacunate. <https://vacunatepba.gba.gob.ar/>

Bump, Jesse; Friberg, Peter y Harper, David (2021). “International collaboration and Covid-19: what are we doing and where are we going?”. BMJ, 372: n. 189, pp. 1-4.

Buss, Paulo y Tobar, Sebastián (2020). “Multilateralismo y Covid-19 en América Latina”. Revista Chilena de Salud Pública, Número especial “Virus y Sociedad: hacer de la tragedia social una oportunidad de cambios”, Segunda Parte, pp. 123-135.

Cacao, Hary, entrevista de Sofía Montenegro. (30 de 11 de 2021).

Camhaji, E. (2020, octubre 13). México acuerda la compra de vacunas contra la covid-19 para 116 millones de personas. EL PAÍS. <https://elpais.com/mexico/2020-10-13/mexico-acuerda-la-compra-de-vacunas-contra-la-covid-19-para-116-millones-de-personas.html>

CDC. (2020, marzo 28). COVID Data Tracker. <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/> de la Salud, O. P. (2021).

Centro de Pensamiento Medicamentos, Información y Poder (2021). Boletín #38. Breve análisis de la capacidad de vacunación, del inventario y de la asignación de dosis en Colombia. http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/medicamentos/docs/ACTUALIZACION_DIME_COVID-Boletin_38_Ajustado.pdf

Cetrángolo y Goldschmit (2013). “La descentralización y el financiamiento de políticas sociales eficaces: impactos, desafíos y reformas. El caso de la Argentina”, CEPAL.

Chabay, Ezequiel (2021, marzo 31). Trabas de EE.UU. demoran la vacuna desarrollada en Argentina y México. Conista. Disponible en <https://www.cronista.com/economia-politica/demoradas-las-vacunas-de-alberto-y-su-parde-mexico-llegarian-entre-abril-y-mayo/>

Chile Atiende. Vacunación covid-19. Disponible en <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/86047-vacuna-covid-19>

Cipagauta, N. (2021, agosto 4). Vacunados contra covid en Bucaramanga recibirán bonos de descuento. RCN Radio. <https://www.rcnradio.com/colombia/santanderes/vacunados-contra-covid-en-bucaramanga-recibiran-bonos-de-descuento>



Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL (2021a) "Lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe" (LC/TS.2021/115), Santiago.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL (2021b, julio). La paradoja de la recuperación en América Latina y el Caribe. Crecimiento con persistentes problemas estructurales: desigualdad, pobreza, poca inversión y baja productividad. Disponible en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47043-la-paradoja-la-recuperacion-america-latina-caribe-crecimiento-persistentes>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2021, octubre 25). La CIDH y la REDESCA expresan su preocupación por la falta de acceso universal y equitativo a las vacunas contra el COVID-19 en las Américas, llamando a la solidaridad regional con los países de menos renta. <https://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/prensa/comunicados/2021/282.asp>

Comité Asesor en Vacunas y Estrategias de Inmunización (diciembre de 2020). Recomendación provisoria del cavei para la priorización inicial de grupos a vacunar contra sars-cov-2 en contexto de suministro limitado de vacunas. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/12/CAVEI-Priorizacion-grupos-vacuna-COVID19-ENMIENDA-22dic2020.pdf>

ConsultoraSalud (2019, abril 15). Top 10 compañías farmacéuticas más grandes 2019 a nivel mundial. <https://consultorsalud.com/top-10-companias-farmaceuticas-mas-grandes-2019-a-nivel-mundial/>

Cortés Alcalá, R., López-Gatell Ramírez, H., López Ridauro, R., Gómez Torres, R., Alba Ricaño, X., Veras Godoy, M. E., Rodríguez Cabrera, L., & Herrera Castillo, N. (2020). Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-COV-2, para la prevención de la COVID-19 en México. Documento Rector. (p. 38). Gobierno de México. https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/01/PolVx_COVID_-11Ene2021.pdf

Cyr, J., Bianchi, M., González, L., y Perini, A. (2021). Governing a Pandemic: Assessing the Role of Collaboration on Latin American Responses to the COVID-19 Crisis. *Journal of Politics in Latin America*, 1866802X211049250.

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.

Decreto 109 de 2021 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 y se dictan otras disposiciones. 29 de enero de 2021. Recuperado de: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO-109-29-ENERO-2021.pdf>

Del Águila, José Pablo (2021, noviembre 12). AstraZeneca confirma contrato de adquisición de vacunas con Guatemala e informa que llegarán entre 2021 y 2022. Prensa Libre. Disponible en <https://www.prensalibre.com/guatemala/politica/astrazeneca-confirma-contrato-con-guatemala-breaking/>

Edición médica. (2021, junio 24). Unificación de las etapas del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 dará prioridad a 40 municipios. <https://www.edicionmedica.com.co/secciones/salud-publica/unificacion-de-las-etapas-del-plan-nacional-de-vacunacion-contra-la-covid-19-dara-prioridad-a-40-municipios-1328>

El país. (2021). "México despliega un feroz operativo para frenar la caravana migrante de Chiapas". El país. 2 de septiembre. <https://elpais.com/mexico/2021-09-03/mexico-despliega-un-feroz-operativo-para-frenar-la-caravana-migrante-de-chiapas.html>

El Tiempo. (2021, mayo 27). Multitudinarias filas por vacunación covid-19 hoy en Bogotá. <https://www.eltiempo.com/bogota/vacunacion-bogota-largas-filas-para-inmunizarse-contra-covid-19-591559>

Emerson, K. y Nabatchi, T. (2015) Collaborative Governance Regimes. Washington, DC: Georgetown University Press.

Empresas por la vacunación. <http://www.andi.com.co/Home/Pagina/1051-empresas-por-la-vacunacion>

Encuesta Pulso Social. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/encuesta-pulso-social>



Espina, Cindy (2021, julio 25). Sputnik V: La ruta de un contrato que fracasó. El Periódico. Disponible en <https://elperiodico.com.gt/noticias/domingo/2021/07/25/sputnik-v-la-ruta-de-un-contrato-que-fracaso/>

Forbes. (2021, agosto 4). "Migrantes en campamento de Tijuana reciben vacuna contra Covid-19". <https://www.forbes.com.mx/migrantes-en-campamento-de-tijuana-reciben-vacuna-contra-covid-19/>

Fundación Karisma (2021, marzo 4). Empezó la vacunación, nos deben la transparencia. Recuperado de <https://web.karisma.org.co/empezo-la-vacunacion-nos-deben-la-transparencia/>

Galindo, J. (2021a, 25 de julio). Miedo a efectos secundarios o polarización: las fuentes de las que beben los antivacunas en América Latina. El País. <https://elpais.com/sociedad/2021-07-25/miedo-a-efectos-secundarios-o-polarizacion-las-fuentes-de-las-que-beben-los-antivacunas-en-america-latina.html>

Galindo, Jorge (2021b, 20 de septiembre). Una vacunación desigual lastra la contención de la covid-19 en América Latina. El País. <https://elpais.com/sociedad/2021-09-20/una-vacunacion-desigual-lastra-la-contencion-de-la-covid-19-en-america-latina.html>

Giménez, José (3 de junio de 2021). Qué se sabe (y qué no) sobre las negociaciones entre el Gobierno nacional y Pfizer. Chequeado. Disponible en: <https://chequeado.com/el-explicador/que-se-sabe-y-que-no-sobre-las-negociaciones-entre-el-gobierno-y-pfizer/>

Gobierno de Jalisco. (2021, mayo, 3). Jalisco pide al gobierno federal aplicar exitoso modelo de vacunación diseñado en la entidad para las siguientes etapas de inmunización contra el covid-19 y que se establezcan macrocentros de inoculación. [Comunicado de prensa] <https://www.jalisco.gob.mx/es/prensa/noticias/124893>

Gobierno de México, (2020). Todo sobre Covid-19. [Blog]. Recuperado de <https://coronavirus.gob.mx/>

Gómez, C. (2021, septiembre 3). "Aplican segundas dosis de Pfizer en Baja California" Telemundo <https://www.telemundo20.com/noticias/local/aplican-segundas-dosis-de-pfizer-en-baja-california/2145615/>

IMCO - Instituto Mexicano para la Competitividad A.C. (2019). Pequeños pasos para transformar al Sistema de Salud. <https://imco.org.mx/pequenos-pasos-transformar-al-sistema-salud/>

Infobae (2021, julio 27). El Gobierno anunció que firmó un acuerdo con Pfizer por 20 millones de dosis. Infobae. <https://www.infobae.com/politica/2021/07/27/el-gobierno-anuncio-que-firmo-un-acuerdo-con-pfizer-por-20-millones-de-dosis-de-vacunas/>

Jacobsohn, Iván y Karameneff, Luis (2021, mayo 17). Evolución de la campaña de vacunación contra el Covid-19 en Argentina [Entrada de blog]. Disponible en <https://colabora.lat/noticias/evolucion-de-la-campana-de-vacunacion-contra-el-covid-19-en-argentina/>

La Liga contra el Silencio (2021, abril 8). Dosis mínima de transparencia en el Plan Nacional de Vacunación. Cero setenta. Recuperado de <https://cerosetenta.uniandes.edu.co/dosis-minima-de-transparencia-en-el-plan-nacional-de-vacunacion/>

Lara, Ignacio (2021, abril 21). Las vacunas del covid-19: ¿de los pueblos o de la especulación? El Universal. <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/latinoamerica21/las-vacunas-del-covid-19-de-los-pueblos-o-de-la-especulacion>

Lejtman, Román (2021, febrero 9). El Gobierno cerró el acuerdo para comprar la vacuna de Sinopharm y aguarda la autorización de la ANMAT para traer un millón de dosis. Disponible en <https://www.infobae.com/politica/2021/02/09/el-gobierno-cerro-el-acuerdo-para-comprar-vacunas-chinas-y-aguarda-la-autorizacion-de-la-anmat-para-traer-un-millon-de-dosis/>

Levin, K., Cashore, B., Bernstein, S., y Auld, G. (2012). Overcoming the tragedy of super wicked problems: constraining our future selves to ameliorate global climate change. *Policy sciences*, 45(2), 123-152.



López-Fonseca, Rocío. (2021, mayo 3). "Modelo de vacunación en Jalisco sirve de ejemplo a otras entidades". UdgTV. <https://udgtv.com/noticias/modelo-vacunacion-en-jalisco-sirve-ejemplo-entidades/>

mAbxience (2021, agosto 17). Acuerdo con AstraZeneca para la producción de la vacuna contra el covid-19. Disponible en <https://www.mabxience.com/es/acuerdo-con-astrazeneca-para-la-produccion-de-la-vacuna-contra-el-covid-19/>

Maldonado, F. R. M., Carlos Salinas. (2020, agosto 13). Argentina y México producirán la vacuna experimental contra la covid-19 de la Universidad de Oxford. EL PAÍS. <https://elpais.com/sociedad/2020-08-13/argentina-y-mexico-produciran-la-vacuna-experimental-contra-la-covid-19-de-la-universidad-de-oxford.html>

Mancini, Donato y Burn-Murdoch, John. (2021, noviembre 1). Global Covid-19 death toll tops 5m but underestimated true figure, say experts. Financial Times. <https://www.ft.com/content/35a3d40a-f71f-4fca-893d-884fec5633d8>

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>

Mejía, I. (2021a, julio 29). El enredo burocrático que amenaza con frenar la vacunación. La Silla Vacía. <https://www.lasillavacia.com/historias/silla-nacional/el-enredo-buocr%C3%A1tico-que-amenaza-con-frenar-la-vacunaci%C3%B3n/>

Mejía, I. (2021b, agosto 5). Así son los colombianos que no quieren vacunarse, ahora el mayor reto para la inmunización. La Silla Vacía. <https://www.lasillavacia.com/historias/silla-nacional/as%C3%AD-son-los-antivacunas-colombianos,-ahora-el-mayor-reto-para-la-inmunizaci%C3%B3n-en-ca/>

Meléndez, R. (2021, enero 26). Preguntas y propuestas al Gobierno Nacional dejó Audiencia Pública sobre Plan Nacional de Vacunación. Senado de la República. Recuperado de <https://www.senado.gov.co/index.php/prensa/noticias/2238-preocupaciones-y-propuestas-al-gobierno-nacional-dejo-audiencia-publica-sobre-plan-nacional-de-vacunacion>

Melgar Cabrera, Miguel (2021, octubre 21). El 62% de la población en Bolivia ya recibió la primera dosis de la vacuna anticovid, según el Gobierno. El Deber. Disponible en https://eldeber.com.bo/pais/el-62-de-la-poblacion-en-bolivia-ya-recibio-la-primera-dosis-de-la-vacuna-anticovid-segun-el-gobiern_252040

Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto (2020, diciembre 12). Coronavirus: Alberto Fernández anunció que el Gobierno firmó el acuerdo con Rusia para la llegada de la vacuna Sputnik V. Disponible en <https://www.cancilleria.gob.ar/es/actualidad/noticias/coronavirus-alberto-fernandez-anuncio-que-el-gobierno-firmo-el-acuerdo-con-rusia>

Ministerio de Salud (2021, febrero 22). Grupos objetivos para vacunación contra sars-cov-2* según el suministro de vacunas. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/02/GRUPOS-OBJETIVOS-6.pdf>

Ministerio de Salud (2020). Plan estratégico para la vacunación contra covid-19 en Argentina. Disponible en <https://www.minsal.gov.ar/wp-content/uploads/2020/12/Plan-estrategico-para-la-vacunacion-contra-el-covid19-argentina-diciembre-2020-2021.pdf>

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-vacunacion-contra-la-covid-19.html?Itemid=-1](https://www.mspas.gob.gt/component/jdownloads/category/891-documento-plan-nacional-de-vacunacion-contra-la-covid-19.html?Itemid=-1)). Ciudad de Guatemala, Guatemala: Comité de Coordinación Nacional para la Vacunación contra la COVID-19.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021, marzo 23). Nueva fórmula de distribución de vacunas prioriza la eficacia. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Nueva-formula-de-distribucion-de-vacunas-prioriza-la-eficacia.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. 2020. Lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de coronavirus (COVID-19) para población étnica en Colombia. Abril de 2020. Recuperado de <https://posipedia.com.co/wp-content/uploads/2020/04/lineamientos-prevencion-deteccion-manejo-casos-covid19-poblacion-etnica.pdf>



Ministerio de Salud y Deporte (2021a, junio 2). Expertos rusos: primera dosis de la vacuna sputnik v tiene una efectividad de un 89%. Disponible en <https://www.minsalud.gob.bo/5637-expertos-rusos-primera-dosis-de-la-vacuna-sputnik-v-tiene-una-efectividad-de-un-89>

Ministerio de Salud y Deporte (2021b, junio 2). Mitos y verdades de vacunas contra la covid-19: la vacuna genera defensas que aplacan intensidad del virus. Disponible en <https://www.minsalud.gob.bo/5635-mitos-y-verdades-de-vacunas-contra-la-covid-19-la-vacuna-genera-defensas-que-aplacan-intensidad-del-virus>

Ministerio de Salud y Deporte (2021c, junio 11). Gobierno nacional y alcaldes definen mecanismo para la compra de vacunas anticovid. Disponible en <https://www.minsalud.gob.bo/5684-gobierno-nacional-y-alcaldes-definen-mecanismo-para-la-compra-de-vacunas-anticovid>

Ministerio de Salud y Deporte (2021d, julio 6). Gobierno y conamaq acuerdan fortalecer vacunación y lucha contra la covid-19 en pueblos originarios campesinos. Disponible en <https://www.minsalud.gob.bo/5765-gobierno-y-conamaq-acuerdan-fortalecer-vacunacion-y-lucha-contra-la-covid-19-en-pueblos-originarios-campesinos>

Ministerio de Salud y Deporte (2021e, julio 7). Ministerio de salud y csutcb acuerdan socializar vacunación contra la covid en áreas rurales. Disponible en <https://www.minsalud.gob.bo/5771-ministerio-de-salud-y-csutcb-acuerdan-socializar-vacunacion-contra-la-covid-en-areas-rurales>

Ministerio de Salud y Deporte (2021f, julio 13). 200 mil gremiales de el alto acuden a la unifranza inmunizarse contra la covid-19 tras acuerdo con salud. Disponible en <https://www.minsalud.gob.bo/5801-200-mil-gremiales-de-el-alto-acuden-a-la-unifranza-inmunizarse-contra-la-covid-19-tras-acuerdo-con-salud>

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/>

Montenegro, S. (2021c, junio). 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.catalisec.com/v3-n5-pandemia-am%C3%A9rica-latina>

Montenegro, S. (2021d, septiembre 4). 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>

Municipalidad de Avellaneda (2021, enero 12). Inscríbete para el plan de vacunación contra el coronavirus en la provincia. Disponible en <https://www.mda.gob.ar/noticias/inscribite-para-el-plan-de-vacunacion-contra-el-coronavirus-en-la-provincia/>

Municipalidad de San Martín <http://www.sanmartin.gov.ar/vacunate/>

Ocaranza, Claudia y Aspra, Queletzu (2021, enero 19). AstraZeneca vende vacunas a México por 309 millones de dólares. Poder Latam. Disponible en <https://poderlatam.org/2021/01/astrazeneca-vende-vacunas-a-mexico-por-309-millones-de-dolares/>

Ola, Ana Lucía (2021, enero 11). Coronavirus: ¿Qué es el mecanismo Covax y cómo funciona? Prensa Libre. Disponible en <https://www.prensalibre.com/pl-plus/guatemala/comunitario/coronavirus-que-es-el-mecanismo-covax-y-como-funciona/>

OPS (2021, agosto 13). La OPS/OMS y la Fundación para el Periodismo se unen en proyecto sobre infodemia en Bolivia. Disponible en <https://www.paho.org/es/noticias/13-8-2021-opsoms-fundacion-para-periodismo-se-unen-proyecto-sobre-infodemia-bolivia>

Organización Mundial de la Salud (2021, septiembre 5) WHO Director General's opening remarks at G20 Health Ministers Meetings <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-g20-health-ministers-meeting---5-september-2021>

Organización Mundial de la Salud (2020a, octubre 28). Enfermedad por coronavirus (COVID-19): Accesibilidad y asignación de las vacunas. [https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccine-access-and-allocation](https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccine-access-and-allocation)

Organización Mundial de la Salud (2020b, agosto 24). Un total de 172 países y múltiples vacunas candidatas forman parte del Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID 19 <https://www.who.int/es/news/item/24-08-2020-172-countries-and-multiple-candidate-vaccines-engaged-in-covid-19-vaccine-global-access-facility>

Our World In Data. Ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer [Recurso online]

Pabón, Ximena y Sanabria, Bernarda (2021). Efectos de la pandemia COVID-19 en mujeres del sector informal de la economía en Bolivia. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asuntos del Sur. ISBN 978-987-47308-5-5. Disponible en <https://colabora.lat/papers/efectos-de-la-pandemia-covid-19-en-mujeres-del-sector-informal-de-la-economia-en-bolivia/>

Página 12 (2021, julio 23). Cecilia Nicolini sobre la carta a Rusia por Sputnik V: “Es una más entre tantas”. Página 12. Disponible en <https://www.pagina12.com.ar/356510-cecilia-nicolini-sobre-la-carta-a-rusia-por-sputnik-v-es-una>

Paul, Elisabeth; Brown, Garrett y Ridde, Valery (2020). “COVID-19: time for paradigm shift in the nexus between local, national and global health”, *BMJ Global Health* Vol. 4, Issue 4, pp. 1-5.

Pérez, Maritza. (2021, marzo 3). “En vacunación se debe incluir a los migrantes”. *El Economista*. <https://www.eleconomista.com.mx/politica/En-vacunacion-se-debe-incluir-a-los-migrantes-20210302-0164.html>

Poder Latam (2021, abril 20). Tenemos el acuerdo de compra de vacunas a través de Covax en México. Disponible en <https://poderlatam.org/2021/04/mas-sobre-la-compra-de-vacunas-en-mexico/>

Redacción Cuatro Medios (2021, 25 de enero). El municipio de Quilmes habilitó puntos de información y pre inscripción sobre el plan de vacunación contra el Covid-19. *Cuatro Medios*. <https://www.cuatromedios.com.ar/articulo/quilmes/municipio-quilmes-habilito-puntos-informacion/20210125164339013489.html>

Redes Pacífico Task Force. (2021, mayo 26). Podcast Soy Porque Somos -Cap. 15 Vacunación en Colombia, ¿Qué dicen las cifras? ¿Por qué vacunarnos? [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=SavA12Y1Lag>

Resolución número 802 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se unifican las fases y etapas de las que trata el artículo 7 del Decreto 109 de 2021, modificado por los Decretos 466 y 630 de, en 40 municipios y un distrito del territorio nacional. 11 de junio de 2021. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20802%20de%202021.pdf

Riggiozzi, Pia (2020). Coronavirus y el desafío para la gobernanza regional en América Latina. *Análisis Carolina*, 12/2020. Disponible en: <https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2020/03/AC-12.2020.pdf>

Saavedra, S. (2021, enero 26). DINEROS PARA EL COVID: «LA UNGRD ES UN ANTRO DE CORRUPCIÓN». *Fundación Pares*. Recuperado de <https://pares.com.co/2021/01/26/escandalo-con-recursos-covid-la-ungrd-es-un-antro-de-corrupcion/>

Salud, S. de. (2021b, febrero 2). 046. Otorga Cofepri autorización para uso de emergencia de vacuna Sputnik V. *gob. mx*. <http://www.gob.mx/salud/prensa/046-otorga-cofepri-autorizacion-para-uso-de-emergencia-de-vacuna-sputnik-v>

Secretaría de Salud (2021, octubre 30). Llegan al país 5.9 millones de vacunas envasadas de AstraZeneca. Disponible en <https://www.gob.mx/salud/prensa/llegan-al-pais-5-9-millones-de-vacunas-ensadas-de-astrazeneca?idiom=es>

Secretaría de Salud. (2021). “Personas migrantes en territorio mexicano también recibirán vacuna contra COVID-19” *Gobierno de México*. <https://www.gob.mx/salud/prensa/079-personas-migrantes-en-territorio-mexicano-tambien-recibiran-vacuna-contra-covid-19>



Santibáñez, J. (2021, septiembre, 20). "OPINIÓN: ¿Cómo estarán llegando los migrantes a la frontera México-Estados Unidos?" Los Ángeles Times. <https://www.latimes.com/espanol/eeuu/articulo/2021-09-20/como-esta-llegando-la-migracion-haitiana-a-estados-unidos>

Subsecretaria de Relaciones Económicas Internacionales (2021, octubre 28). Llega a Chile cargamento con más de 405 mil vacunas Pfizer-BioNTech contra SARS-CoV-2. Disponible en <https://www.subrei.gob.cl/sala-de-prensa/noticias/detalle-noticias/2021/10/28/llega-a-chile-cargamento-con-m%C3%A1s-de-405-mil-vacunas-pfizer-biontech-contra-sars-cov-2>

Tapia, T. (2021, agosto 5). No me quiero vacunar: escepticismo en sala de espera. Cero Setenta. <https://ceroseventa.uniandes.edu.co/no-me-quiero-vacunar-escepticismo-en-sala-de-espera/>

Télam (2021a, 28 de enero). Llegaron a Bolivia 20.000 dosis de Sputnik V y comenzarán a aplicarse este viernes. Disponible en <https://www.telam.com.ar/notas/202101/542938-llegan-a-la-paz-20-mil-dosis-de-sputnik-v-que-trajeron-aerolineas-argentinas-y-boliviana-de-aviacion.html>

Télam (2021b, 26 de mayo). Argentina suma un nuevo proveedor de vacunas contra el coronavirus. Disponible en <https://www.telam.com.ar/notas/202105/555574-con-el-acuerdo-con-cansino-bio-argentina-suma-el-sexto-laboratorio-proveedor-de-vacunas.html>

Télam (2021c, 1 de octubre). La Argentina comprará 40 millones de dosis y se asegura vacunas para los próximos 9 meses. Infobae. <https://www.telam.com.ar/notas/202110/570315-banco-mundial-plan-vacunacion-argentina-vacuna.html>

Toro, Daniela (2021, septiembre 13). Conversaciones con Sinovac y posible ajuste con el mecanismo Covax: Las fórmulas de Chile para seguir recibiendo vacunas. Emol. Disponible en <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2021/09/13/1032482/vacunacion-6-anos-contratos-vigentes.html>

UN News (2021, septiembre 21). 'Power of humanity' can overcome COVID-19, climate challenges – Assembly President. <https://news.un.org/en/story/2021/09/1100462>

Williams, Aime (2021, 14 de abril). Former world leaders call on Biden to suspend Covid-19 vaccine patents. Financial Times. <https://www.ft.com/content/43fd53f5-2b82-4e41-981c-8544a6ce996b>

Wouters, O.; Shadlen, K.; Salcher-Konrad, M.; Pollard, A.; Larson, H.; Teerawattananon, Y. y Jit, M. (2021). "Challenges in ensuring global access to COVID-19 vaccines: production, affordability, allocation, and deployment". The Lancet, Volume 397, pp. 1023-34.

ñiga Collada, Liza. La falta de gobernanza de las políticas de respuesta al COVID-19 en Chile. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Asuntos del Sur, 2021. ISBN 978-987-47308-3-1. Disponible en <https://colabora.lat/papers/policy-paper-1-la-falta-de-gobernanza-de-las-politicas-de-respuesta-al-covid-19-en-chile/>

