



LABORATORIO
DE DATOS GT

Trabajo diagnóstico: distribución desigual de vacunas y tratamientos del COVID-19 en poblaciones vulnerables

Por Oscar Chávez y Karin Slowing
Umaña

Laboratorio de Datos GT
13 de mayo 2022

Contenido

Contenido	1
Introducción.....	2
1.1. La noción de “vulnerabilidad” en el contexto de la pandemia COVID-19 en Guatemala 4	
2. Tipificación de poblaciones vulnerables en Guatemala.....	7
2.1. Poblaciones que presentan uno o más de los factores de riesgo ya identificados por la ciencia, que se asocian a un mayor riesgo de contagiarse de la COVID-19 o de enfermar con las formas más severas.	7
2.2. Población históricamente excluida	15
3. Otras poblaciones vulnerables	18
3.2. Migrantes indocumentados	20
4. Conclusión.....	22
Bibliografía.....	24

1. Introducción

Este documento diagnóstico tiene como objetivo definir, focalizar y caracterizar a la o las poblaciones vulnerables en el marco de la emergencia por COVID-19 en Guatemala e identificar aquella a priorizar para su estudio posterior. Este diagnóstico servirá como insumo para el estudio de caso sobre la distribución desigual de vacunas y tratamientos para la COVID-19 en poblaciones vulnerables de Guatemala. El documento hace una breve referencia a la definición de vulnerabilidad y como se aplica el concepto en salud, para posteriormente identificar lo que, en el contexto de la pandemia COVID-19, se ha considerado por distintas entidades como “poblaciones vulnerables”. Esta reflexión conceptual ha permitido identificar tres tipos de poblaciones vulnerables a la COVID-19 en el país: aquella definida por la identificación de factores de riesgo individual preexistentes; aquella cuya vulnerabilidad deviene por su condición social, económica y/o cultural, así como por su menor acceso a la red de servicios públicos de salud que puedan ofertarle la vacuna y/o la atención necesaria para prevenir, diagnosticar y/o tratar efectivamente la COVID-19; y poblaciones cuyas condiciones muy particulares y adversas, elevan su probabilidad de infectarse, enfermar y/o morir por la falta de detección oportuna, de acceso a la vacunación (y, eventualmente, a terapias efectivas para las formas más severas de la enfermedad).

El concepto de “Vulnerabilidad”

El concepto de “vulnerabilidad” se ha empleado en distintas disciplinas del conocimiento, incluida la salud. En términos generales, se le puede entender como la probabilidad de daño que puede tener un individuo, un hogar o un colectivo producto de su exposición y/o interacción con condiciones y/o factores que amenazan su integridad (física, mental, social, económica, otras); así también, refiere a las capacidades que posee y condiciones existentes para evitar dichas situaciones. Por estas razones, el concepto de vulnerabilidad se emplea generalmente asociado al concepto de riesgo. Más recientemente, también se emplea junto al concepto de resiliencia, entendido éste como la capacidad para recuperarse de un evento adverso. La vulnerabilidad, en este contexto, se mediría como la capacidad del individuo, hogar, comunidad para recuperarse de una afectación dada. Distintas disciplinas usan el término de manera relativamente diferente, poniendo énfasis en algunos aspectos más que en otros.

Ruiz Rivera, N. (2012) señala que es posible encontrar algunos elementos en común en la mayor parte de definiciones de vulnerabilidad:

- “Vulnerabilidad” se define siempre en relación con algún tipo de amenaza, sean eventos de tipo físico, como sequías, terremotos, inundaciones o enfermedades, o amenazas antropogénicas como contaminación, accidentes, hambrunas o pérdida de empleo, por ejemplo.¹
- La unidad de análisis (individuo, hogar, grupo, comunidad) se define como vulnerable ante una amenaza específica.

¹ Al final, todas resultan siendo antropogénicas en buena medida.

- El análisis de la construcción de vulnerabilidad se hace en dos momentos distintos del proceso: Por un lado, en las condiciones que tiene la unidad de análisis antes de la situación que amenaza que lo hacen más o menos propenso a la afectación. Por el otro, están las formas que desarrolla para enfrentar la situación, una vez ésta ha ocurrido, y que le permiten también ajustarse posteriormente a la nueva situación creada.

A estos elementos compartidos en la manera en que se aplica el concepto de vulnerabilidad en distintas disciplinas, se añade el reconocimiento desde la epidemiología de variables como: magnitud, intensidad y temporalidad del daño, que definen la probabilidad de una afectación negativa a la salud. Por otra parte, el individuo, hogar, grupo o comunidad puede ser vulnerable simultáneamente a distintas amenazas o situaciones adversas; o ser vulnerable de manera continua, prolongada o solo coyuntural. Es en el campo de la gestión del riesgo y manejo de desastres ambientales en donde más se ha comprendido y aplicado la interacción e interrelación entre los conceptos de vulnerabilidad, amenaza, riesgo y resiliencia.

En el campo de la salud, el uso del concepto de “vulnerabilidad” es relativamente más reciente. Ello tiene que ver con que la epidemiología (disciplina que estudia la causalidad de los problemas de salud-enfermedad) ha puesto históricamente más énfasis en la identificación de los riesgos: esos “factores” y/o condiciones que se asocian directamente con el daño a la salud, poniendo en segundo plano la atención a las condiciones y situaciones que hacen a algunas personas o colectivos humanos más susceptibles que otros a dichos riesgos.

Sin embargo, esto ha ido cambiando en la medida que la comprensión de la causalidad de los problemas de salud-enfermedad se ha ido ampliando. Así, se ha pasado de una comprensión monocausal del origen de la enfermedad (generalmente asociada a la presencia de un patógeno o agente externo), a una comprensión multicausal, que reconoce la existencia de múltiples factores que interactúan para provocar el daño.

Más recientemente, la teoría multicausal ha evolucionado para considerar que no se trata solo de la presencia de factores de riesgo, sino de que las condiciones sociales, económicas, políticas, culturales y ambientales en las cuales las personas enfrentan ese riesgo también son importantes para determinar la probabilidad y magnitud del daño a la salud. Es así como, a partir del año 2012, la Organización Mundial de la Salud -OMS- reconoció e incorporó el concepto de “Determinantes sociales de la salud” en el análisis epidemiológico y en el diseño de las respuestas sanitarias ante los problemas de salud-enfermedad de la población.²

² La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, en cual caso se consideran desigualdades, tal como es posible que estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, en cual caso se consideran

Por otra parte, más allá de los “determinantes de la salud”, existe la noción de la “determinación social de la salud” que reconoce que estas dinámicas de interacción y la forma en que está construida la respuesta social frente a la salud-enfermedad, no solo dan origen a los problemas de salud, sino que generan diferencias de efecto e impacto que puede tener una misma enfermedad en distintos individuos, hogares y colectivos. Así también, reconoce que hay condiciones diferenciadas -y desiguales- desde las cuales el sujeto de análisis (individuo, hogar, grupo o comunidad) interacciona con esa amenaza, y que son esas diferencias las que hacen a unos individuos y/o colectivos más vulnerables que otros a enfermarse o morir (Morales-Borrero, C. et al, 2013).

1.1. La noción de “vulnerabilidad” en el contexto de la pandemia COVID-19 en Guatemala

Si bien, la COVID-19 es una enfermedad nueva para la humanidad, en el lapso de dos años y meses desde que se dio el primer caso en la ciudad de Wuhan, China hasta el día de hoy, se ha avanzado de manera impresionantemente rápida en la comprensión de su etiología. Primero, la identificación del nuevo agente biológico causal, el virus SARS CoV-2. Su casi inmediata secuenciación genética, y el hecho que el gobierno chino compartió rápidamente esa información con la comunidad científica internacional, ha permitido, entre otras cosas, identificar y tipificar los mecanismos por medio de los cuales el virus se reproduce en las células hospederas, las variantes que han ido emergiendo, producto de mutaciones, y sobre todo, la producción acelerada de vacunas que pudieran ser efectivas sea para prevenir la enfermedad, o al menos, para evitar las formas más severas y mortales de la misma. Este es el caso de las vacunas actualmente existentes, aprobadas para uso de emergencia por agencias reguladoras de medicamentos de prestigio mundial (FDA/Agencia Europea de Medicamentos) y avaladas por la OMS.

Otra área de avance significativo en el conocimiento de la enfermedad, fue la identificación del mecanismo de transmisión del virus, lo cual ha permitido implementar medidas no farmacológicas para reducir el riesgo de contagio. En materia de terapias, especialmente para las formas severas de la enfermedad, hay también ya algunos fármacos que han mostrado efectividad, aunque, al igual que las vacunas, son de acceso muy desigual.

También hay ya en investigaciones en curso sobre factores genéticos que puedan explicar una susceptibilidad diferenciada al virus. Por otra parte, la epidemiología ya ha identificado también algunos factores sociodemográficos que hacen a ciertos individuos y/o colectivos humanos más propensos a infectarse y enfermarse que a otros; o a presentar la forma severa de la enfermedad: así, se sabe ya que los hombres tienen mayor riesgo de morir, al igual que los adultos mayores y las personas con enfermedades crónicas; personas con obesidad y trastornos metabólicos también tienen un riesgo incrementado para la COVID-19.

inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas diseñadas para aumentar la equidad. (OMS, 2012)

Sin embargo, la investigación sobre los determinantes sociales de la COVID-19, todavía es incipiente. Se sabe, por ejemplo, que, en áreas urbanas, donde es más probable que haya una cercana interacción entre las personas, hay más riesgo de contagiarse. Esto es debido a que el mecanismo de transmisión del virus requiere una interacción muy cercana de persona a persona, de manera tal que las gotículas de saliva del hospedero infectado, alcancen al siguiente individuo. También, más recientemente, se ha aceptado ya que la transmisión aérea del virus existe también, lo cual se facilita en espacios cerrados, hacinados y con mala circulación de aire.

Más allá de estos elementos, aún queda mucho por investigar respecto a qué factores sociales, económicos, ambientales, culturales y de la respuesta de los servicios de salud determinan una mayor o menor susceptibilidad al contagio, y contribuyen a una mayor o menor vulnerabilidad a enfermar y/o a morir por esta enfermedad. Lo mismo aplica, en cuanto a conocer los factores y dinámicas que subyacen detrás del rechazo o resistencia que pueda haber de parte de la población hacia las vacunas. Respecto a este tema en particular, se ha realizado ya un estudio pionero en Guatemala para identificar desde la perspectiva de los propios sujetos, las razones que están detrás de ese supuesto rechazo (Berger, M. et al 2022).

A partir del conocimiento disponible, el Laboratorio de Datos GT propone tres tipos de poblaciones vulnerables a la COVID-19:

1. **Poblaciones que presentan uno o más de los factores de riesgo individual ya identificados por la ciencia**, que se asocian a un mayor riesgo de contagiarse de la COVID-19 o de enfermar con las formas más severas de la enfermedad. Este es el parámetro con que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala -MSPAS- definió y priorizó las poblaciones y el orden de vacunación en el “Plan nacional de vacunación” (MSPAS, 2021).³
2. **Poblaciones cuya vulnerabilidad socio-económica es estructural y los excluye sistemáticamente del sistema de salud**. Esto limita su acceso oportuno y pertinente a procedimientos diagnósticos, terapéutico/asistenciales y a la vacunación, así como a información y conocimiento sobre las medidas de protección y prevención de la infección por el virus SARS CoV-2 y sus variantes. Esta forma de vulnerabilidad ha sido documentada en estudios previos realizados por Laboratorio de Datos GT y otras instancias.
3. Se propone un tercer grupo a considerar, que se identificará como **“otras poblaciones vulnerables”**, que puedan no estar siendo consideradas como tales en estos momentos, pero que, debido a sus condiciones preexistentes (de salud, sociales, otras), se tornan particularmente vulnerables a la COVID-19, pero que no fueron consideradas como tales, en la clasificación contenida en el plan nacional de vacunación, ni en sus enmiendas posteriores. En este grupo se identificó a las personas privadas de libertad; y a los y las migrantes indocumentadas.

³ El plan ha tenido varias enmiendas desde que se formuló en febrero 2021, varias de ellas para incorporar poblaciones “priorizadas” que originalmente no habían sido contempladas y cuya prioridad responde o a factores de orden político (maestros), presión social (niñez y juventud), o bien, nueva evidencia científica que devela la importancia de priorizar la vacunación de estos grupos (embarazadas).

Para cada grupo se intentará responder a las siguientes preguntas:

Identificación de población vulnerable

¿Cuál es la población o poblaciones que debido a sus características se encuentran en condiciones de vulnerabilidad frente al COVID-19 y han sido seleccionadas como prioritarias para el proyecto?

Caracterización de la población vulnerable

¿Existen estadísticas sobre la cantidad de personas vacunadas, acceso a dosis de refuerzo, de este grupo de personas?

Línea base

Agregar indicadores sobre la población vulnerable como: tasa de mortalidad por COVID-19, acceso a servicios de salud, acceso a programas y asistencia social, incidencia de pobreza, condiciones de vida, entre otros indicadores de interés.

Respuesta de autoridades

Describir cómo ha sido la estrategia (si existe alguna) de parte de las autoridades de gobierno hacia estas poblaciones, en los procesos de inmunización e indicar si ha existido o no un esfuerzo por acercar y llevar la vacuna a las poblaciones.

2. Tipificación de poblaciones vulnerables en Guatemala

2.1. Poblaciones que presentan uno o más de los factores de riesgo ya identificados por la ciencia, que se asocian a un mayor riesgo de contagiarse de la COVID-19 o de enfermar con las formas más severas.

El 15 de febrero de 2021 se publicó la primera versión del Plan Nacional De Vacunación Contra La COVID-19 República De Guatemala (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2021). Dentro de los objetivos específicos de este plan, destacan:

(4) Vacunar a la población del país de forma eficiente y *en orden de prioridad* para maximizar el impacto de la vacunación, aplicando las estrategias establecidas por el MSPAS de acuerdo con la disponibilidad de vacunas.

(6) Realizar una campaña de comunicación efectiva y masiva en los principales idiomas en el país para informar a la población guatemalteca las distintas fases de vacunación y grupos priorizados, así como asegurar la confianza y seguridad de la vacunación para la prevención de la morbilidad y mortalidad en la población.

Específicamente, respecto a las poblaciones a priorizar, el plan de vacunación señaló que la mortalidad se registra que aumenta con los decenios, la mayor letalidad se observa en los adultos mayores de 60 (13.42), *se evidencia que la letalidad aumenta en relación del aumento de la edad*. Efectivamente como se observa en la tabla 1, aunque los casos confirmados se concentran en la población entre 20 y 49 años, los fallecidos aumentan a partir de los 50 años con una letalidad que se duplica con cada decenio.

Tabla 1. Casos confirmados y Letalidad por decenio en Guatemala durante 2021⁴

Edad	Casos	Fallecidos	Letalidad
0-9	16,708	126	0.8%
10-19	48,370	79	0.2%
20-29	130,205	359	0.3%
30-39	113,202	867	0.8%
40-49	77,144	1,459	1.9%
50-59	50,830	1,992	3.9%
60-69	33,364	2,694	8.1%
70-80	16,296	2,175	13.3%
>80	6,080	1,188	19.5%

Fuente: Elaboración propia con datos del Tablero situación COVID-19, MSPAS

⁴ Datos para 2021, pero esta tendencia se ha mantenido durante toda la pandemia en Guatemala y a nivel mundial.

Además, el plan de vacunación indica que:

*“En los grupos de edad de mayor edad, se evidencia que **hay mayor mortalidad si el paciente tiene al menos una enfermedad crónica.**”*

Según datos del RENAP, **por lo menos 28% de los casos fallecidos por COVID presentaban además alguna comorbilidad.** El MSPAS registró una estadística similar:

“Las comorbilidades registradas en los casos fallecidos con mayor frecuencia son diabetes (20.2%), cardiopatía (incluyendo Hipertensión arterial (16.7%), Insuficiencia Renal Crónica (IRC) (5.1%), Obesidad (4.3%). La comorbilidad con mayor letalidad son los fallecidos con IRC (15.4), enfermedad pulmonar crónica (11.82) y diabetes mellitus (10).” (letalidad nacional: 3.76).

Este factor de riesgo asociado, agrava la situación de la persona frente a la COVID-19, aumentando la probabilidad de presentar una forma severa de la enfermedad. Desde 2020, el Laboratorio de Datos GT monitorea periódicamente el exceso de mortalidad en el país como una herramienta útil para estimar y vigilar la evolución de la epidemia del COVID-19. En efecto, la mortalidad ocurrida durante esta emergencia sanitaria muestra un alto exceso de muertes para personas con alguna enfermedad crónica (con o sin COVID).

Es importante señalar que el incremento de la mortalidad por enfermedades crónicas en personas durante la emergencia por COVID-19 no es atribuible solamente al contagio por el virus y a haber desarrollado la enfermedad en su forma severa, sino se debe también al profundo impacto que ha tenido la pandemia sobre el debilitado sistema de salud guatemalteco, ocasionando el descuido en el tratamiento y seguimiento de estas enfermedades crónicas preexistentes (Slowing, Maldonado, Chavez, & Garcia, 2021).

Tabla 2. Muertes en exceso por causas seleccionadas entre semanas 22 del 2020 y 9 del 2022

Enfermedad	Defunciones esperadas	Defunciones observadas	Exceso acumulado	Exceso porcentual
Obesidad	108	518	410	379.6%
Diabetes	11,866	23,686	11,820	99.6%
Hipertensión arterial	9,012	15,666	6,654	73.8%
IRC	2,323	3,374	1,051	45.2%
Cáncer	8,841	10,893	2,052	23.2%

Fuente: elaboración propia con datos del RENAP

De tal cuenta, y en línea con la recomendación del Consejo Nacional de Prácticas en Inmunizaciones -CONAPI-, el MSPAS **identificó como poblaciones vulnerables y priorizadas a trabajadores del sector salud, adultos mayores, y personas con alguna comorbilidad.**

Además, el MSPAS adicionó como población **priorizada a otros sectores específicos de la población,** con el objetivo de asegurar su acceso a vacunación. A continuación, se presentan las poblaciones priorizadas que fueron definidas en el plan de vacunación, y que se expresan como “Fases” o etapas del proceso:

Fase 1: Con el propósito de “Mantener la integridad del sistema de salud”, el primer grupo priorizado definido en el plan de vacunación fue: **todos los trabajadores del sector salud, estudiantes de la salud y cuerpos de socorro; también se incluyó a personas internadas hogares o instituciones de adultos mayores.**

Fase 2: Con el objetivo de “Disminuir mortalidad y carga de enfermedad severa”, el plan priorizó en a personas **adultas mayores de 50 años.**

En la Adenda 1 (11 de mayo de 2021): se adicionó a las poblaciones priorizadas para la fase 2 a los **adultos de 18 a 49 años con alguna enfermedad:** hipertensión arterial, diabetes, enfermedades pulmonares crónicas, enfermedad renal crónica, enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares, inmunosupresión (VIH, cáncer, o uso de inmunosupresores) y personas con obesidad; en la misma adenda se estableció que los **maestros y docentes del sector educación pasaban de Fase 3 a la Fase 2.**

Fase 3: Para “Disminuir impacto socioeconómico y proteger continuidad servicios básicos”, se priorizó la vacunación de **trabajadores de seguridad nacional, municipalidades y servicios esenciales, trabajadores del sector educación, y sector justicia.**

En la Adenda 1 (11 de mayo de 2021) se adicionó entre las poblaciones priorizadas en fase 3 a **trabajadores del sector turismo.**

Fase 4: La población general.

La Adenda 2 (1 de diciembre de 2021): adicionó en la fase 4 a **mujeres embarazadas y adolescentes de 12 a 17 años** (anteriormente no contemplados en el plan de vacunación). También se amplió la lista de enfermedades que podían priorizar el acceso de una persona a la vacunación (ver anexo).

En la Adenda 6 (14 de marzo de 2022): se **adicionó en fase 4 a niñas y niños de 6 a 11 años** (anteriormente no contemplados en el plan de vacunación).

Cabe mencionar que en el anexo 3 del plan de vacunación inicial, llamado “Recomendación Provisional De Consejo Nacional De Prácticas De Inmunizaciones -CONAPI- De Guatemala”, se había recomendado priorizar, en Fase 2:

2f Adultos de 18 o más años de edad con una o más de las condiciones siguientes: Hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar crónica (EPOC, bronquitis), enfermedad renal crónicas, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, inmunosupresión (VIH, cáncer, uso de inmunosupresores) u obesidad (IMC \geq 30) 2g Embarazadas (según datos de seguridad y eficacia disponibles en este grupo).

Y Fase 4:

4d Niños (según datos de seguridad y eficacia disponibles en este grupo).

No obstante, estas recomendaciones del CONAPI no se incorporaron sino hasta en las posteriores Adendas al Plan inicial, como ya fue descrito.

A continuación, se presentan datos del avance de la vacunación al 3 de mayo de 2022, de acuerdo con las fases del plan de vacunación de Guatemala. **Es muy importante tomar en cuenta** que ni la base de datos de vacunación (MSPAS) ni el plan definen el tamaño de las poblaciones objetivo de cada una de las fases. Por esta razón, de momento, **es imposible determinar el porcentaje de cobertura de vacunación por fase**; para estos casos, se presenta el porcentaje de personas que después de recibir su primera dosis, lograron completar su esquema de 2 y 3 dosis. **No deben confundirse estos porcentajes con coberturas de vacunación por fase.**

Tabla 3. Dosis administradas por Fases y Subfases establecidas en el Plan Nacional de Vacunación de Guatemala, y porcentaje de personas que completaron esquema de 2 y 3 dosis tras recibir la primera dosis

Fase del plan	Subfases	1a Dosis	2a Dosis	3a Dosis	% 2 dosis	% 3 dosis
1 (sector salud)	1a	10,045	9,847	8,164	98%	81%
	1b	160,276	154,000	118,923	96%	74%
	1c	8,692	8,495	6,541	98%	75%
	1d	5,605	5,430	4,525	97%	81%
	1e	396	371	295	94%	74%
	1f	104,117	98,464	71,760	95%	69%
	Total	289,131	276,607	210,208	96%	73%
2 (adultos mayores)	2a	356,364	316,010	196,065	89%	55%
	2b	494,462	439,606	267,236	89%	54%
	2c	733,724	638,244	352,195	87%	48%
	2d	96,225	87,781	51,435	91%	53%
	2e	155,839	148,568	102,703	95%	66%
	Total	1,836,614	1,630,209	969,634	89%	53%
3 (sectores específicos)	3a	79,895	73,653	41,735	92%	52%
	3b	58,268	52,840	29,437	91%	51%
	3c	318,315	292,980	165,514	92%	52%
	3d	11,061	10,720	7,352	97%	66%
	3e	37,320	34,494	19,735	92%	53%
	Total	504,859	464,687	263,773	92%	52%
4 (mayores 18a)	4a	989,872	819,541	391,617	83%	40%
	4b	3,022,376	2,211,719	796,483	73%	26%
	Total	4,012,248	3,031,260	1,188,100	76%	30%
<12 años	Total	481,174	34	-	0%	0%
12-18 años	Total	1,023,721	740,982	71,507	72%	7%
Embarazadas	Embarazada <12	1	-	-	0%	0%
	Embarazada <18	2,166	1,224	111	57%	5%
	Embarazada >= 18	43,245	27,553	6,604	64%	15%
	Total	45,412	28,777	6,715	63%	15%
Gran Total		8,193,159	6,172,556	2,709,937	75%	33%

Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS al 3 de mayo de 2022

Específicamente respecto a la fase I, personal de salud, el MSPAS reportó el número de dosis de vacuna administradas, según la institución de salud donde pertenece la persona. Nuevamente, se reitera que no se tuvo acceso a la población total de cada institución, que debería haber constituido el universo de población a vacunar. Por consiguiente, los datos y porcentajes de la tabla 4 reflejan únicamente el número de dosis administradas y la proporción de personas de cada entidad que, habiendo recibido una primera dosis, completaron su esquema y refuerzo posteriormente.

Tabla 4. Dosis administradas por institución de procedencia en el sector salud (fase 1) y porcentaje de personas que completaron esquema de 2 y 3 dosis tras recibir la primera dosis.

Institución de procedencia	1a Dosis	2a Dosis	3a Dosis	% Esquema completo	% 3a dosis
Personal salud individual	170,650	149,867	97,398	88%	57%
MSPAS	92,016	87,040	67,143	95%	73%
IGSS	37,636	32,710	19,986	87%	53%
Hospitales	11,083	10,746	9,061	97%	82%
Cuerpos de socorro	4,912	4,685	3,815	95%	78%
Sanatorios/Clínicas	3,669	3,595	2,932	98%	80%
Laboratorios	1,372	1,335	1,073	97%	78%
Gran Total	321,338	289,978	201,408	90%	63%

Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS al 3 de mayo de 2022

Tabla 5. Dosis administradas por institución de procedencia en el sector salud (fase 1) y porcentaje de personas que completaron esquema de 2 y 3 dosis tras recibir la primera dosis.

Enfermedad	1a Dosis	2a Dosis	3a Dosis	% Esquema completo	% 3a dosis
Hipertensión arterial	273,795	269,643	251,193	98%	92%
Diabetes mellitus	136,874	128,644	99,838	94%	73%
Otra	41,496	39,831	32,889	96%	79%
Obesidad (IMC = 30)	25,284	24,331	19,849	96%	79%
Enfermedad pulmonar crónica	18,977	18,529	16,376	98%	86%
Inmunosupresión-cáncer	12,091	10,857	5,533	90%	46%
Enfermedades cardiovasculares	9,381	8,898	6,989	95%	75%
Enfermedad renal crónica	9,759	8,727	5,758	89%	59%
Enfermedad pulmonar crónica, incluyendo asma y fibrosis quística	5,750	4,850	2,099	84%	37%
Enfermedad cardíaca congénita o adquirida	2,421	2,189	1,791	90%	74%
Obesidad (IMC > 30kg/m ²)	2,063	1,982	1,789	96%	87%
Inmunosupresión-VIH	2,373	1,987	1,083	84%	46%
Otras comorbilidades respaldadas por Médico tratante	2,362	1,867	1,157	79%	49%

Enfermedades cerebrovasculares	1,887	1,836	1,586	97%	84%
Diabetes tipo I y II	1,372	1,154	763	84%	56%
Enfermedad hepática crónica	1,131	928	881	82%	78%
Inmunosupresión-uso de inmunosupresores	741	720	645	97%	87%
Síndromes genéticos asociados a cualquier comorbilidad	507	433	322	85%	64%
Enfermedad neurológica y trastornos del desarrollo	626	453	168	72%	27%
Pacientes oncológicos	152	108	59	71%	39%
Inmunosupresión moderada a severa secundaria a uso de fármacos inmunosupresores o esteroides	137	125	22	91%	16%
Inmunosupresión por inmunodeficiencia primaria o inmunosupresión secundaria a infección por VIH	107	78	23	73%	21%
Enfermedad de células falciformes	25	22	9	88%	36%
Post-trasplante de órganos	15	12	4	80%	27%
Gran Total	549,326	528,204	450,826	96%	82%

Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS al 3 de mayo de 2022

De las tablas 3, 4 y 5, al 3 de mayo de 2022, se puede estimar que se había vacunado a:

- 289,131 personas priorizadas en fase 1 del plan (principalmente sector salud).
- 321,338 personas del sector salud en Guatemala, de las cuales 79% se vacunaron como parte de la fase 1 de la estrategia de vacunación.
- 1,836,614 personas priorizadas en fase 2 (principalmente adultos mayores).
- 1,650,414 personas mayores de 50 años.
- 549,326 personas con alguna enfermedad (56% de estos en fase 1 y 2, el resto en fases 3 o 4).
- Solamente se registran 45,412 mujeres embarazadas vacunadas contra COVID-19, de las cuales solo el 63% completaron esquema completo.

Estos datos indican que la vacunación en fase 1 avanzó de manera bastante positiva en la población que recibió primera dosis, con tasas exitosas de esquemas completados, tanto para 2 dosis (96% de las personas que recibieron primera dosis, completaron su esquema de 2 dosis), como para 3 dosis (73% de los vacunados con primera dosis cuentan ya con 3 dosis).

En fase 2, adultos mayores, de los que recibieron 1 dosis, un porcentaje bastante elevado de personas completaron su esquema (89%) pero solo el 53% de éstos ya cuentan con 3 dosis. Recordar que estos datos, organizados según las fases de vacunación contenidas en el Plan, no se acompañan de la información sobre el total de adultos mayores de la población total que se debía haber vacunado. Los porcentajes se calculan sobre el total de los que recibieron primera

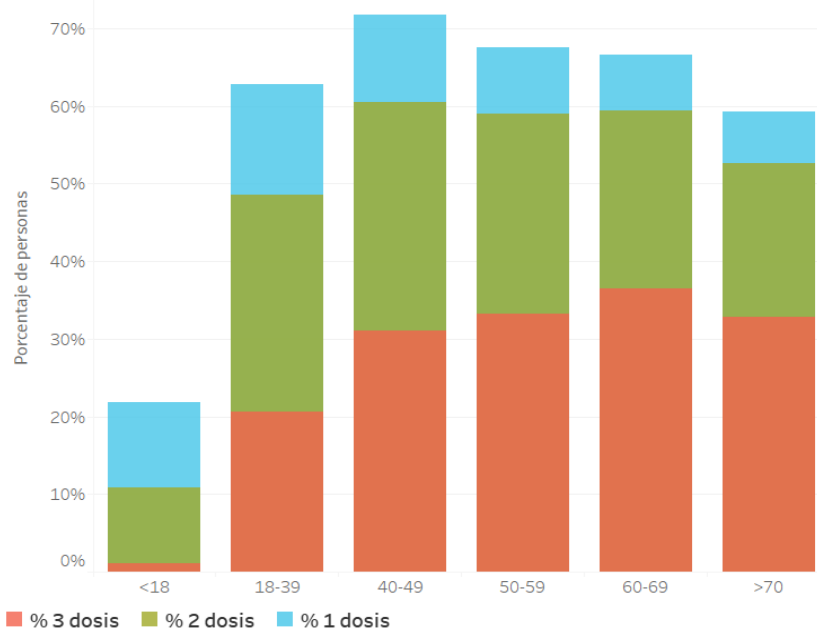
dosis. Por esta razón, los datos difieren de manera significativa de los de cobertura vacunal poblacional, como se verá a continuación, pues éstos últimos sí se calculan con base en el total de la población que corresponde a ese grupo etario en particular.

Cuando se hace la referencia a la población total de ese grupo de edad, se encuentra que, a nivel nacional, solo 59% de las personas entre 50 y 69 años cuentan con esquema de 2 dosis; y el 53% de los mayores de 70 años. Siendo la cobertura con 3 dosis todavía más baja (no supera el 35% para mayores de 50 años). Siendo este grupo una de las prioridades del plan de vacunación, por su alta vulnerabilidad a morir por la COVID-19, aún presenta una brecha de vacunación muy significativa, y el avance de su cobertura debería priorizarse y monitorearse.

Para el sector salud y otros grupos priorizados como personas con alguna enfermedad, por el momento no se cuenta con una estimación del tamaño de la población, por lo que se desconoce el nivel exacto de cobertura que se ha alcanzado. Este vacío se intentará solucionar a través de solicitudes de información al MSPAS.

La figura 1 muestra cómo ha avanzado la vacunación por grupos de edad, y según las dosis recibidas. Estos datos sí toman en cuenta el tamaño de la población total por grupo de edad, según los datos y proyecciones a partir del censo de población 2018. Se observa que, en todos los grupos de edad persisten todavía brechas de vacunación (estimadas solamente, en función de alcanzar el mínimo de cobertura de 70% establecido por OMS). Los adultos entre los 40 y los 59 años de edad, son los que tienen los porcentajes de cobertura con 2 dosis más altos; seguidos por las personas de 60-69 años de edad. Contradictoriamente, **aquellos con el mayor riesgo de morir por la COVID-19, los mayores de 70 años, apenas superan el 50% de cobertura con esquema completo, y solo el 30% ha completado dosis de refuerzo.**

Figura 1. Porcentaje de vacunación por dosis para grupos de edad



Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS al 3 de mayo de 2022

Por último, existe un gran rezago en la vacunación de la niñez y juventud en Guatemala. Como se explicó previamente, inició más tarde que la vacunación de adultos. Primero, se autorizó la vacunación de jóvenes de 12 a 17 años; y hasta finales de marzo del 2022, se autorizó la vacunación de niños y niñas entre 6 y 11 años. Esto explica, en parte, las menores coberturas en estos grupos. En conjunto, de los menores de 18 años, apenas el 10% tiene esquema completo (2 dosis).

Debido a la baja letalidad presentada en este grupo de población a lo largo de la pandemia, no se les identifica como altamente vulnerables, sin que esto signifique que no se les deba vacunar.

Por otro lado, **en los infantes y menores de cinco años**, existe actualmente un riesgo muy elevado, no tanto por afectación directa por la COVID-19, pero si por la **caída de las coberturas de vacunación del esquema regular del PAI, durante la pandemia**. Esta situación, generada en parte por la enorme presión que ejerció la pandemia sobre el debilitado sistema público de salud y por la falta de disponibilidad de los biológicos específicos para el PAI, se viene a constituir ahora, en una vulnerabilidad muy grande para este grupo poblacional. La tabla 6 muestra la caída en el número de dosis administradas por año de estas otras vacunas. (No se pudo obtener datos de cambios en la cobertura, a pesar de haber sido solicitados).

Tabla 6. Dosis administradas por año por tipo de vacuna en el programa ampliado de inmunizaciones y cambio en dosis administradas durante 2020 y 2021.

Tipo de vacuna	2019	2020	2021	2020 vs. 2019	2021 vs. 2019
BCG	329,662	317,821	285,037	-4%	-14%
DPT	660,667	635,554	567,059	-4%	-14%
Hepatitis B	256,553	267,830	251,977	4%	-2%
Influenza estacional	67,505	204,699	257,505	203%	281%
Neumococo	1,024,865	967,430	784,071	-6%	-23%
Pentavalente	1,070,794	1,013,274	890,774	-5%	-17%
Polio	1,714,913	1,649,349	1,449,906	-4%	-15%
Rotavirus 2 Dosis	680,469	654,713	476,624	-4%	-30%
SPR	735,523	654,340	593,616	-11%	-19%
Td	570,021	457,118	527,614	-20%	-7%
Gran Total	7,110,972	6,822,128	6,084,183	-4%	-14%

Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS

Los riesgos que conlleva el descenso de las coberturas de vacunación de la niñez con vacunas para otras enfermedades infecciosas, los convierte en sujetos vulnerables. Las consideraciones y planteamientos de acceso a la vacuna deberían incluir la exigencia por la recuperación de las coberturas de vacunación infantil y de la niñez.

2.2. Población históricamente excluida

Si bien la priorización empleada en el plan de vacunación del MSPAS y en sus adendas, refiere fundamentalmente a factores de riesgo por edad, por nivel de exposición y por antecedente de enfermedad crónica preexistente, en ciertos momentos, contiene elementos que sugieren que anticipaban que ciertas poblaciones podrían tener mayor vulnerabilidad dada su condición rural, de pobreza o por la discriminación histórica que han vivido en cuanto al acceso a servicios de salud. Esto se muestra en algunos de los contenidos específicos del Plan Nacional de Vacunación:

“Los casos confirmados por COVID-19 se registran 4,450 fallecidos con una letalidad de 3.76 a nivel nacional, **ocho de los departamentos presentan la letalidad por encima de la nacional**, siendo estos Escuintla (6.82), Totonicapán (6.32), Quetzaltenango (4.90), Retalhuleu (4.83), Chimaltenango (4.62), Zacapa (4.56), Suchitepéquez (4.17) y Petén (3.76).”

“Los registros de los casos fallecidos solamente el 67% se registró el tipo de ocupación, siendo las agrupaciones de ocupación más frecuentes servicio personal 34% (523), comerciantes 22% (343) y agropecuario 10% (160). **La mayor letalidad registrada fue en la agrupación de agropecuarios (7.36), seguida del personal de transporte (5.05) y construcción (4.43).**”

Por otra parte, el Laboratorio de Datos GT, en el monitoreo periódico que hace del indicador “Exceso de mortalidad” durante la pandemia COVID-19, señaló lo siguiente:

Se analizó el exceso de mortalidad durante la emergencia por COVID-19 en Guatemala luego de dos años de pandemia y cuatro olas epidémicas, que incluyeron las variantes Delta y Ómicron. Se comparó el esperado histórico de mortalidad semanal durante los cinco años previos a la pandemia (2015-2019), con los datos de defunciones registradas en el Registro Nacional de las Personas (RENAP), del 24 de mayo 2020 hasta el 5 de marzo de 2022. Durante este periodo se identificaron 61,383 muertes en exceso (54.0% más que el esperado histórico), de las cuales, por lo menos 24,974 están directamente asociadas a la COVID-19.

Como ha sido el caso en otros países, en Guatemala la pandemia ha afectado más **fuertemente las áreas urbanas que las rurales**, por lo menos en términos del indicador de casos confirmados por prueba positiva al virus de la COVID-19. Además, en áreas **urbanas se concentra también la mayor parte de la población mestiza/ladina** (64% de la población mestiza/ladina habita en áreas urbanas), mientras la población indígena habita predominantemente en el área rural (61% de la población indígena habita en áreas rurales). De tal cuenta, la incidencia de casos acumulada se ha concentrado en población urbana/ladina. En municipios con muy baja ruralidad (<75%) y **municipios con población mayoritariamente ladina (población ladina >75%) presentan una incidencia hasta 4.4 mayor a municipios con población mayoritariamente indígena.**

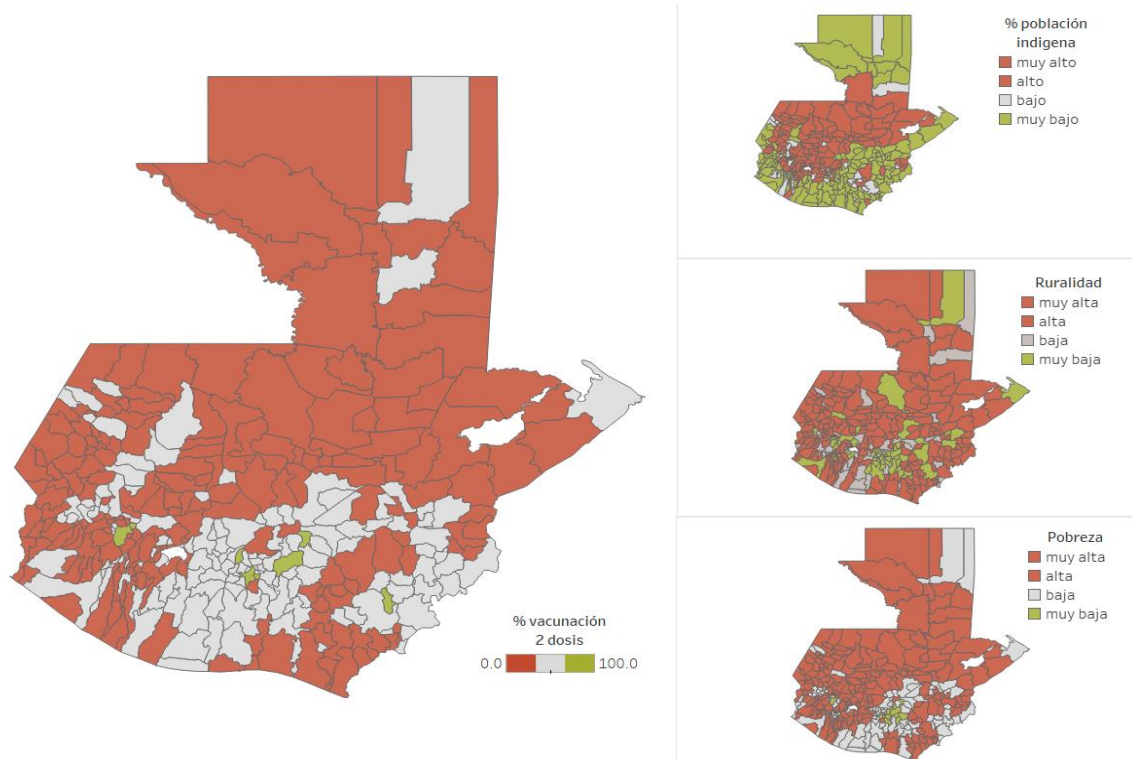
Sin embargo, a pesar de este patrón diferenciado en la incidencia de casos entre lo urbano/rural y ladino/indígena, el monitoreo periódico ha permitido identificar que el **exceso de muertes durante la emergencia por COVID-19 ha sido más alto para la población indígena del país que para población ladina.**

En total, para todo el período de estudio, **para mayores de 40 años, se registró un exceso de mortalidad de 61.1% entre población indígena, comparado al esperado histórico para esta población (llegando hasta 69.3% durante 2021)**. Mientras tanto, para la población ladina, el exceso de mortalidad para el período fue de 60.9% (66.1% durante 2021).

Esto significa que, aunque entre la población indígena del país se han detectado menos casos, el hecho que su porcentaje de exceso de mortalidad por cualquier causa sea mayor, especialmente durante la ola más severa de la pandemia (Delta durante 2021), **es un fuerte indicio de su desventaja en el acceso a servicios de salud, particularmente, servicios de salud preparados para manejar los casos más graves**. De esa cuenta, la emergencia por COVID-19 en Guatemala profundizó la desigualdad preexistente en el acceso a la salud, especialmente a la hora de presentar las formas más severas de la COVID-19, pero en general, para la atención de cualquier enfermedad.

La figura 2 muestra a la izquierda, la cobertura vacunal con esquema completo (2 dosis) en los municipios del país: en rojo aquellos en donde menos del 33% de su población cuenta con esquema completo; gris aquellos en donde 34 al 66% de la población cuenta con esquema completo; y verde donde la vacunación supera el 66%. Del lado derecho (de arriba hacia abajo), los municipios del país de acuerdo a su proporción de población indígena, porcentaje de ruralidad y porcentaje de pobreza general: en rojo donde estas proporciones son mayores a 50%; gris donde las proporciones se encuentran entre el 25 y 50%; y en verde donde son menores al 25%.

Figura 2. Porcentaje de vacunación, población indígena, ruralidad y pobreza por municipio



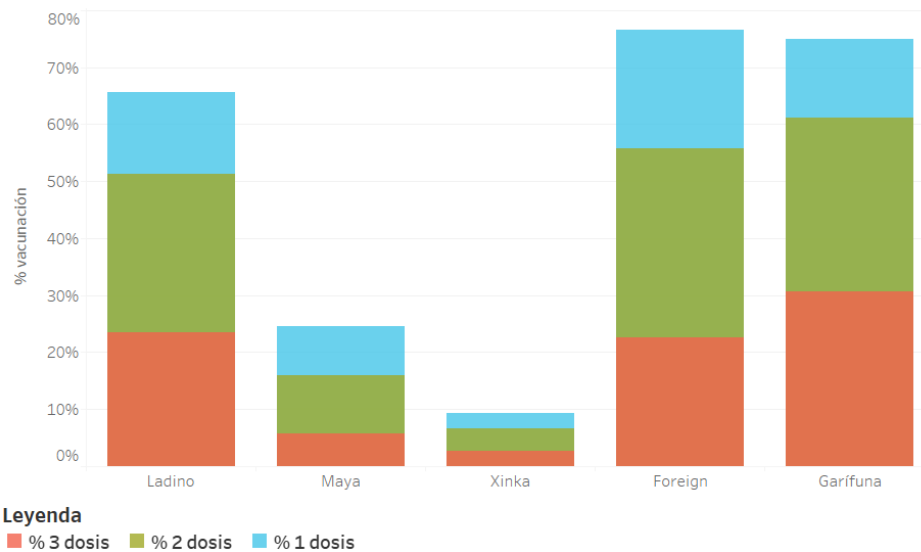
Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS al 3 de mayo de 2022

La figura 2 es contundente al mostrar como la estrategia de vacunación ha sido totalmente capitalino-céntrica. Se observa que los déficits de cobertura vacunal con esquema completo (2 dosis) son extensos (menores al mínimo de 70% establecido por OMS a alcanzarse en junio 2022) en la mayoría de municipios del país y consistentes con los municipios con mayor proporción de población indígena, los municipios con mayor porcentaje de ruralidad, y los municipios con mayor porcentaje de pobreza.

Apenas si hay 4 municipios que han logrado alcanzar al 3 de mayo 2022, el mínimo del 70% de la población con dos dosis de vacuna. Otros 90 municipios tienen rangos de cobertura que están entre 40 y 69% con dos dosis; y la mayoría (246 municipios) no superan aún la barrera del 40% con población con esquema completo. La correspondencia mayor del mapa de déficit de cobertura de vacunación es con el mapa de pobreza municipal; seguido del mapa que muestra la ruralidad y, en tercer lugar, con el mapa que muestra los municipios según su porcentaje de población indígena declarada según el censo de población 2018.

No obstante, la figura 3, que presenta las coberturas de vacunación según pueblo de pertenencia, muestra claramente la enorme brecha y disparidad de vacunación de la población indígena, Maya y Xinca, respecto a la población ladina. Nótese que se porcentualmente han vacunado más extranjeros viviendo en el país, que los propios ladinos.

Figura 3. Porcentaje de vacunación por dosis por pueblo de pertenencia



Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS al 3 de mayo de 2022

3. Otras poblaciones vulnerables

En este apartado se identifican otros grupos de población que se consideran vulnerables a la COVID-19, pero que no se mencionan explícitamente en el plan de vacunación o en algún otro instrumento oficial del Ministerio de Salud relacionado con la pandemia: Se destaca la población privada de libertad y las y los migrantes indocumentados.

Como se observa a continuación, solo fue posible obtener datos de vacunación para los privados de libertad. Para los migrantes no se lograron estadísticas de su estatus vacunal, ni de los retos específicos que enfrentan por la pandemia o con la vacunación.

3.1. Privados de libertad

Estadísticas del Instituto de Estudios Comparados de Ciencias Penales en Guatemala, ICCPG, muestran el tamaño de la población privada de libertad en el país entre los años 2017 – 2020. Entre 23,084 personas en 2017, hasta 25,746 personas en el año 2020. La saturación de las cárceles es un problema de larga data y sin visos de resolverse a corto plazo, por innumerables razones. Dadas las condiciones de hacinamiento que se dan en estos centros, que han sido documentadas previamente (CIEN, 2014), la población privada de libertad tiene un riesgo elevado de contagio y enfermedad para la COVID-19, especialmente, si no se le prioriza para la vacunación.

Tabla 7. Guatemala, Número total de personas privadas de libertad por centro carcelario, 2017-2020

Centro del Sistema Penitenciario	2017	2018	2019	2020
Centro De Detención Preventiva Para Hombres Zona 18	5018	4883	4732	4610
Granja Modelo De Rehabilitación Pavón, Fraijanes	3514	3988	4423	4139
Granja Modelo De Rehabilitación De Hombres Canadá	3035	3106	3362	3440
Centro De Detención Preventiva Para Hombres R.C. Pavoncito Fraijanes	1692	1920	1833	2355
Granja Modelo De Rehabilitación Cantel, Quetzaltenango	2105	2176	2271	2260
Centro Preventivo Para Mujeres, Sta. Teresa	1343	1464	1455	1492
Centro De Rehabilitación Penal Puerto Barrios	994	1154	1357	1432
Centro De Det. Prev. De Máxima Seg. Los Jocotes Zacapa	838	889	915	897
Centro Femenino Cof	680	719	887	840
Cárcel De Máxima Seguridad Boquerón	592	680	718	835
Centro Preventivo Para Hombres Y Mujeres Mazatenango	603	646	663	768
Centro De Detención Preventiva Par Ahombres Y Mujeres Chimaltenango	535	525	489	522
Centro Preventivo De Hombres Y Mujeres Cobán	397	403	459	469
Centro De Detención Preventiva De Delitos Menores Y Faltas Anexo B Zona 18	536	503	478	439
Centro Preventivo Para Hombres Y Mujeres Santa Elena Peten	367	405	327	313

Centro De Detención Para Hombres Zona 17 "Mariscal Zavala"	226	0	262	229
Centro Preventivo Santa Cruz El Quiche	128	136	150	220
Centro De Alta Seguridad Canadá Escuintla	174	185	218	194
Centro Preventivo Cantel Mujeres	83	136	132	135
Centro De Cumplimiento De Condena Para Mujeres, Fraijanes I	66	58	54	84
Centro De Detención Para Hombres Zona 1 "Matamoros"	25	40	49	47
Centro De Detención Para Hombres Fraijanes li	133	164	206	26
Total Población Penitenciaria	23,084	24,180	25,440	25,746

Fuente: elaboración propia con datos del ICCPG <https://iccp.org.gt/indicadores/indicador-47/>

Cabe mencionar que en el anexo 3 del plan de vacunación inicial, en la "Recomendación Provisional De Consejo Nacional De Prácticas De Inmunizaciones (CONAPI) De Guatemala", sí se había recomendado que se les incluyera en la fase 2:

2h Personas que por alguna condición se dificulta el distanciamiento social, aislamiento o cuarentena y dicha condición no se puede modificar (ej. Residentes en albergues debidamente registraos, centros de detención y privados de libertad)

Sin embargo, no se les menciona (no como parte de alguna fase) en el plan de vacunación, aunque si se dio vacunación en centros penitenciarios. Una nota de prensa de la Dirección General del Sistema Penitenciario, del Ministerio de Gobernación, con fecha 2 de agosto 2021, reportó que se estaba vacunando a esta población, iniciando por los privados de libertad con edades entre 60 y 80 años que padecieran enfermedades crónicas.⁵ La nota de prensa señala que, se había vacunado a 2,200 personas en esta condición. Sin embargo, los datos registrados en el tablero oficial COVID-19 del MSPAS, reportan una cifra menor, como se observa en la tabla 8.

Tabla 8. dosis de vacuna administradas en Sistema Penitenciario

Institucion de procedencia	1a Dosis	2a Dosis	3a Dosis
Sistema Penitenciario (personal y privados de libertad)	1,462.0	1,323.0	620.0
Gran Total	1,462.0	1,323.0	620.0

Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS al 3 de mayo de 2022

Si se toma de referencia a la población penitenciaria del año 2020, sería de apenas 5.7% para la primera dosis; 5.1% para la segunda dosis y 2.4% con dosis de refuerzo. La precariedad de sus condiciones de vida, de acceso a servicios médicos y en particular, de acceso a la vacunación, los ubica como una población altamente vulnerable a la COVID-19. Irónicamente, siendo ésta, una

⁵ <https://dgsp.gob.gt/inicia-vacunacion-en-privados-de-libertad-entre-los-rangos-de-60-a-80-anos-y-que-padezcan-enfermedades-cronicas/> consultada el 12 de mayo 2022.

población reclusa, sería relativamente fácil realizar procesos de vacunación en los distintos centros carcelarios y así, elevar las coberturas vacunales y proteger a esta población, y reducir el contagio de las personas que los visitan. En otras palabras, es una población muy vulnerable, por sus condiciones específicas, pero que sería relativamente fácil de proteger con la vacunación.

3.2. Migrantes indocumentados

La migración indocumentada es uno de las dinámicas socioeconómicas que expresan de manera descarnada y multidimensional, las exclusiones e injusticias que se viven en la región centroamericana y en Guatemala, y que obligan a las personas a exponer sus vidas para buscar en otras tierras las oportunidades económicas y sociales que no encuentran en su país. Las condiciones de secretividad, por la falta de documentación, en las que se realiza este acto migratorio, coloca a los y las migrantes indocumentadas en situaciones de extrema vulnerabilidad física y mental; en general, los limita en el ejercicio de todos sus derechos, entre ellos, el de buscar los servicios de salud. En el caso de la COVID-19, esto reduce las probabilidades de que tengan acceso a pruebas para detectar la enfermedad, hace imposible que se puedan aislar, en caso se encuentren contagiados y dificulta su atención médica oportuna, en caso necesitarla.

Solo se cuenta con medidas indirectas del tamaño de la población que migra anualmente y cruza el país rumbo a los Estados Unidos Mexicanos y a los Estados Unidos de Norteamérica. Estas son, las cifras de deportados de nacionalidad guatemalteca, que son devueltos al país. En 2021, esta cifra fue de 63,304 personas deportadas, lo que representó un incremento del 44% respecto al 2020, año en que, por la pandemia, se suspendieron temporalmente las deportaciones de guatemaltecos desde USA.

Un reporte del Sistema de Naciones Unidas señaló que: “A finales de abril de 2020, autoridades del país, a través de declaraciones del ministro de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), confirmaron que los deportados desde EE. UU. representaban “el 20 % de los 500 casos de COVID-19 en Guatemala”. Fue así como, desde la primera semana de mayo, se decidió suspender los retornos.”⁶

El gobierno de Guatemala exigió también que se les realizara pruebas en USA a los detenidos, antes de que fueran deportados. Con el apoyo de la Organización Internacional para las Migraciones -OIM- el gobierno de Guatemala instaló albergues para cuarentena para los deportados. También se implementaron programas de educación sobre la COVID-19, y se les daban bolsas de alimentos cuando, al finalizar la cuarentena, marchaban para retornar a sus comunidades de origen.

Con respecto a la vacunación, una nota de prensa del Instituto Nacional de Migración, de septiembre 2021, aborda la vacunación aplicada a un grupo de 23 guatemaltecos deportados, a quienes les fue administrada la vacuna Moderna antes de salir hacia sus lugares de origen. Se esperaba que, con su carnet de vacunación, se presentaran a un centro de vacunación cercano

⁶ <https://guatemala.un.org/es/136741-el-retorno-de-migrantes-durante-la-pandemia>

para su segunda dosis.⁷ El tablero de vacunación COVID-19 del MSPAS, no tiene registros etiquetados de migrantes deportados vacunados. Tampoco hay registros que indiquen si migrantes en curso o que salen desde sus comunidades en Guatemala, se van vacunados o buscan ser vacunados durante su trayecto por México. Un documento de OPS, sin fecha, identificado en línea, presenta un cuadro con los países que incluyen a la población migrante en sus programas de vacunación para la COVID-19. Guatemala aparece en el listado, pero no incluye a los migrantes entre su programa de vacunación, situación que coloca a esta población

en una condición de extrema vulnerabilidad.



Países que incluyen población migrante en sus programas de vacunación contra COVID-19

País	Refugiados*	Entornos Humanitarios*	Desplazados Internos*	Migrantes**
Antigua y Barbuda	X	X	X	
Argentina				X ⁴
Belice	X	X	X	X
Bolivia	X	X	X	X
Brasil ⁸				
Costa Rica	X			
Colombia				X
Chile				X ⁵
Ecuador				X ⁶
El Salvador	X	X	X	
Estados Unidos				X ⁴
Granada	X			
Guatemala		X		
Guyana	X	X	X	X
México				X ²
Panamá	X	X	X	X
Paraguay	X			X
Perú				X ⁷
San Cristóbal y Nieves	X	X	X	X
Santa Lucía	X			
San Vicente y las Granadinas		X	X	
Suriname		X		
Trinidad y Tobago	X	X	X	
Uruguay				X ³
Venezuela	X	X	X	

Fuente:

<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Paises%2520vacunacion%2520migrantes.pdf>

⁷ <https://igm.gob.gt/inicia-proceso-de-vacunacion-para-guatemaltecos-retornados/>

4. Conclusión

El análisis de poblaciones vulnerables que se ha efectuado apunta a una gama muy amplia de sujetos y colectivos humanos que aún no tienen garantía mínima de cobertura vacunal con dos dosis de vacuna contra la COVID-19, conforme al parámetro del 70% de cobertura poblacional que estableció la OMS para incrementar las probabilidades de controlar la pandemia a nivel global y en cada país.

En el caso de Guatemala, como las coberturas nacionales de vacunación siguen siendo bastante bajas: 48,3% con una dosis; 36.5% de la población total con dos dosis y apenas 16.3% con refuerzo, la proporción y variedad de grupos vulnerables a la COVID-19 es bastante amplia tanto en términos de la cantidad de personas que todavía se encuentran en situación de vulnerabilidad, como por el nivel de riesgo que enfrentan, conforme los parámetros del plan nacional de vacunación. No digamos, si el parámetro empleado es el de exclusión estructural.

Priorizar entre vulnerables, en este contexto donde lo que predomina todavía es la desprotección vacunal generalizada, se torna mucho más difícil. No obstante, se presenta una primera propuesta de priorización, de la siguiente manera:

1. **Con respecto a los grupos sociodemográficos definidos en el plan de vacunación**, se sugiere priorizar a los mayores de 70 años (611 mil personas, actualmente 60% con 1 dosis; 53% con 2 dosis; y 33% con 3 dosis), seguidos de los mayores de 60 años (763 mil personas, actualmente 67% con 1 dosis; 60% con 2 dosis; y 37% con 3 dosis) y 50 años (1.125 millones de personas, actualmente 68% con 1 dosis; 60% con 2 dosis; y 34% con 3 dosis). Y a mujeres embarazadas ya que solo se registran 45 mil en el sistema.
2. **Con respecto a las poblaciones históricamente excluidas**, la prioridad debe darse a la población Maya, rural, en situación de pobreza y pobreza extrema.
3. **Con respecto a las otras poblaciones identificadas**, la prioridad debería darse a los privados de libertad, dada su extrema vulnerabilidad al contagio dada por el hacinamiento y falta de higiene en que viven, y también por el hecho de que su cautiverio facilita la realización de jornadas/campañas de vacunación por cada centro de detención. De acuerdo a los datos disponibles, se estiman 25,746 personas (36,045 dosis necesarias para cobertura del 70% con esquema completo y 18,022 más para la dosis de refuerzo). Cabe mencionar que existe el riesgo que los datos para este grupo poblacional hayan sido mal recolectados en la base de datos de vacunación, por lo que se solicitaran coberturas específicas por medio de solicitud de información al MSPAS.
4. **Un cuarto grupo a priorizar serían los migrantes indocumentados**, por medio de crear un programa específico para ellos, posiblemente en alianza entre la red de servicios de primer y segundo nivel de atención, con organizaciones de sociedad civil que se ocupan de su atención en las rutas migratorias. Cabe mencionar que este grupo poblacional no existe como tal en la base de datos de vacunación del MSPAS, por lo que se solicitarán datos de coberturas específicas por medio de solicitud de información al MSPAS.
5. **Llamar la atención de la sociedad y del MSPAS a la urgencia de recuperar las coberturas de vacunación infantil y de la niñez**, con las otras vacunas de los esquemas regulares de

vacunación ya aprobados para estos grupos de edad, e incluir en la abogacía por vacunas, que haya nuevamente acceso a biológicos para estas otras enfermedades infecciosas y se faciliten prioritariamente a los países que han visto peligrosos descensos de las coberturas.

Es una clara muestra de la profunda desigualdad imperante en el país, que con excepción de unos cuantos enclaves territoriales (principalmente urbanos, ladinos y menos pobres como algunos municipios del departamento de Guatemala, El Progreso, Antigua, Quetzaltenango, y Huehuetenango), la demás población y territorios viven *de facto* un auténtico *Apartheid de vacunación*, provocado no tanto por la falta de acceso material a vacunas, sino sobre todo, por un plan de vacunación y una estrategia de implementación de la vacunación que simplemente IGNORÓ a la mayor parte del país, favoreciendo casi exclusivamente a la ciudad capital de Guatemala.

Bibliografía

Chávez, O., & Slowing, K. (04 de 2022). Exceso de mortalidad durante la COVID-19 en Guatemala: De la semana epidemiológica 12 de 2020 a la semana 9 de 2022. (U. d. s, Ed.) *Revista Análisis de la Realidad Nacional*(222), 50-73. doi:ISSN 2227-9113

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (15 de 02 de 2021). Plan Nacional De Vacunación Contra La COVID-19 República De Guatemala. Guatemala. Recuperado el 25 de 04 de 2022, de <https://mispas.gob.gt/descargas-mispas/category/164-documento-plan-nacional-de-vacunacion-contra-la-COVID-19>

Slowing, K., Maldonado, E., Chavez, O., & Garcia, A. L. (Septiembre de 2021). Los costos humanos, sociales y económicos de no vacunar. Guatemala: OXFAM. Obtenido de <https://lac.oxfam.org/latest/policy-paper/los-costos-humanos-sociales-y-econ%C3%B3micos-de-no-vacunar-acelerada-y>

Ramírez, L. (2007) “La vulnerabilidad sanitaria y epidemiológica. Aportes metodológicos que permiten definir las áreas epidemiológicas y sanitarias críticas y la población en riesgo en la provincia de El Chaco, Argentina” Capítulo 10 CONICET, UNIE, Argentina.

Ruiz Rivera, N. (2012) “La definición y medición de la vulnerabilidad social. Un enfoque normativo”. En: Investigaciones Geográficas, boletín del Instituto de Geografía, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Organización Mundial de la Salud (2012) “Determinantes sociales de la salud: resultados de la conferencia mundial sobre determinantes sociales de la salud (Río de Janeiro, Brasil, 2011)” Informe de la Secretaría A65/16 del 26 de marzo 2012. 65ava Asamblea Mundial de la Salud, punto resolutivo 13.6 del orden del día provisional.

Morales-Borrera, C. et al (2013) “¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas” en: Revista de Salud Pública 15 (6): 797-808 (2013), Bogotá.

Pizarro, R. (2001) “La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina” CEPAL, División de Estadísticas Económicas y Proyecciones Económicas, Santiago de Chile.

Enlaces consultados:

<https://cien.org.gt/index.php/carceles-saturadas/>

<https://iccpq.org.gt/indicadores/indicador-47/>

<https://guatemala.un.org/es/136741-el-retorno-de-migrantes-durante-la-pandemia>

<https://igm.gob.gt/inicia-proceso-de-vacunacion-para-guatemaltecos-retornados/>

<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Paises%2520vacunacion%2520migrantes.pdf>