



ADQUISICIÓN DE VACUNAS Y TRATAMIENTOS PARA LA COVID-19 EN EL SALVADOR



Con el apoyo de:



VACUNAS
PARA LA GENTE
LATINOAMÉRICA



OXFAM

AGENDA
REGIONAL
PARA UNA
VACUNA
UNIVERSAL
CONTRA LA COVID-19



ADQUISICIÓN DE VACUNAS Y TRATAMIENTOS PARA LA COVID-19 EN EL SALVADOR

Serie Agenda Regional para la Vacunación Universal contra la COVID-19
Oxfam en América Latina y el Caribe

2023

Con el apoyo de:



Oxfam en El Salvador

Ana Iris Martínez, Responsable de País

Karla Castillo, Responsable de Migración, Desigualdad y Justicia Fiscal

Fundación Dr. Guillermo Manuel Ungo (FUNDAUNGO)

Manuel Delgado, Coordinador de Estudios sobre Políticas Públicas

Equipo de investigación

Claudia Meléndez

Orlando Contreras

Coordinación de investigación

Manuel Delgado

Karla Castillo

Edición

Maite Mata

Diseño

Verónica Gálvez

Esta es una iniciativa impulsada por el Programa de Oxfam en Centroamérica en Guatemala, El Salvador y Honduras.

© Oxfam América Latina y el Caribe

El presente estudio, denominado Adquisición de vacunas y tratamientos para la COVID-19 en El Salvador, fue realizado por la Fundación Dr. Guillermo Manuel Ungo (FUNDAUNGO), y forma parte de una serie de investigaciones efectuadas por Oxfam América Latina y el Caribe, en el marco del proyecto Vacunas y Desigualdad en Latinoamérica, con apoyo de la Fundación Ford. Hasta la fecha, se han realizado estudios de caso en siete países de Latinoamérica y otras investigaciones complementarias. Durante el 2023, se han realizado investigaciones en diversos países de Centroamérica, incluyendo investigaciones regionales.

El texto puede ser utilizado libremente para campañas informativas, procesos educativos, acciones de incidencia política y estudios de investigación científica, siempre y cuando se indique la fuente de forma completa.

CONTENIDO

Resumen Ejecutivo	7
Recomendaciones	9
Introducción	11
I. Marco metodológico del estudio y limitaciones	12
II. Contextualización sobre la evolución de la COVID-19 y el proceso de la vacunación en El Salvador	13
2.1. Evolución del contagio de COVID-19 en El Salvador según registros oficiales	14
2.2. Cobertura de vacunación	22
2.3. Percepciones de la población sobre el proceso de vacunación contra la COVID-19	24
III. Mecanismos de financiación y adquisición de la vacuna contra la COVID-19	25
3.1. Gestión del financiamiento y adquisición	25
3.2. Monitoreo e incidencia al financiamiento del Banco Mundial para la gestión de vacunación COVID-19	30
IV. La negociación internacional de un Tratado Pandémico	31
4.1. Resultados principales	32
4.2. Recomendaciones	33
Referencias bibliográficas	34
Anexos	37

SIGLAS Y ABREVIATURAS

BIC	Bank Information Center
BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
CEPI	Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante las Epidemias
COVAX	Fondo de Acceso Global para Vacunas COVID-19
COVID-19	Coronavirus Infectious Disease 2019
CSJ	Corte Suprema de Justicia
FUNDAUNGO	Fundación Doctor Guillermo Manuel Ungo
GAVI Alliance	The Global Alliance for Vaccines and Immunization
IMU	Instituto de Investigación y Desarrollo de la Mujer
LGTBIQ+	Lesbianas, Gay, Transexuales, Bisexuales, Intersexuales, Queer y otras identidades
MINSAL	Ministerio de Salud de El Salvador
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPO	Oficina País de OPS
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNC	Policía Nacional Civil
PNDV	Plan Nacional de Vacunación
SARS-CoV-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe busca documentar cómo se dio el acceso a vacunas y tratamientos para la COVID-19 en El Salvador durante el período de la pandemia y los recursos financieros empleados para ello; además, ofrece luces sobre las perspectivas y planes para asegurar el acceso a vacunas y tratamientos para la COVID-19 en el futuro.

El análisis es de carácter descriptivo y está basado en investigación de sistemas y servicios de salud en El Salvador. El período de análisis comprende de diciembre de 2019 a junio de 2023. Las fuentes de información son los informes sanitarios del Ministerio de Salud y una sistematización exhaustiva de los reportes en redes sociales y páginas web oficiales del Gobierno de El Salvador, elaborada por FUNDUANGO (2022b).

FUNDAUNGO, desde el inicio de la pandemia hasta diciembre de 2022, sistematizó información sobre contagios, mortalidad y vacunación, entre otros, dicha sistematización se vuelve vital ante la ausencia de información oficial consolidada y desagregada. La información oficial del Gobierno de El Salvador se complementó con la información publicada por UNICEF (2023) en su COVID-19 Market Dashboard, disponible en línea, y con la información disponible de los préstamos otorgados por el Banco Mundial para la Respuesta de El Salvador ante la COVID-19 (Los préstamos BIRF 9229 y BIRF 9429).

Además de la revisión documental, el análisis se complementó con entrevistas realizadas a funcionarios del Banco Mundial y a un miembro del Centro de Estudios de la Diversidad Sexual y Genérica (AMATE), quienes realizaron una labor de seguimiento e incidencia a través de los mecanismos del Banco Mundial.

Contextualización sobre la evolución de la COVID-19 y el proceso de la vacunación en El Salvador

La evolución de los casos de COVID-19 en El Salvador fue similar a la de los países centroamericanos, dada la cercanía de sus fronteras, los estilos de vida

similares, la circulación simultánea de las mismas cepas y su alta difusibilidad. El Gobierno de El Salvador confirmó, según su sitio oficial, 201,785 casos de COVID-19 y 4,230 personas fallecidas, hasta el 18 de octubre de 2022, fecha a partir de la cual no se tiene acceso a datos oficiales sobre la COVID-19 en el país.

La información oficial permite calcular una tasa de casos de COVID-19 de 735,6 por 100 mil habitantes para 2020, de 1,193 por 100 mil habitantes para 2021 y de 1,259.3 por 100 mil habitantes para 2022. El predominio de pacientes se centró en personas entre 20 y 39 años, aunque la mortalidad fue mayor para las personas entre 40 y 59 años, y fueron los departamentos de San Salvador, La Libertad y Santa Ana los que reportaron más casos.

Se observa que El Salvador implementó un proceso de vacunación efectivo. Una clave de este fue el pronto establecimiento del Plan Nacional de Despliegue y Vacunación (PNDV) y el financiamiento contraído con el Banco Mundial y la donación de vacunas por parte de la Iniciativa COVAX y los gobiernos de Estados Unidos, China, México y Letonia. Estos aspectos fueron claves para que, a junio de 2023, un total de 4,395,191 personas contaran con el esquema de vacunación de al menos dos dosis, lo que brinda un déficit de cobertura de 1,322,442 de personas de 6 años y más, que representan el 18.5% de la población habilitada.

La ciudadanía tuvo una percepción positiva del proceso de vacunación. De acuerdo con FUNDAUNGO (2022a) la mayoría de la población consideró que el proceso de agendar la cita fue fácil (91.4%), que los lugares de vacunación fueron accesibles (89.9%), que el personal de salud fue amable (97.2%) y que las indicaciones sobre los efectos secundarios fueron claras (92.9%).

El análisis de la mortalidad determina una alta efectividad de la vacunación, así como otras acciones de intervención poblacional e, incluso, el adecuado registro de personas fallecidas.

El año 2021 resultó el de mayor aporte a la mortalidad general, con 2,481 defunciones (39.2 x 100 mil habitantes), seguido del año 2020, con 1,338 (21.2 x 100 mil habitantes). Sin embargo, para el año 2022,

fueron notificadas 368 defunciones, aspecto que puede atribuirse al efecto de la inmunidad de rebaño alcanzada, ya sea por vía natural (transmisión de la infección entre reservorio-huésped) o por vía artificial, es decir, la vacunación.

Mecanismos de financiación y adquisición de la vacuna contra la COVID-19

El proceso de gestión de financiación y adquisición de la vacuna no fue tan expedito al inicio, pero logró ser cubierto, principalmente, por dos préstamos del Banco Mundial, por un total de \$170 millones de dólares (BIRF 9229 y BIRF 9429), y las donaciones recibidas bajo la Iniciativa COVAX y de los gobiernos de Estados Unidos, China, México y Letonia.

En 2020, la Asamblea Legislativa aprobó la suspensión temporal de los indicadores fiscales contenidos en la Ley de Responsabilidad Fiscal, para gestionar financiamiento mediante emisión de bonos o préstamos. También otorgó al órgano ejecutivo la autorización para gestionar financiamiento complementario al presupuesto 2020, por \$645.8 millones, y se contempló una autorización de hasta \$2,000 millones en el marco de la pandemia COVID-19 (Ministerio de Hacienda, 2020).

En marzo de 2020, cuando estuvo claro que la pandemia global y los países iban a requerir financiamiento, el Banco Mundial buscó recursos para implementar el proyecto global llamado "Multiphase Programmatic Approach". A nivel global tuvo una asignación de 12 billones que se distribuyeron de manera global, con base en las necesidades de cada país, uno de los países beneficiados fue El Salvador por cumplir condiciones previas (la definición del plan de vacunación, la buena gestión de préstamos vigentes y la existencia de una unidad de gestión del Banco Mundial en el Ministerio de Salud).

Esta iniciativa se concretó en dos préstamos, el primero por \$70 millones, aprobado en julio de 2021 (conocido por el código BIRF 9229-SV), y el segundo por \$100 millones, aprobado en octubre del mismo año (conocido por el código BIRF 9429-SV). La gestión del primer préstamo inició el 22 de junio de 2020. La Asamblea Legislativa, por medio del Decreto Legislativo No. 675, aprobó el contrato

de préstamo con el Banco Mundial, denominado "Programa de respuesta de El Salvador ante la COVID-19", por un monto de \$20 millones. Sin embargo, a pesar de haber sido aprobado, el BIRF no realizó desembolsos en 2020, por no haber presentado el Marco de Gestión Ambiental y Social actualizado, solicitado por el Banco Mundial.

FUNDAUNGO (2022b) sistematizó, a partir de las páginas web y las redes sociales oficiales y noticias, el proceso de compra de vacunas durante 2021. El primer registro de recepción de vacunas fue el 17 de febrero de 2021, cuando llegó el primer lote de 20 mil vacunas COVISHIELD (AstraZeneca) a El Salvador. Desde el 17 de febrero hasta el 30 de diciembre de 2021, FUNDAUNGO (2022b) registró 52 lotes de vacunas que sumaron 15,396,850 dosis de vacunas de AstraZeneca, COVISHIELD (AstraZeneca), Comirnaty/Pfizer, CoronaVac, Moderna, Pfizer, Pfizer-BioNTech y Sinopharm (FUNDAUNGO, 2022b).

El Gobierno de El Salvador dejó de publicar la adquisición de vacunas en 2022, sin embargo, para este año, UNICEF, a través de la COVID-19 Market Dashboard (UNICEF, 2023) registró cinco lotes adicionales enviados entre el 30 de enero y el 30 de diciembre de 2022, con 593,200 dosis de las marcas COVISHIELD (AstraZeneca), Pfizer-BioNTech y Moderna. Finalmente, en febrero de 2023, el país recibió 100,800 dosis de vacunas Comirnaty/Pfizer de última generación, donadas por Letonia, dato también mencionado en UNICEF (2023).

De acuerdo con la sistematización de FUNDAUNGO (2022b) y UNICEF (2023) se estima que, entre febrero de 2021 y febrero de 2023, El Salvador recibió 16,090,850 dosis de vacunas, de las cuales, 3,951,800 fueron donadas, 259,650 fueron obtenidas a través de compras bilaterales, 10,770,350 a través de compras directas y 1,109,050 compradas a través de la iniciativa COVAX.

El acceso ciudadano a la información sobre la compra de vacunas ha sido restringido por el gobierno, dado que el Ministerio de Salud declaró la reserva total de información relacionada con la aplicación y compra de vacunas de la COVID-19, por un período entre tres y cinco años. Sin embargo, a pesar de que el proceso de compra de vacunas no consideró a las Organizaciones de la Sociedad

Civil, el Centro de Estudios de la Diversidad Sexual y Genérica (AMATE El Salvador) logró monitorear las acciones de contención de la pandemia, con apoyo del Bank Information Center, y buscó conocer y generar incidencia sobre la ejecución de dichas acciones en poblaciones vulnerables, destaca la abogacía que realizó AMATE para la inclusión de personas viviendo con VIH, como prioritarias para el proceso de vacunación.

La negociación internacional de un Tratado Pandémico

La Asamblea Mundial de la Salud estableció, en 2021, un Órgano de Negociación Intergubernamental abierto a todos los Estados Miembros y Miembros Asociados, para redactar y negociar un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias, con miras a su adopción, en virtud del Artículo 19 o de otras disposiciones de la Constitución de la OMS que el Órgano de Negociación Intergubernamental considerara apropiadas.

Para esta investigación se gestionó entrevistas con personas funcionarias del gobierno para conocer su opinión sobre el tratado, pero no existió apertura por parte de estas para brindar comentarios respecto a la vacunación por COVID-19 en la etapa post pandemia, siendo este uno de los grandes pendientes de la investigación.



RECOMENDACIONES

A partir del análisis, la investigación recomienda:

1. Fortalecer el sistema único oficial de información en salud y definir adecuadamente la información que se debe registrar, así como garantizar su actualización. Actualmente, el acceder a información pública sobre la gestión de la pandemia resulta limitado, ante la reserva de información oficial y la poca desagregación de datos existentes. Tener información sistemática, confiable y actualizada sobre la pandemia de la COVID-19, aún de manera retroactiva, permitiría identificar tendencias y lecciones aprendidas que serán útiles para la preparación ante futuros escenarios o pandemias.
2. Generar información desagregada sobre la gestión sanitaria y la garantía al derecho a la salud, incluyendo el acceso a vacunación. Esta información debería ser desagregada en factores sociodemográficos, incluyendo edad, género, etnia, área geográfica (rural/urbano, municipio y departamento) y otras características relevantes que tomen en

cuenta la interseccionalidad y visibilicen las necesidades particulares de diversas poblaciones. Esta información permitirá diseñar respuestas diferenciadas que conduzcan al acceso a servicios de salud de manera más equitativa.

▲ **3.** Reforzar la vacunación contra la COVID-19 a nivel poblacional y valorar la posibilidad de incorporarla al esquema de vacunación, principalmente, a grupos de riesgo. La evidencia indica que la vacuna es la estrategia más efectiva para mitigar la propagación de la COVID-19, y también disminuye los riesgos de mortalidad en personas infectadas. Por tanto, es clave que ante pandemias o crisis sanitarias se destinen o gestionen recursos financieros para la adquisición de vacunas a nivel país, y con ello garantizar el acceso a la vacunación de la población.

▲ **4.** En situaciones de crisis, el financiamiento internacional es clave, y permite a los países acceder a recursos para hacer frente a los retos económicos y sanitarios. En el caso de este estudio, resalta el aporte del Banco Mundial para que el Gobierno de El Salvador gestionara la adquisición de vacunas. Las Instituciones Financieras Internacionales deben tener apertura y poner a disposición de la ciudadanía canales de retroalimentación y contraloría sobre los proyectos que financian.

▲ **5.** La facilitación de las normas para la compra de vacunas no debe de eximir la contraloría ciudadana, por lo cual, es importante que estas medidas incluyan mecanismos de rendición de cuentas. Además, es fundamental establecer mecanismos de participación de las organizaciones de la sociedad civil en el diseño de políticas públicas, para garantizar que se visibilizan las necesidades de poblaciones específicas, por ejemplo, las poblaciones con VIH y las poblaciones LGBTIQ+.

▲ **6.** Identificar escenarios epidemiológicos de riesgo (bajo, mediano y alto riesgo de transmisión de enfermedades) de acuerdo con la historia anterior de la enfermedad. Además, se deben de fortalecer las capacidades de análisis epidemiológicos a nivel local, así como las estructuras de gobierno.

▲ **7.** La pertinencia de la acción en casos de emergencia es un factor clave para garantizar la efectividad de los procesos de vacunación en situación de emergencia. Para El Salvador, haber desarrollado un Plan Nacional de Vacunación integral y haber gestionado la adquisición de la vacunación permitió avanzar en la inmunización de la población de manera pertinente. Se recomienda, por tanto, fortalecer las capacidades y establecer planes de acción oportunos ante futuras emergencias sanitarias, que permitan la efectividad en los procesos de prevención y atención de casos, así como valorar la necesidad de implementar la vacunación a partir de la experiencia previa con el Plan Nacional de Vacunación para la COVID-19.

INTRODUCCIÓN

La pandemia COVID-19 puso en evidencia los retos de los sistemas de salud públicos alrededor del mundo. El 5 de mayo del 2023, la Organización Mundial de la Salud decretó el cese de la pandemia de COVID-19 como una emergencia sanitaria. Sin embargo, el cese de la alerta sanitaria no implica que este capítulo de la historia ha culminado. Al contrario, inicia una etapa de aprendizajes sobre la gestión pública y social, y sobre las políticas sanitarias y económicas que fueron implementadas para hacerle frente a una enfermedad tan cambiante y desconocida. También, es momento de replantearse cómo los Estados continuarán abordando procesos de vacunación, tratamiento y preparación para continuar abordando la presencia de la COVID-19 en el mediano y largo plazo.

El presente estudio busca sistematizar el proceso de acceso a vacunas y tratamientos para la COVID-19 en El Salvador durante el período de la pandemia, los recursos financieros empleados para ello, fuentes de financiamiento destinadas a estas compras y su ejecución.

La Organización Panamericana de la Salud (2023)¹³ describe que El Salvador recibió, el 11 de marzo de 2021, un total de 33,600 dosis de vacunas COVID-19, a través del Mecanismo COVAX, un esfuerzo global entre la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante las Epidemias (CEPI), la Alianza Mundial para las Vacunas e Inmunización (GAVI), UNICEF, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Posteriormente, El Salvador realizó compras directas, compras bilaterales y donaciones de otros gobiernos; en diciembre de 2022, contaba con 57 lotes de vacuna, para un total de 15,990,050 dosis de vacunas, de ellas, 12 millones 139 mil 50 fueron compradas y 3 millones 851 mil, donadas (FUNDAUNGO, 2022 b)¹, según el portal “Situación Nacional COVID-19”¹⁷.

Dado el cese de la Alerta Sanitaria Internacional y el proceso de discusión y negociación del Tratado Pandémico en la OMS, este estudio pretendía abordar las perspectivas de los principales actores claves y tomadores de decisión sobre los retos que prevé

el tratado y aspectos sobre la mejora en el acceso a vacunas y tratamiento para la COVID-19 para El Salvador, información que no se pudo obtener de primera mano, ya que ninguno de los actores clave contactados accedió a ser entrevistado.

El documento se divide en tres secciones principales: la primera contextualiza la situación del país durante la pandemia en un análisis epidemiológico, con base a los datos oficiales publicados en su momento (base de datos elaborada por FUNDAUNGO a partir la información publicada en el portal COVID-19.gob.sv); la segunda sección describe la cronología de los eventos que permitieron la adquisición de vacunas, así como el análisis financiero de las gestiones realizadas al respecto y, finalmente, se plantea una descripción breve del tratado pospandemia.

El informe resume inicialmente el análisis epidemiológico descriptivo de la evolución de la pandemia en El Salvador, a partir de la información recopilada desde el portal COVID-19.gob.sv., además de otras fuentes de información como documentos oficiales, lineamientos técnicos e información hemerográfica. A continuación de la contextualización epidemiológica de la pandemia en el país, le sucede el análisis de procesos de adquisición de vacunas y la evolución temporal de dicho proceso; por último, la investigación contemplaba explorar las perspectivas estratégicas del país en función de mantener controlada la transmisión de la enfermedad y qué papel tiene la vacuna en dicha estrategia.

El informe Justicia económica en El Salvador: adquisición de vacunas y tratamientos para la COVID-19 ha sido elaborado por FUNDAUNGO y se enmarca en el proyecto “Vacunas y Desigualdad” que Oxfam implementa en siete países de Latinoamérica: Honduras, Guatemala, El Salvador, Colombia, México, Brasil y Perú, con el apoyo financiero de la Fundación Ford. El proyecto tiene como objetivo la generación de evidencia sobre la vacunación COVID-19, promover información sobre el acceso a vacunación, para promover una ciudadanía más informada y para aportar en la generación de propuestas de políticas públicas económicas y sociales, que permitan a la región tomar aprendizajes de la pandemia COVID-19 y prepararse ante futuros escenarios.

I. MARCO METODOLÓGICO DEL ESTUDIO Y LIMITACIONES

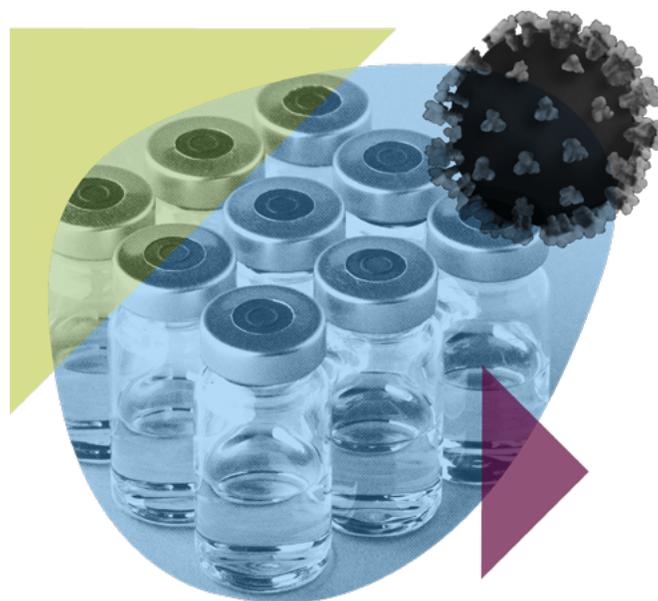
Este informe es de carácter descriptivo, basado en una investigación en sistemas y servicios de salud, realizado en El Salvador, con carácter nacional, y abarca como dimensión temporal de diciembre de 2019, fecha de inicio de la notificación de COVID-19 en el mundo, a junio de 2023, fecha en que finaliza la recolección de datos para este informe.

La población de referencia se delimita a los habitantes de El Salvador y la fuente de información son los reportes sanitarios oficiales del Ministerio de Salud (MINSAL) y los informes del Banco Mundial referidos a los préstamos destinados a la atención de la pandemia.

La información se complementó con entrevistas guiadas a funcionarios del Banco Mundial relacionados con el Proyecto de Respuesta al COVID-19 para El Salvador y con un miembro del Centro de Estudios de la Diversidad Sexual y Genérica (AMATE El Salvador), quienes monitorearon los proyectos del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo para la Respuesta al COVID-19.

El diseño de la investigación planteaba entrevista a más actores relevantes, pero no se obtuvo respuesta del Gobierno de El Salvador ni de otros organismos internacionales involucrados en la emergencia. Finalmente, se realizó un análisis sobre el Tratado pospandémico. Se anexa modelo de entrevista (anexo 1). También se llevó a cabo revisión documental y hemerográfica, así como recopilación de datos estadísticos sobre vacunas.

La recolección de la información, a través de informes, lineamientos y sitios oficiales consultados, permitió obtener los datos relativos a: línea de tiempo del proceso de adquisición de vacunas; sistematización del proceso de adquisición de vacunas, conforme parámetros (tipo de adquisición, montos, número de dosis, marca, dosis aplicadas y personas vacunadas); identificación de principales retos y desafíos con las adquisiciones de vacunas (financiamiento y otros); perspectivas postpandemia para la vacunación COVID-19; y posición oficial del país frente al Tratado Pandémico.



II. CONTEXTUALIZACIÓN SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LA COVID-19 Y EL PROCESO DE LA VACUNACIÓN EN EL SALVADOR

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan en la provincia de Hubei, China, informaba a la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre casos de una neumonía de etiología desconocida. El agente causal fue identificado como un nuevo virus de la familia Coronaviridae, denominándose SARS-CoV-2, y al cuadro clínico asociado a él, COVID-19. Para el mes de enero, la rápida propagación de la enfermedad fue decretada por la OMS como una amenaza de carácter internacional. Este fue el inicio de una crisis sanitaria que duraría más de tres años y medio, y que retaría la gestión pública de los Estados para hacerle frente.

La pandemia del coronavirus llegó a América Latina en 2020, probablemente traída por viajeros que provenían de Asia, Europa y Estados Unidos. Se expandió por las grandes ciudades y pasó a los sectores populares. Desde mayo de 2020, Latinoamérica y el Caribe se convirtieron en el principal epicentro de transmisión de la COVID-19, con más de 25 millones de casos en menos de 1 año (marzo 2021).

El Salvador, al igual que el resto de los países, implementó una serie de medidas para reducir la transmisión de la enfermedad, como la restricción de movilidad de la población, la ampliación de la oferta hospitalaria, el apoyo económico a empresas y hogares y, posteriormente, el establecimiento de un plan de vacunación. En marzo de 2020, unos días antes de que se informara del primer caso oficial de la COVID-19 en el país, El Salvador introdujo uno de los bloqueos más estrictos del mundo, una cuarentena domiciliar decretada del 21 de marzo al 13 de junio de 2020, la cual alcanzó 85 días en total. Posteriormente, transitó a una cuarentena voluntaria, donde la reactivación económica inició de manera

gradual el 16 de junio, con la primera fase de la reapertura económica. Sin embargo, ante la falta de un acuerdo entre los Órganos Ejecutivo y Legislativo, el 24 de agosto de 2020 inició la reactivación de las distintas actividades económicas de manera simultánea, sin una ley que la regulara, dejando la limitación de movilidad en manos de la ciudadanía (Rodríguez y Delgado, 2021).

En julio del 2020 se puso en marcha el Plan Nacional de Despliegue y Vacunación (PNDV) para las vacunas COVID-19. El plan, inicialmente, contempló apoyar ejercicios de capacitación, sistemas de información nominales y para cubrir brechas sistémicas como la reparación de cámaras frigoríficas, la instalación de depósitos de almacenamiento y la asignación de equipos de cadena de frío que prepararan al país una vez las vacunas estuvieran disponibles. El 24 de noviembre de 2020, el presidente de la República anunció que se había llegado a un acuerdo con la farmacéutica AstraZeneca para adquirir dos millones de dosis de la vacuna COVID-19; el miércoles 30 de diciembre de 2020, la Dirección Nacional de Medicamentos informaba a través de un comunicado, la aprobación, la importación, distribución y uso de la vacuna contra la COVID-19 de la firma AstraZeneca en El Salvador, bajo licencia especial por emergencia. Para el otorgamiento de licencia especial por emergencia se aplicaron las disposiciones contenidas en la Ley de Medicamentos y el Reglamento Técnico Centroamericano de Medicamentos de Uso Humano, así como las recomendaciones emitidas por la OPS/OMS (OMS, 2021). Otras licencias especiales otorgadas fueron para las vacunas de BioNTech, Pfizer, Sinovac, Sputnik, Moderna, Sinopharm y Johnson & Johnson11.

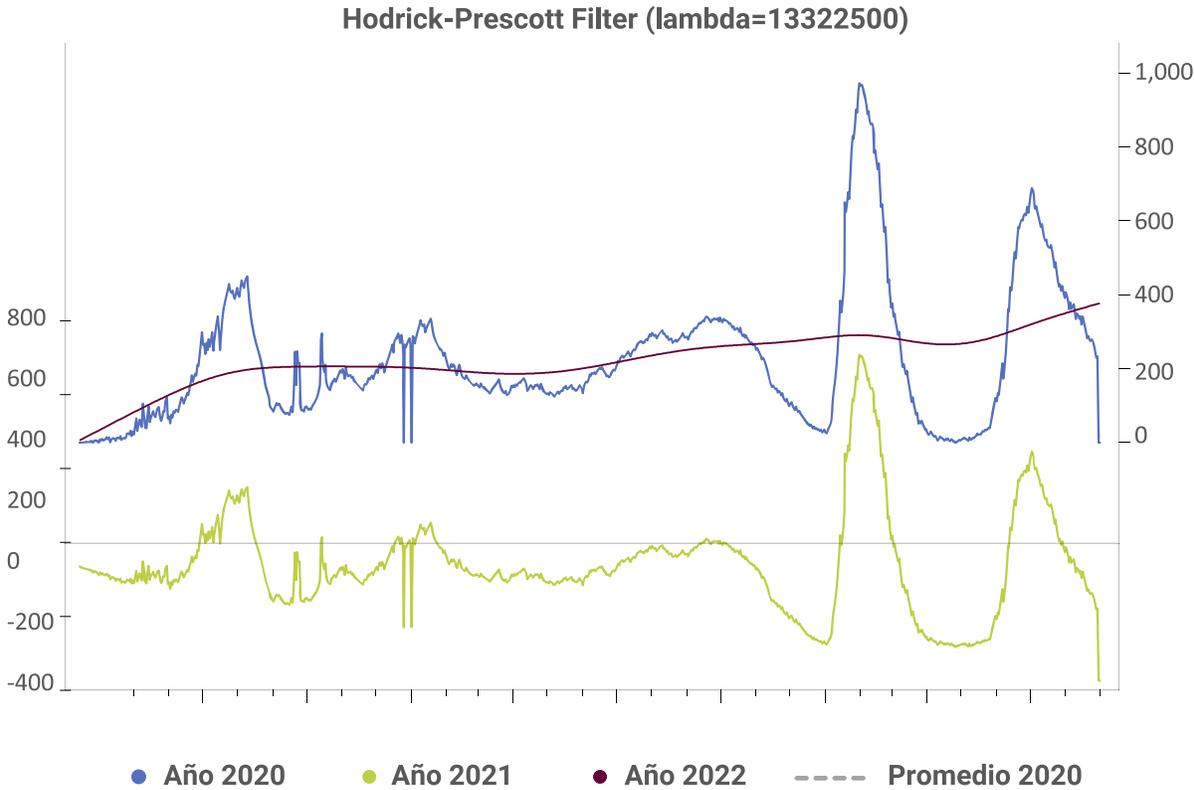
Los primeros reportes de entrada de vacuna al país datan del mes de marzo del 2021. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) describe que El Salvador recibió el 11 de marzo de 2021 un total de 33,600 dosis de vacunas COVID-19, a través del Mecanismo COVAX, un esfuerzo global entre la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante las Epidemias (CEPI), la Alianza Mundial para las Vacunas e Inmunización (GAVI), UNICEF, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El Gobierno de El Salvador realizó compras directas, compras bilaterales y recibió donaciones de otros gobiernos. En diciembre de 2022, contaba con 57 lotes de vacuna, para un total de 15,990,050 dosis de vacunas, de ellas, 12 millones 139 mil 50 fueron compradas y 3 millones 851 mil, donadas (FUNDAUNGO, 2022 b). Por medio del portal “Situación Nacional COVID-19”, actualizado hasta el 18 de octubre de 2022, se determina que 11,289,175 dosis han sido aplicadas, de las cuáles, 11,250,496 dosis han sido para nacionales y 38,679 para personas extranjeras. Las indagaciones más recientes permitieron identificar un lote más de vacunas recibidas en febrero del 2023, para un total de 58 lotes, y más de 16 millones de dosis, este último por una donación del gobierno de Letonia (<https://www.unicef.org/supply/covid-19-market-dashboard>) sin embargo, el portal no ha actualizado el número de dosis aplicadas desde octubre de 2022.

2.1. EVOLUCIÓN DEL CONTAGIO DE COVID-19 EN EL SALVADOR SEGÚN REGISTROS OFICIALES

El reporte de casos de COVID-19 en El Salvador se inicia el 14 de marzo de 2020, siendo el último día de reporte oficial el 31 de agosto de 2022, de acuerdo con la base de datos del sitio oficial del Gobierno de El Salvador (<http://COVID-19.gob.sv/>). El cierre de la información a través del sitio del Gobierno data del 18 de octubre de 2022. Se notificaron en total 201,785 casos confirmados de la enfermedad; 4,230 personas fallecidas y 2 millones 610,114 pruebas diagnósticas realizadas.

FIGURA 1.
Casos de COVID-19, El Salvador. 2020 a 2022.



Fuente: elaboración propia con base en datos obtenidos de las páginas oficiales del presidente (Nayib Bukele), ministro de Salud (Francisco Alabí) y, a partir del 25/03/2020, publicaciones de la plataforma oficial del Gobierno de El Salvador: <https://COVID-19.gob.sv/>

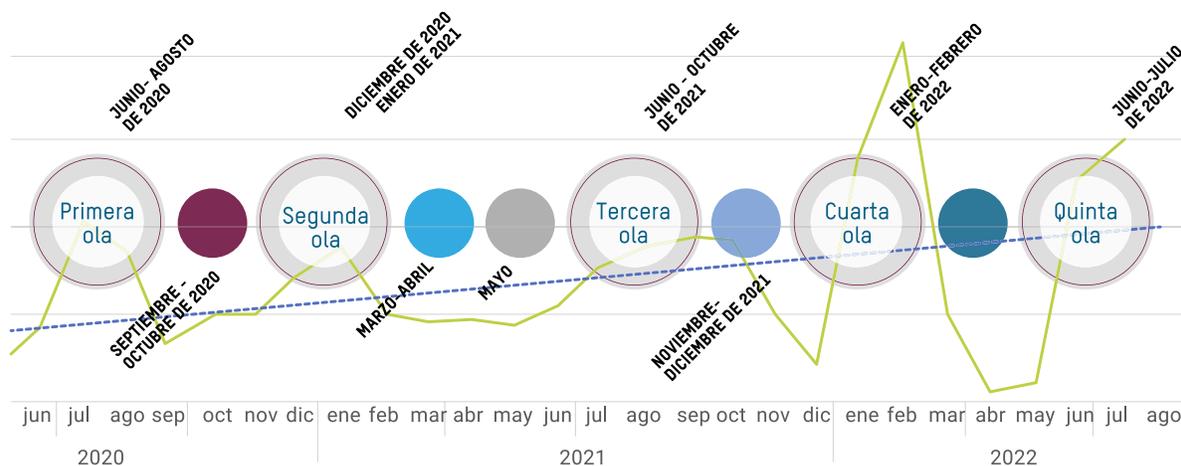
La serie cronológica de casos exhibe un movimiento muy irregular, que denota fluctuaciones importantes en la notificación de casos de la enfermedad. No es posible identificar un patrón que siga un movimiento regular típico de epidemias de inicio brusco y rápida propagación, lo que puede explicarse por inconsistencias debido a fallas en los registros, subregistros de casos, hiperdiagnósticos de la enfermedad, entre otros aspectos. La posibilidad de existencia de morbilidad oculta, fallas en la detección de casos, circulación simultánea de cepas de alta propagación, así como mutaciones del virus u otros

aspectos, como cambios en la definición de casos, pudieron condicionar la evolución de tendencias de la COVID-19.

Entre el 2020 y 2022, se pueden sistematizar cinco oleadas de contagios durante todo el histórico de transmisión de la enfermedad. Aunque el término “olas de la COVID-19” carece de una definición formal, el término es utilizado por la OMS para referirse al aumento sostenido del número de casos, que se caracteriza por llegar a un pico o máximo y luego decaer de manera sostenida.

FIGURA 2.

Línea de tiempo de casos en El Salvador, 2020-2022.



Fuente: elaboración propia con base en datos obtenidos en las páginas oficiales del presidente (Nayib Bukele) y ministro de Salud (Francisco Alabí).

La primera ola inicia con el primer caso reportado, pero el acelerado incremento de casos se presenta a partir de junio, hasta alcanzar un máximo de 449 casos diarios, el 9 de agosto de 2020, fecha a partir de la cual los casos confirmados registraron una tendencia decreciente consecutiva, hasta llegar a 98 casos nuevos, el 29 de agosto de 2020. Esta tendencia fue alterada únicamente en el periodo del 19 al 24 de septiembre, cuando se registró un mayor número de casos confirmados.

El 5 de octubre de 2020 inició la segunda ola, con una tendencia creciente de nuevos casos, que pasaron de 95 hasta un máximo de 335 casos diarios, el 18 de enero de 2021, fecha a partir de la cual se percibe nuevamente la reducción de los casos, hasta alcanzar los 133 casos reportados, el 28 de marzo de 2021.

Con base en el análisis del reporte de casos de El Salvador, la tendencia indica que el 2 de junio de 2021 inicia la tercera ola, dado un incremento sostenido por nueve semanas del número de nuevos casos, con un promedio diario de 222 personas confirmadas y con un máximo al 1 de agosto de 297 nuevos casos diarios, así como el aumento sostenido de fallecimientos.

La cuarta ola se registra a partir del 3 de enero de 2022, los nuevos casos diarios pasaron de 33 hasta alcanzar un máximo de 972 casos diarios, al 31 de enero de 2022; el reporte más alto de contagios desde inicios de la pandemia en El Salvador, fecha a partir de la cual los casos descienden hasta alcanzar 0 nuevos casos reportados los días 25 y 26 de abril. Es a partir de la semana 17 que los casos nuevos empiezan a aumentar. De la semana 17 a

la semana 22 se mantuvo un promedio diario de 35 casos y, a partir del 30 de mayo de 2022 (último día de la semana 22), los casos confirmados por día son mayores a 100, determinando que el país se encontraba por iniciar la quinta ola. Los casos alcanzaron un máximo de 688 por día, el 2 de julio de 2022, fecha a partir de la cual empiezan nuevamente a disminuir los casos hasta alcanzar los 428 casos reportados, al 27 de julio de 2022. De acuerdo con Fonseca y Parada (2022), en enero del 2022, el ministro de Salud, Francisco Alabí, reconoció en televisión que la variante ómicron ya se encontraba circulando en el territorio nacional: “clínicamente tenemos la evidencia de la variante ómicron en el país. Estamos haciendo los análisis para determinar si es la variante dominante en el país”, sostuvo el ministro Alabí.

En entrevista concedida por el ministro de Salud, Francisco Alabí, para la agencia de noticias CNN en español, en el mes de Julio, para el periodista Merlin Del Cid (2021), hacía referencia a la identificación de la cepa delta y, en agosto del mismo año, Evelyn Chacón (2021) reportaba en elsalvador.com la circulación de cuatro cepas: alfa, lambda, gamma y delta, aunque no especificaban cuáles de sus subvariantes. Con relación a esto, tanto el médico salubrista, el médico infectólogo, Jorge Panameño, advertía que la circulación de las variantes solo era uno de los factores de incidencia¹. Durante el año 2022, entre junio y agosto, El Salvador enfrentó la quinta ola de contagios asociada al surgimiento de la subvariante ómicron, que resultó ser mucho más contagiosa y predominante a nivel internacional. No obstante, ómicron y sus mutaciones causaron síntomas más leves, menos hospitalizaciones y, por lo tanto, menos muertes; sin perder de vista el impacto positivo que se presume pudo generar la vacunación entre la población para reducir los efectos del virus. Al cierre del año 2022, El Salvador se enfrentaba a la sexta ola de contagios de la COVID-19².

¹ <https://www.elsalvador.com/eldiariodehoy/circulacion-variantes-covid-alfa-delta-gamma-lambda-aumentan-riesgo-contagio/866596/2021/>

² <https://www.elsalvador.com/noticias/nacional/covid-pandemia-continua-2023-refuerzos-clave/1028452/2022/>

Cabe destacar que los datos reflejados en el portal oficial, sobre los cuales se ha realizado el análisis, corresponden, principalmente, a las detecciones de caso, a través de las pruebas realizadas por parte del MINSAL a la población en general y en hospitales, así como aquellas reportadas por los laboratorios y hospitales privados autorizados; estos últimos a partir de la segunda fase de la pandemia³. La selección de muestras poblacionales para la detección del virus no está descrita en los lineamientos y se desconoce si fueron establecidos criterios sanitarios y/o epidemiológicos para dicho tamizaje. En este sentido, los análisis epidemiológicos descriptivos que se realizan en este informe responden solamente a los datos oficiales obtenidos de los casos reportados, y no precisamente deben ser extrapolados hacia toda la población salvadoreña.

Aun considerando las peculiaridades de El Salvador, cuando se analizan las curvas de reportes de casos en la Región de Las Américas y, específicamente, en Centroamérica, existen similitudes en cuanto a la forma de la serie de casos en sentido general (con diferencias no tan distantes entre países), lo cual sugiere que las cercanías de fronteras, los estilos de vida y la circulación simultánea de cepas de alta difusibilidad, modelaron estos patrones⁴.

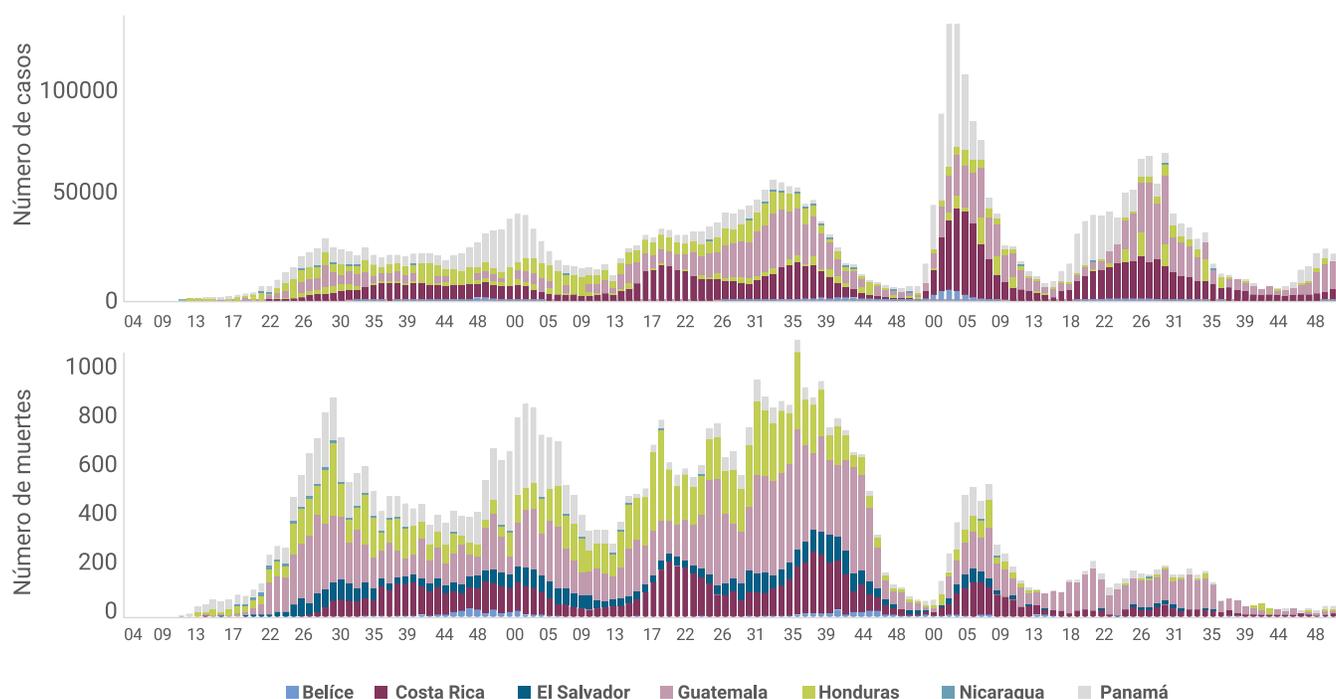
En el reporte correspondiente a la semana 52 del año 2022, la Organización Panamericana de la Salud informaba un descenso en el promedio de casos a nivel mundial, durante las últimas seis semanas, situación similar ocurrió en El Salvador. La variante ómicron con los linajes BA.4 y BA.5 habían sido reportados por Costa Rica, Panamá, Guatemala, El Salvador, Nicaragua y Belice.

³ <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientostecnicospararealizarpruebasparaeldiagnosticodeCOVID-19enloslaboratoriosclnicosdelSNIS-Acuerdo1084.pdf>

⁴ <https://www.paho.org/en/documents/paho-weekly-covid-19-epidemiological-update-ew51-28-december-2022>

FIGURA 3.

Distribución de casos de COVID-19 en Centroamérica. 2020-2022.



Fuente: Curvas Epidemiológicas Subregionales y de País - OPS/OMS. Organización Panamericana de la Salud (paho.org) Puede consultarse en: <https://www.paho.org/es/curvas-epidemiologicas-subregionales-pais>

El Gobierno de El Salvador, hasta el 18 de octubre de 2022, confirmó, según su sitio oficial, 201,785 casos y 4,230 personas fallecidas, fecha a partir de la cual no se tiene acceso a datos oficiales sobre COVID-19 en el país. Tras finalizar enero con 28 días sin fallecimientos por COVID-19, los meses de febrero, marzo, abril, mayo y junio finalizaron sin contabilizar decesos por esta enfermedad en todo El Salvador, esta tendencia se mantuvo en julio

de 2022, fecha a partir de la cuál no se conocen reportes relacionados.

Como detalla la tabla 1, durante el año 2020, fueron diagnosticados 46,515 casos (tasa de: 735,6 por 100 mil habitantes); en el año 2021 se diagnostican 75,496 (tasa de 1,193 por 100 mil habitantes) y en el 2022 se notificaron 79,774 casos (tasa de 1,259,3 por 100 mil habitantes).

TABLA 1.

Número y tasas de casos diagnosticados anualmente entre 2020 y 2022.

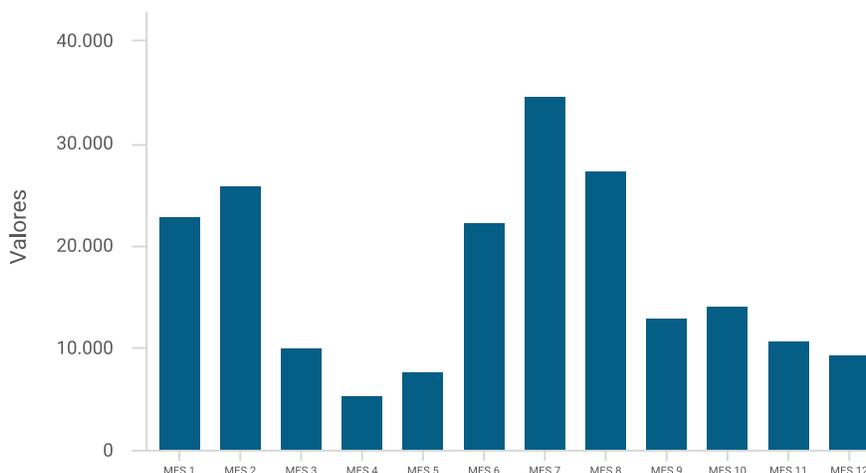
AÑO	CASOS DIAGNOSTICADOS	TASA POR CADA 100 MIL HABITANTES
2020	46,515	735.6
2021	75,496	1,193.0
2022	79,774	1,259.3

Fuente: elaboración propia con base en datos obtenidos de las páginas oficiales del presidente (Nayib Bukele), ministro de Salud (Francisco Alabí) y, a partir del 25/03/2020, publicaciones de la plataforma oficial del Gobierno de El Salvador: <https://COVID-19.gob.sv/>

La descomposición por meses de toda la serie de casos, desde el año 2020 al 2022 muestra que Julio y agosto, seguido de febrero y enero son los meses de mayor frecuencia absoluta de pacientes reportados, sin apreciarse un componente estacional como tal, relacionado con la inestabilidad

de la serie cronológica. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre las poblaciones de hombres y mujeres, motivo por el cual solamente se grafica la serie general de casos (figura 4).

FIGURA 4.
Casos de COVID-19, según meses de reportes. El Salvador. 2020 a 2022.



Fuente: elaboración propia con base en datos elaborada por FUNDAUNGO, a partir de datos obtenidos de las páginas oficiales del presidente (Nayib Bukele), ministro de Salud (Francisco Alabi) y, a partir del 25/03/2020, publicaciones de la plataforma oficial del Gobierno de El Salvador: <https://COVID-19.gob.sv/>

De acuerdo con la fuente oficial del Gobierno de El Salvador, el predominio de pacientes reportados (según disponibilidad el dato) correspondió con el grupo de edad de 20 a 39 años, que representó un 39,7% del total de pacientes, seguido del grupo de 40 a 59 años con 37,2%. Respecto a los datos que pudieron ser tabulados, 50,3% de todos los pacientes fueron mujeres, siendo el sexo más vulnerable en cuanto a probabilidad de enfermar se refiere. Los hombres aportaron 49,7% restante (tabla 2).

Según reportes diarios del gobierno y evolución de los casos, durante toda la serie analizada, desde marzo del 2020 hasta agosto de 2022, se clasificaron como promedio diario 641 pacientes asintomáticos (33% de los reportes), siendo el predominante; por formas graves, 142 pacientes (7%) y 52 críticos (3%).

Los períodos de análisis de este estudio en años (2020 a 2022) resultaron ser completamente diferentes, debido a múltiples factores sociales, culturales, políticos, epidemiológicos y gerenciales.

Cada año marcó características distintivas relacionadas con la transmisión de la COVID-19. Se utiliza el método CRT (Classification and Regression Trees) para clasificar y develar las particularidades de cada año. El método CRT es un algoritmo de aprendizaje automático que se utiliza para la clasificación y la regresión. Es una técnica de minería de datos que se permite identificar las relaciones entre las variables y predecir los valores de una variable objetivo. El método CRT es un árbol de decisión que divide los datos en grupos más pequeños y homogéneos. Cada nodo del árbol representa una variable y cada rama representa una posible respuesta a esa variable.

La figura 5 presenta los resultados del análisis utilizando el método CRT. Se resume, entonces, que el año 2021 resultó ser el de mayor peso estadístico, de hecho, el más importante en el período analizado desde el 2020 al 2022; resultó ser, además, el período calendario completo con transmisión reportada de COVID-19. Se desprende como primer nodo de importancia la edad entre 20 a 39 años, grupo al que

debe prestarse especial interés ante futuros eventos de transmisión, y el año 2020 resultó el de mayor carga porcentual (57,9%) para diagnósticos por encima de 1 caso.

Los casos diarios de fallecimientos en personas de 60 a 70 años y los casos infectados diarios entre 60 a 79 años marcaron el segundo nivel de importancia, siendo la segunda categoría de riesgo epidemiológica en todo el período analizado. Los fallecidos entre 2 a 7 diarios marcaron mayor importancia en el año 2021 (79,2% de peso estadístico). Y para los casos diagnosticados por encima de 15 diario, también el año 2021 resultó ser el de mayor importancia estadística.

El tercer nivel de importancia lo ocupa los fallecidos entre 40 a 59 años, llamando la atención que es una rama derivada del incremento de mortalidad por encima de dos casos diarios en el grupo de 60 a 70. Es decir, cabe esperar que, a medida que fallecen individuos de este grupo (60 a 70) comienza a incrementarse la mortalidad en personas adultas. El año 2021, también resultó ser el de más carga (90,5%). En este tercer nivel, se aprecia que, a medida que se incrementa la notificación diaria de casos de 60 a 79 por encima de 15, lo empezó a hacer el grupo de 10 a 19 años, también con fuerte carga en el año 2021 (49,7%) aunque no despreciable en 2020 (46,3%).

TABLA 2.

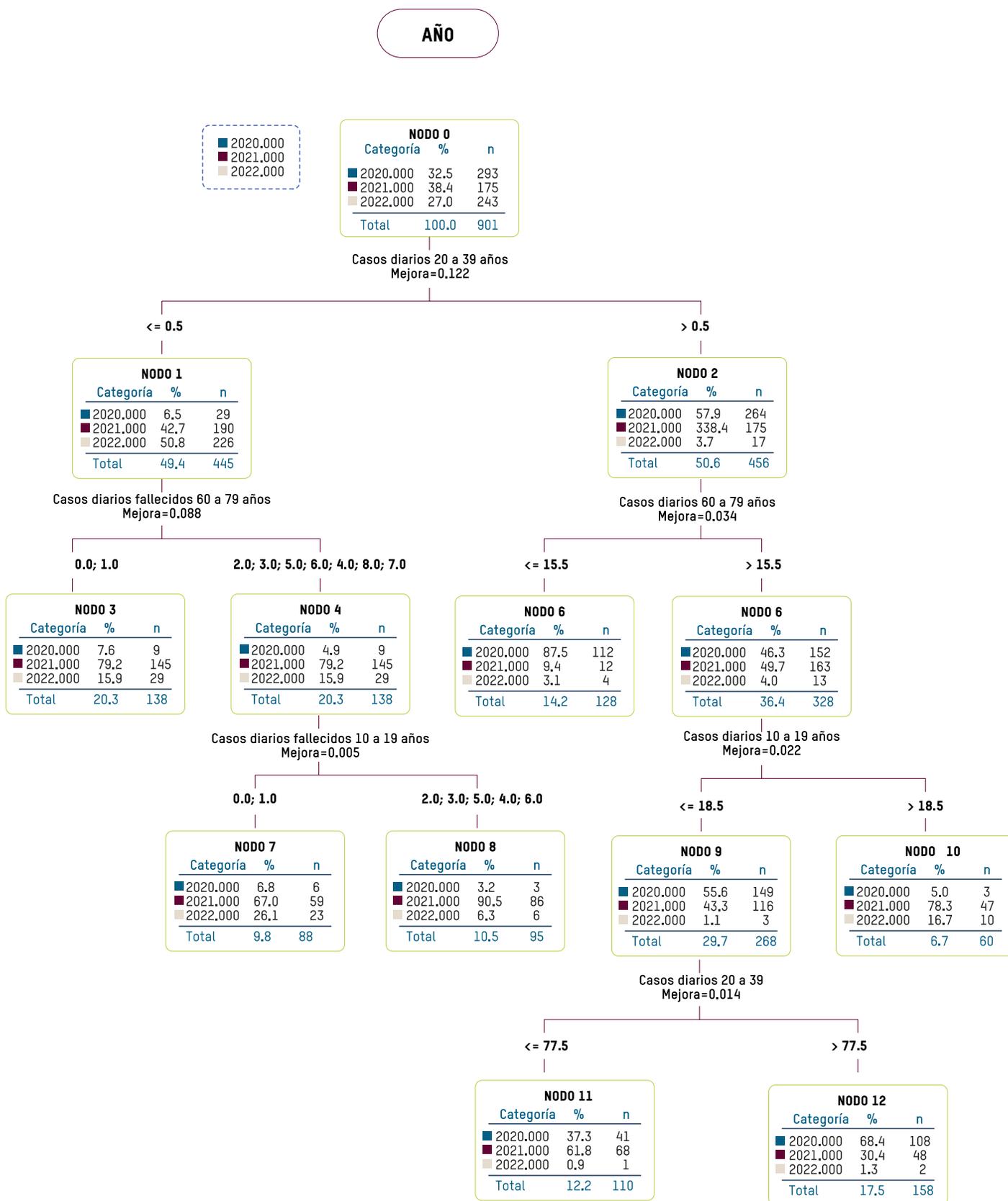
Resumen de variables de interés. COVID-19, El Salvador, 2020 a 2022.

GRUPOS DE EDAD	CASOS REPORTADOS	% RESPECTO AL TOTAL
0 a 9 años	3,070	1.9%
10 a 19 años	8,026	5.0%
20 a 39 años	64,294	39.7%
40 a 59 años	60,277	37.2%
60 a 79 años	22,404	13.8%
80 y más años	4,018	2.5%
SEXO	CASOS REPORTADOS	% RESPECTO AL TOTAL
Femenino	101,498	50.30%
Masculino	100,287	49.70%
CATEGORÍA DE CASOS	PROMEDIO DIARIO REPORTADO	
Asintomático	641	33%
Estable	596	30%
Moderado	537	27%
Grave	142	7%
Crítico	52	3%
FALLECIMIENTOS	CASOS REPORTADOS	% RESPECTO AL TOTAL
Hombres	2,495	60%
Mujeres	1,692	40%
Total	4,187	-

Fuente: elaboración propia con base en: <http://COVID-19.gob.sv/>

FIGURA 5.

Árbol de clasificación por años para variables socioepidemiológicas de interés.



Fuente: elaboración propia con base en datos obtenidos de: <http://COVID-19.gob.sv/>

El cuarto y último nivel corresponde a personas entre 20 a 39 años, cuya frecuencia diaria empieza a incrementarse cuando lo hace el grupo de 10 a 19 años por encima de 18 reportes diarios. Sin embargo, para este último nivel, el año 2020 fue el de mayor importancia estadística (68,4%).

Según distribución espacial de los casos de COVID-19, San Salvador resultó ser el departamento con mayor reporte de casos (56,826), seguido por La Libertad (21,282) y Santa Ana (18,407).

El análisis de la mortalidad determina una posición de marcada importancia al tiempo de evaluar la efectividad de la vacunación, así como otras acciones de intervención poblacional, e incluso el adecuado registro de fallecimientos. El año 2021, fue el de mayor aporte a la mortalidad general, con 2,481 defunciones (39.2 x 100 mil habitantes), seguido del año 2020 con 1,338 (21.2 x 100 mil habitantes). Sin embargo, para el año 2022, se notificaban 368 defunciones, aspecto que puede atribuirse al efecto de la inmunidad de rebaño alcanzada, ya sea por vía natural (transmisión de la infección entre reservorio-huésped) o por vía artificial, dígame la vacunación (tabla 3).

En toda la serie de datos se apreció mayor mortalidad masculina, para un riesgo específico en hombres de

84.4 x 100 mil, en contraste con las mujeres, con un riesgo epidemiológico de morir de 50.2 x 100 mil mujeres. A pesar de haberse notificado más casos de COVID-19 en mujeres, el mayor riesgo epidemiológico de morir, según valores de las tasas de mortalidad, ocurrió en los hombres. Este elemento pudo estar motivado por aspectos socio culturales como la mayor movilidad de hombres para la búsqueda de opciones de trabajo para la manutención de sus familias, relaciones sociales, abastecimiento de sus hogares, entre otros.

El sitio Redacción Médica (Covid-19: el sexo determina la gravedad o no de la enfermedad, en redaccionmedica.com), publicado por Sanitaria 2000 S.L, Madrid, España, expresó que investigadores determinaron que ciertas células del sistema inmunológico tendían a disminuir en los hombres tras la infección por la COVID-19. Además, identificaron que las moléculas que provocan la inflamación también tenían una mayor presencia en las células de los hombres. El informe afirma que los resultados sugieren que las diferencias de sexos en las características iniciales del sistema inmunológico, como las proteínas circulantes y las poblaciones de células inmunitarias, podrían explicar la predisposición de los hombres sobre las mujeres a desarrollar una infección grave por COVID-19.

TABLA 3.
Mortalidad según sexo, riesgo epidemiológico y año.

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD		MUJERES FALLECIDAS	TASA RESPECTO AL TOTAL DE MUJERES X 100 MIL	HOMBRES FALLECIDOS	TASA RESPECTO AL TOTAL DE HOMBRES X 100 MIL	TASA RESPECTO AL TOTAL DE HOMBRES X 100 MIL	TASA RESPECTO A POBLACIÓN MEDIA
Año	2020	507	15.1	831	28.1	1,338	21.2
	2021	1,048	31.1	1,433	48.5	2,481	39.2
	2022	137	4.1	231	7.8	368	5.8
Total		1,692	50.2	2,495	84.4	4,187	66.2

Fuente: Base de datos del MINSAL.

Al realizar el análisis de casos fallecidos por sexo, edad y año, a partir de la base de datos elaborada con información obtenida de las publicaciones periódicas en el portal COVID-19.gob.sv, teniendo en cuenta los reportes diarios publicados, se contabiliza un total de 4,187 personas fallecidas, dato que no coincide con la información reflejada

en el mismo sitio en su última actualización, con fecha 18 de octubre de 2022, en el cual se reportan 4,230 fallecidos; esto último pudiera entenderse como parte de un reajuste en los reportes por parte de establecimientos que habían retrasado sus informes, aunque la diferencia entre ambos datos supera los 100 fallecidos.

En este contexto, resulta necesario referir al informe publicado en un periódico local del país, el cual comunica que los resultados de una investigación periodística sobre la indagación de diferentes fuentes, entre ellas análisis sobre excesos de mortalidad en El Salvador en el periodo 2020-2023⁵, evidencia que en los datos sobre fallecidos por COVID 19 existe un subregistro de la mortalidad relacionada con la enfermedad en El Salvador.⁶

2.2. COBERTURA DE VACUNACIÓN

La vacunación es una de las medidas más costo efectivas para controlar la pandemia, mitigando no sólo el impacto en la salud y el sistema público sanitario, sino, también, su consecuente impacto en la economía y otros costos sociales.

En El Salvador, además de las medidas sociales (como la restricción de movilidad de la población), las estrategias de salud (ampliación de la oferta hospitalaria) y las estratégicas económicas y laborales, también se apostó por un plan de vacunación integral para hacerle frente a la pandemia por COVID-19. El informe técnico de la OMS señala que el Plan Nacional de Despliegue y Vacunación (PNDV) para las vacunas COVID-19 de El Salvador se puso en marcha en julio del 2020, en estrecha coordinación con la sede de la OPS/OMS⁷ en Washington, D.C.

La Representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) brindó apoyo técnico en el 2021 a las autoridades salvadoreñas para dar respuesta a la pandemia de COVID-19 y para facilitar el acceso a las vacunas a través del Mecanismo COVAX para el Acceso Mundial a las Vacunas contra COVID-1. COVAX es el pilar de las vacunas del Acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID-19. De acuerdo con la OMS, el Acelerador ACT es una iniciativa de colaboración mundial para acelerar el

⁵ <https://ourworldindata.org/grapher/excess-mortality-p-scores-average-baseline?country=~SLV>

⁶ <https://www.laprensagrafica.com/Poblacion-no-supos-de-la-letalidad-real-de-la-pandemia-l202307170002.html>

⁷ <https://www.who.int/es/initiatives/act-accelerator/covax#:~:text=COVAX%20es%20el%20pilar%20de,el%20acceso%20equitativo%20a%20ellos.>

desarrollo y la producción de pruebas, tratamientos y vacunas contra la COVID-19. Su objetivo es acelerar el desarrollo y la fabricación de vacunas y garantizar un acceso justo y equitativo a ellas en los países.

A partir del Plan Nacional de Despliegue y Vacunación se establecieron los lineamientos técnicos para la vacunación contra el SARS-CoV-2, publicados por el Ministerio de Salud, donde se estableció inicialmente como población prioritaria para vacunarse: 1) personas adultos mayores de 60 años; 2) personal del Sistema Integrado de Salud; 3) encargados de seguridad nacional (Policía Nacional Civil, Fuerza Armada, personal de centros penales, fronteras terrestres, marítimas y áreas) y cuerpos de socorro; 4) personal docente y administrativo de centros escolares; 5) personas mayores de 18 años con enfermedades no transmisibles o discapacidad; 6) personal que labora en el gobierno central, Corte Suprema de Justicia, Asamblea Legislativa, gobiernos municipales y autónomas.

Entre las aristas y dimensiones de la gestión de la pandemia por COVID-19, la vacunación ha resultado ser uno de los pilares de mayor relevancia y, a la vez, controvertidos, teniendo en cuenta la incertidumbre de la población, principalmente, por desinformación o mal información respecto de esta, al considerarla un producto en fase de prueba, debido a las premuras por producir una vacuna, en tiempos críticos.

Para sistematizar los datos de la cobertura de vacunación se utilizó el Boletín estadístico de la COVID-19 en El Salvador No. 39 (FUNDAUNGO, 2022 b) y el Boletín epidemiológico que el Ministerio de Salud pública periódicamente.

El 13 de septiembre de 2021 se habilitó la vacunación a los menores entre los 6 y los 11 años, por lo que la población objetivo ascendió a 5,717,633 de personas, implicando que el 90.3 % de la población está habilitada para la vacunación. El comportamiento del porcentaje de vacunación se presenta en la tabla 4.

TABLA 4.

Porcentaje de cobertura de vacunación contra la COVID-19 (11 de abril de 2021 - 24 de junio de 2023).

FECHA	1RA DOSIS	%	2DA DOSIS	%	3RA DOSIS	%	4TA DOSIS	%
19/04/2021	542,966	70.0%	30,818	4.0%	-	-	-	-
31/07/2021	2,821,728	54.0%	1,487,461	3.1%	-	-	-	-
31/12/2021	4,471,201	71.0%	4,146,799	66.0%	979,247	15.0%	-	-
30/01/2022	4,519,678	79.1%	4,195,881	73.3%	1,236,676	21.6%	-	-
9/04/2022	4,571,781	79.2%	4,275,565	74.7%	1,538,535	26.9%	115,092	2.0%
27/07/2022	4,612,795	80.7%	4,316,275	75.5%	1,781,722	31.2%	379,723	6.6%
31/12/2022	4,645,295	81.3%	4,383,573	76.7%	1,875,176	32.8%	454,999	8.0%
01/04/2023	4,654,467	81.4%	4,391,872	76.8%	1,894,402	33.1%	473,599	8.3%
24/06/2023	4,658,514	81.5%	4,395,191	76.9%	1,902,103	33.3%	482,957	8.5%

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Boletín estadístico de la COVID-19 en El Salvador No. 36 - 39 de FUNDAUNGO (2022 b) y el Boletín epidemiológico del Ministerio de Salud (2023).

Un refuerzo es una dosis de una vacuna que se administra a una persona que ya completó el esquema de vacunación primario. Las vacunas de refuerzo se recomiendan debido a que la protección de la serie primaria disminuye con el paso del tiempo. Esto es normal: hay muchas vacunas que requieren dosis de refuerzo⁸.

El Salvador, a finales de 2021, inició la aplicación de dosis de refuerzos para las personas que habían completado el esquema inicial de vacunación (dos dosis). La tabla 4 muestra las coberturas de vacunación para las cuatro dosis. Cabe señalar que, para obtener el porcentaje de vacunación, se dividió el total de la población propuesta para vacunación entre el total de personas inmunizadas con la primera, segunda, tercera y cuarta dosis, reportadas por el Ministerio de Salud y registradas en los boletines estadístico de la COVID-19 en El Salvador, elaborados por FUNDAUNGO, entre el 30 de enero de 2022 hasta el 27 de julio de 2022. Para el resto de las fechas, se consultó el boletín epidemiológico elaborado por el Ministerio de Salud, hasta el 24 de junio de 2023.

La tabla 4 refleja, además, que el periodo de mayor cobertura de vacunación comprende de abril a julio de 2021 (aproximadamente 3 meses); obsérvese que entre diciembre de 2022 y junio de

2023 (18 meses aproximadamente), la cobertura de vacunación para la primera dosis solo incremento 2.43%, para la segunda dosis 3.49%, una proporción bastante baja teniendo en cuenta el periodo de tiempo descrito, además de las experiencias y logros en el control de la enfermedad adjudicados entre otros aspectos al efecto de esta estrategia; no obstante, en cuanto a la tercera y cuarta dosis el incremento de la cobertura fue mucho más relevante, 11.64% y 6.44%, respectivamente.

Al 24 de junio de 2023, se estima que 4,395,191 personas cuentan con el esquema de vacunación de al menos dos dosis, lo que brinda un déficit de cobertura de 1,322,442 de personas de 6 años y más, que representan el 18.5% de la población habilitada. Al mismo tiempo, se puede determinar que se han aplicado 11,438,765 dosis, hasta el 24 de junio de 2023.

La información sobre personas extranjeras inmunizadas se obtuvo del portal "Situación Nacional COVID-19", actualizado hasta el 18 de octubre de 2022, el cual señala que 38,679 dosis han sido aplicadas a personas extranjeras.

El informe semanal de morbilidad y mortalidad del CDC publica el estudio sobre tasas de incidencia y mortalidad por COVID 19 entre personas adultas vacunadas y no vacunadas, con y sin dosis de refuerzo, durante los periodos de emergencia

⁸ <https://covid.ri.gov/boosterdoses?language=es#:~:text=En%20general%2C%20todas%20las%20personas,haber%20recibido%20la%20serie%20primaria.>

por las variantes delta y ómicron en 2021⁹. Entre sus principales resultados menciona el promedio semanal de TIR (tasa real de infección) de casos estandarizados por edad entre personas no vacunadas, y que, en comparación con personas completamente vacunadas, disminuyó de 13,9 antes de delta a 8,7 cuando surgió esta variante, y a 5,1 durante el período de predominio de delta.

Durante octubre y noviembre, las personas no vacunadas tenían 13,9 y 53,2 veces más riesgos de infección y muerte asociada con COVID-19, respectivamente, en comparación con las personas completamente vacunadas que recibieron dosis de refuerzo, y 4,0 y 12,7 veces más riesgos en comparación con las personas completamente vacunadas sin refuerzo. Cuando apareció la variante ómicron en diciembre de 2021, las TIR de casos se redujeron a 4,9 para las personas completamente vacunadas con dosis de refuerzo, y a 2,8 para aquellas sin dosis de refuerzo, con relación a octubre y noviembre de 2021. El mayor impacto de las dosis de refuerzo contra la infección y la muerte en comparación con la vacunación completa sin dosis de refuerzo se registró entre personas de 50 a 64 años y en personas de 65 años o más.

2.3. PERCEPCIONES DE LA POBLACIÓN SOBRE EL PROCESO DE VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19

Sobre la percepción de la población respecto del proceso de vacunación podemos mencionar los resultados de la encuesta de evaluación de 2021 realizada por FUNDAUNGO, esta refleja una valoración de la población salvadoreña, en general, bastante positiva.

La encuesta evaluó cinco aspectos del proceso: 1) Si sacar la cita le había resultado fácil o difícil, a lo que el 91.4% respondió que fácil; 2) Si el lugar de vacunación era accesible o de difícil acceso, el 89.9% opinó que era accesible; 3) Si el personal (administrativo o de logística) del centro de vacunación fue amable o mostró mala actitud, el 97.2% opinó que habían sido amables; 4) Si el

personal de salud que lo/la vacunó fue amable o mostró mala actitud, el 98.4% opinó que habían sido amables; y 5) Si la orientación brindada sobre los efectos secundarios había sido clara o confusa, el 92.9% opinó que había sido clara¹⁰.

Esta evaluación también menciona los motivos por los cuales la población no se había vacunado, y un 59% mencionó que por falta de información o incluso desinformación sobre las vacunas y sus efectos secundarios.

Una segunda encuesta, realizada entre el 16 y el 20 de noviembre de 2022, y publicada en diciembre de 2022 en el boletín temático del centro de estudios de opinión pública de FUNDAUNGO, permitió indagar las razones por la que las personas no se han aplicado la tercera dosis, teniendo en cuenta que el 53.7% de las personas encuestadas no se la han aplicado por la percepción que tienen sobre la misma. La encuesta arrojó los siguientes resultados: 22.6% está preocupado por los efectos secundarios; 20.2% no cree que sea necesaria; 4.4% no confía en las vacunas que se están aplicando; 1.8% está confundido con la información; 1.6% porque ya tuvo COVID-19; 1.3% está preocupado que la vacuna no sea segura; 0.5% no cree que sea efectiva; y 1.3% por razones religiosas.

Un segundo grupo, el 21.1% de los que no se han aplicado la tercera dosis, se debe a limitaciones para acceder a la vacuna: 7.5% por falta de tiempo, 6.4% porque riñe con sus horarios de trabajo, 2.4% no tiene cómo acceder a los centros de vacunación, 1.8% no sabe cómo hacer la cita, 1.6% por el horario y 1.4% por labores de cuidado. De los grupos restantes, el 8.8% no toma la tercera dosis por problemas de salud, 1.3% por ser mujeres embarazadas o en período de lactancia, 4.7% por otras razones, y persiste un 10.0% que simplemente no está interesado (0.4% NS/NR), como se refleja en el anexo 3.

⁹ https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/wr/mm7104e2.htm?s_cid=mm7104e2_x

¹⁰ Valoraciones sobre las medidas de contención de la COVID-19 y el proceso de vacunación en 2021.

III. MECANISMOS DE FINANCIACIÓN Y ADQUISICIÓN DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19

Este capítulo sobre el proceso de vacunación en El Salvador describe cronológicamente el proceso de gestión pública de la vacuna COVID 19, así como el análisis económico y de aspectos relevantes con relación a la adquisición de la vacuna.

3.1. GESTIÓN DEL FINANCIAMIENTO Y ADQUISICIÓN

El gobierno de El Salvador, incluso antes de la iniciativa para la implementación del Plan de Vacunación, tras declarar el Estado de Emergencia Nacional por la pandemia de COVID-19 en 2020, buscó fuentes de financiamiento externo en una combinación entre préstamos con Instituciones Financieras Internacionales (IFIS) y colocación de títulos valores para hacer frente a los efectos económicos negativos que implicaban las medidas de restricción de la movilidad y sus impactos en las finanzas del Estado.

Adicionalmente, la Asamblea Legislativa aprobó la suspensión temporal de los indicadores fiscales contenidos en la Ley de Responsabilidad Fiscal, para gestionar financiamiento mediante emisión de bonos o préstamos. También otorgó al órgano ejecutivo la autorización para gestionar financiamiento complementario al presupuesto 2020, por \$645.8 millones, y se contempló una autorización de hasta \$2,000 millones en el marco de la pandemia COVID-19 (Ministerio de Hacienda, 2020). El financiamiento de \$2,000 millones, según lo establecido en el Decreto Legislativo No. 608¹¹, sería destinado, principalmente, al sistema de salud, para atender la emergencia causada por la pandemia. Además, una parte del financiamiento (30% del total autorizado) sería destinado a los Gobiernos

¹¹ Publicado en el Diario Oficial número 63 tomo 426, el 26 de marzo de 2020.

Municipales para la ejecución de proyectos en sus territorios.

Durante 2020, el gobierno modificó el presupuesto del ramo de salud para la adquisición de insumos, equipos y medicamentos para hospitales y unidades de salud, así como el reacondicionamiento y equipamiento de hospitales. Estos cambios, aunque pretendían incrementos de aproximadamente \$100 millones, según los datos del Ministerio de Hacienda, solo se devengaron aproximadamente \$50 millones, y estos incrementos se sostuvieron en los tres años siguientes (anexo 1).

FUNDAUNGO (2022b) sistematizó, a partir de las páginas web y las redes sociales oficiales de las instituciones de gobierno y de noticias en periódicos de circulación nacional, el proceso de compra de vacunas durante 2021.

El proceso de compra inició el 24 de noviembre del 2020 cuando el Gobierno de El Salvador anunció el primer acuerdo con la empresa farmacéutica, AstraZeneca, para el suministro de 2 millones de dosis de la vacuna contra la COVID-19¹². Pero, es hasta el 17 de febrero de 2021 que llegó el primer lote de 20 mil vacunas COVISHIELD (AstraZeneca) a El Salvador. Desde el 17 de febrero hasta el 30 de diciembre de 2021, FUNDAUNGO (2022b) registró 52 lotes de vacunas que sumaron 15,396,850 dosis de vacunas de AstraZeneca, COVISHIELD (AstraZeneca), Comirnaty/Pfizer, CoronaVac, Moderna, Pfizer, Pfizer-BioNTech y Sinopharm (FUNDAUNGO, 2022b).

El Gobierno de El Salvador dejó de publicar la adquisición de vacunas en 2022, sin embargo, para ese año, UNICEF, a través de la COVID-19 Market Dashboard (UNICEF, 2023) registró cinco lotes adicionales enviados entre el 30 de enero y el 30 de diciembre de 2022, con 593,200 dosis de las marcas COVISHIELD (AstraZeneca), Pfizer-BioNTech y Moderna. Finalmente, en febrero de 2023, el país recibió 100,800 dosis de vacunas Comirnaty/Pfizer de última generación, donadas por Letonia, dato también mencionado en UNICEF (2023)¹³.

¹² <https://www.presidencia.gob.sv/gobierno-firma-acuerdo-para-el-suministro-de-2-millones-de-dosis-de-la-vacuna-contra-el-covid-19/>

¹³ <https://www.unicef.org/supply/covid-19-market-dashboard>

De acuerdo con el monitoreo de la gestión de vacunación hecho por FUNDAUNGO por medio de publicaciones en redes sociales de funcionarios e instituciones públicas, ha habido inconsistencias en el número de lotes de vacunas recibidos en el país (Boletín 39: Evolución de casos de la COVID-19 en El Salvador, del 14 de marzo 2020 al 27 de julio de 2022 (fundaungo.org.sv), “cabe mencionar que en las redes sociales de la Secretaría de Prensa de la Presidencia de la República, existen publicaciones en la que mencionan que se han recibido 53 lotes de vacunas y otras publicaciones mencionan 55 lotes, estableciendo una incoherencia con los datos”¹⁴.

De conformidad con la sistematización de FUNDAUNGO (2022b) y UNICEF (2023) se estima que, entre febrero de 2021 y febrero de 2023, El Salvador recibió 16,090,850 dosis de vacunas, 3,951,800 donadas, 259,650 a través de compras bilaterales, 10,770,350 a través de compras directas y 1,109,050 compradas a través de la iniciativa COVAX (tabla 5).

En marzo de 2020, cuando estuvo claro que la pandemia global y los países iban a requerir financiamiento, el Banco Mundial buscó recursos para implementar el proyecto global llamado “Multiphase Programmatic Approach”, es decir, como un enfoque multifase programático. A nivel global tenía una asignación original de 12 billones que después se distribuyeron entre los países con base en las necesidades de entonces, uno de los países beneficiados fue El Salvador por cumplir condiciones previas, una vez fue seleccionado se siguió el proceso de un préstamo: aprobación de sus varias fases, a partir de diferentes filtros y, después, su implementación.

Para la compra de las vacunas, el gobierno tuvo acceso a dos préstamos del Banco Mundial (Oficialmente el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, BIRF, pero mejor conocido como Banco Mundial), el primero por \$70 millones, aprobado en julio de 2021 (Conocido por el código BIRF 9229-SV) y el segundo por \$100 millones, aprobado en octubre del mismo año (conocido por el código BIRF 9429-SV). El 22 de junio de 2020, la Asamblea Legislativa, por medio del Decreto Legislativo

No. 675¹⁵, aprobó el contrato de préstamo con el Banco Mundial, denominado “Programa de respuesta de El Salvador ante la COVID-19”, por un monto de \$20,000,000. Sin embargo, a pesar de haber sido aprobado, el BIRF no realizó desembolsos en 2020, ya que, según explica el secretario jurídico de la presidencia, Conan Castro, en una iniciativa de ley presentada el 4 de junio de 2021, el Ministerio de Salud no pudo finalizar la elaboración y presentación de los documentos que conforman el Marco de Gestión Ambiental y Social solicitado por el Banco Mundial. Dentro del contrato de este préstamo, se acordó que el Ministerio de Salud debía actualizarlo previo a los desembolsos.

En entrevista realizada a representantes del Banco Mundial (BM) para esta investigación, se pudo corroborar la información obtenida a través de los BIRF (2020), BIRF (2021) y BIRF (2022).

Se confirmó que el banco otorgó a El Salvador tres préstamos para dar respuesta a la pandemia, el primer préstamo es el 9065 por un monto de 20 millones, debido a que no existían aún vacunas, como expresó el funcionario del Banco Mundial:

(El proyecto de préstamo) fue armado para responder a la pandemia por la emergencia sanitaria, compra de equipos, habilitación de los hospitales para aumentar la capacidad de camas de cuidados intensivos, compra de equipos de protección personal, campañas de comunicación, etcétera. Entre ellos, también incluyeron algunas actividades de largo plazo, como fortalecimiento de los hospitales para responder al aumento de la demanda de los servicios, y este primer préstamo fue aprobado, y no me equivoco, en abril de 2020. Luego, hubo el primer financiamiento adicional, que es el préstamo 9299 en abril de 2021, y el segundo financiamiento adicional 9429, en junio de 2022.

¹⁴ Ver: <https://twitter.com/SecPrensaSV/status/1494483172440125460> y <https://twitter.com/SecPrensaSV/status/1489454919623000072>

¹⁵ Publicado en el Diario Oficial número 131 tomo 427, el 29 de junio de 2020.

Por otro lado, en mayo de 2021 se aprueba el Decreto Legislativo No. 7¹⁶: la “Ley para el uso de productos para tratamientos médicos en situaciones excepcionales de salud pública ocasionadas por la pandemia COVID-19” y su respectivo instructivo¹⁷.

Ya en marzo de 2021, los “Procesos de adquisición de vacunas contra el SARS-Cov-2” se habían declarado bajo reserva durante cinco años. La ley permite realizar compras sin cumplir los controles establecidos en la Ley de Compras y Adquisiciones de la Administración Pública (LACAP) y dispensa de responsabilidades administrativas, civiles y penales a los funcionarios que participaron en los procesos de compras y también a los contratistas (Art. 4, DL No. 7). Además, legaliza las compras del pasado realizadas desde marzo de 2020, cuando la Organización Mundial para la Salud (OMS) declaró al COVID-19 como pandemia. La iniciativa, presentada por el Ministerio de Salud el 5 de mayo de 2021, fue sometida a votación casi inmediatamente después de haber sido agendada, sin seguir el proceso de formación de ley que establece un debate previo en una comisión de trabajo de la Asamblea.

El 4 de junio de 2021, el Ministerio de Hacienda presenta una Iniciativa de ley para la suscripción del contrato del préstamo BIRF No. 9229-SV por \$50,000,000 para el Financiamiento Adicional para Proyecto de Respuesta de El Salvador ante la COVID-19. El Ministerio de Hacienda justificó este Primer Financiamiento Adicional (FA1) con la necesidad de fortalecer el sistema de salud pública y responder a la pandemia de COVID-19, entre ellas, las de acciones e intervenciones relacionadas con el proceso de vacunación contra el virus COVID-19 (Ministerio de Hacienda 2021).

La propuesta de contrato del BIRF, establece que el proyecto financiará la adquisición de vacunas y actividades clave de despliegue, permitiendo a El Salvador tener una cartera de opciones para acceder a las vacunas de diferentes fuentes, incluyendo el Fondo de Acceso Global a Vacunas COVID-19 (COVAX). Además de asegurar que el FA1 apoyará

¹⁶ Publicado en el Diario Oficial número 85 tomo 431, el 5 de mayo de 2021.

¹⁷ Publicado el 7 de mayo de 2021, bajo el Acuerdo Ejecutivo No.1598 por el Ministerio de Salud.

la compra de vacunas de COVAX y negociaciones bilaterales con compañías farmacéuticas. (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, 2021).

El 27 de julio de 2021, por medio del Decreto Legislativo No. 106¹⁸ se aprueba el contrato del préstamo BIRF No. 9229-SV. El contrato, en el apartado de anexos, define que \$49,875,000 se destinen a la respuesta de emergencia ante la COVID-19 y \$125,000 a la administración y monitoreo.

Dado que, inicialmente, el Préstamo BIRF No. 9100-SV por un monto de \$20,000,000 no fue desembolsado en 2020, el Ministerio de Hacienda solicitó el 11 de junio de 2021 que este fuera ejecutado para los ejercicios fiscales 2021-2022 (Ministerio de Hacienda, 2021). Esto permitió incorporar los fondos de dicho préstamo en el FA1, elevando su monto a \$70,000,000. A partir de este punto, ambos fondos se reconocerán bajo la clasificación de préstamo BIRF No. 9229-SV.

El 28 de junio de 2022, la Asamblea Legislativa, por medio del Decreto Legislativo No. 438¹⁹, autorizó al Ministerio de Hacienda la suscripción del contrato del préstamo BIRF No. 9429-SV por \$100,000,000 para el Segundo Financiamiento Adicional para Proyecto de Respuesta de El Salvador ante la COVID-19. En esta ocasión, el Ministerio de Hacienda justificó este Segundo Financiamiento Adicional (FA2) con las mismas razones por las que solicitó el FA1, ahora considerando una expansión de la población habilitada para vacunarse al incorporar más grupos etarios de forma progresiva. La aprobación del FA2 se dio el 26 de octubre de 2021, por medio del Decreto Legislativo No. 193²⁰, y se reformó la ley de presupuesto en la parte que corresponde al ramo de salud para ejecutar los fondos de préstamo BIRF No. 9229-SV, elevando el monto disponible para compra de vacunas a un total de \$170,000,000.

¹⁸ Publicado en el Diario Oficial número 144 tomo 432, el 28 de julio de 2021.

¹⁹ Publicado en el Diario Oficial número 122 tomo 435, el 29 de junio de 2022.

²⁰ Publicado en el Diario Oficial número 208 tomo 433, el 1 de noviembre de 2021.

Es necesario aclarar que estos préstamos reconocen compras retroactivas, que comprende la compra y distribución de vacunas, el fortalecimiento de recursos humanos para la vacunación y la expansión de la comunicación. Los contratos de vacunas que se financiaron retroactivamente incluyen AstraZeneca-Serum Institute of India, Sinovac Life Sciences, Pfizer-BioNTech y Sinopharm, todos son elegibles bajo los Criterios de Aprobación de Vacunas (VAC, por sus siglas en inglés), además, se financiarán retroactivamente otros insumos y servicios relacionados con el despliegue de vacunas (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, 2021).

El Ministerio de Salud declaró la reserva total de información relacionada con la aplicación y compra de vacunas contra la COVID-19, lo que implica que el acceso a estos datos estará restringido por períodos de entre 3 y 5 años. Según el Índice de Información Reservada, actualizado en marzo 2021, los “Procesos de adquisición de vacunas contra el SARS-Cov-2” estarán bajo reserva durante 5 años, mientras que el “Plan Nacional de Despliegue de Vacunación” y el “Registro de cabinas destinadas a la vacunación contra el SARS-Cov-2” estarán reservados por tres años.

Pese a la declaratoria de reserva total de la información de la compra de vacunas por parte del Gobierno de El Salvador, los préstamos concedidos por el Banco Mundial permiten tener un acercamiento al proceso de adquisición de vacunas, para ello se toma como referencia la propuesta del Préstamo BIRF No. 9429-SV. La propuesta establece que el Gobierno de El Salvador planificará la compra y envíos de vacunas contra la COVID-19 según el avance de las fases de cobertura, determinado por las fases de coberturas por edades establecidas en el “Plan nacional de vacunación” y los “Lineamientos técnicos para la vacunación contra el SARS-CoV-2” (anexo 1).

El informe de FUNDAUNGO (2022b) y el sitio de UNICEF (2023) permitieron identificar que hasta febrero de 2023 se recibieron 58 lotes de vacunas sumando más de 16 millones de dosis, las principales formas de adquisición están descritas en la tabla 5. El detalle de cada lote y el costo estimado a partir de los precios publicados por UNICEF (2023) pueden verse en el anexo 4.

FIGURA 6.
Línea de tiempo, gestión de fondos para compra de vacunas COVID-19.



Fuente: Elaboración propia.

TABLA 5.

Adquisición de Vacunas contra la COVID-19 por Fuente de Financiamiento (en \$).

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PROMEDIO DE COSTO POR DOSIS	PROMEDIO DE COSTO DE ENVÍO	CANTIDAD ADQUIRIDA	COSTO TOTAL	3RA DOSIS	%	4TA DOSIS	%
Compra bilateral	\$4.50	\$0.73	259,650	\$1,394,505	-	-	-	-
BIRF FA2	\$5.00	\$0.70	169,650	\$967,005	-	-	-	-
GOES	\$4.00	\$0.75	90,000	\$427,500	979,247	15.0%	-	-
Compra directa	\$6.60	\$0.72	10,770,350	\$113,651,955	1,236,676	21.6%	-	-
BIRF FA1, FA2; BID	\$16.90	\$0.75	2,000,000	\$35,300,000	1,538,535	26.9%	115,092	2.0%
BIRF FA1; BID	\$16.90	\$0.75	2,000,000	\$35,300,000	1,781,722	31.2%	379,723	6.6%
BIRF FA2	\$5.34	\$0.70	5,689,550	\$37,918,155	1,875,176	32.8%	454,999	8.0%
GOES	\$4.00	\$0.75	856,800	\$4,069,800	1,894,402	33.1%	473,599	8.3%
GOES; BIRF FA2	\$4.00	\$0.75	224,000	\$1,064,000	1,902,103	33.3%	482,957	8.5%
Donación	\$0.00	\$0.00	3,951,800	\$0.00				
Gobierno chino	\$0.00	\$0.00	750,000	\$0.00				
Gobierno letón	\$0.00	\$0.00	100,800	\$0.00				
Gobierno mexicano	\$0.00	\$0.00	100,800	\$0.00				
Iniciativa COVAX/ Gobierno EE.UU.	\$0.00	\$0.00	3,000,200	\$0.00				
Compra - Iniciativa COVAX	\$5.10	\$0.72	1,109,050	\$6,307,265				
BIRF FA2	\$5.67	\$0.70	743,050	\$4,435,385				
COVAX grant	\$4.25	\$0.74	366,000	\$1,871,880				
Total			16,090,850	\$121,353,725				

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la propuesta del Préstamo BIRF No. 9429-SV (2022) y el Monitoreo de precios de UNICEF (2023). * FA1 y FA2 hacen referencia a las Fases 1 y 2 de los préstamos del BIRF, respectivamente.

En resumen, la tabla 5 muestra que, del total de 16,090,850 dosis de vacunas recibidas, el 66.93% se adquirió a través de compra directa, el 24.56% fue donación, el 6.89% se compró a través de la iniciativa COVAX y el 1.61% a través de compra bilateral. Es llamativo observar en esta tabla, que en la columna de los costos promedios por dosis, calculados a partir la propuesta presentada para préstamo, algunas dosis a comprar con fondos BIRF FA1 y FA2, los costos promedios casi triplican el promedio de costo de las otras compras (\$16.9/dosis); se desconoce la razón de la diferencia de dicho costo en comparación al resto, puede pensarse que esto pueda estar afectado por los tiempos de entrega del producto, pero la información consultada no permite explicar dicha diferencia.

A febrero de 2023, se registró un total de 3,951,800 dosis de vacunas donadas, que incluyen la vacuna CoronaVac donadas por el gobierno chino, con 150,000 dosis, y la vacuna AstraZeneca donada por el gobierno mexicano, con 100,800 dosis. También se han recibido dos envíos de la vacuna Moderna donadas por el gobierno estadounidense a través de la iniciativa COVAX, con 1,500,100 dosis en cada envío, sumando un total de 3,000,200 dosis siendo el Gobierno de EE.UU. el principal donante de vacunas de COVID-19 en El Salvador. Además, el gobierno chino ha donado 600,000 dosis adicionales de la vacuna CoronaVac, y el gobierno letón ha aportado 100,800 dosis de la vacuna Comirnaty/Pfizer.

TABLA 6.

Vacunas Donadas contra COVID-19 por Marca y Procedencia.

MARCA DE VACUNA DONADA	GOBIERNO DONANTE	NÚMERO DE DOSIS
CoronaVac	China	150,000
AstraZeneca	México	100,800
Moderna	COVAX/EE.UU.	1,500,100
Moderna	COVAX/EE.UU.	1,500,100
CoronaVac	China	600,000
Comirnaty/Pfizer	Letonia	100,800
Total		3,951,800

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la propuesta del Préstamo BIRF No. 9429-SV (2022), el Monitoreo de precios de UNICEF (2023) y el Boletín estadístico de la COVID-19 en El Salvador No. 39, FUNDAUNGO (2022 b).

3.2. MONITOREO E INCIDENCIA AL FINANCIAMIENTO DEL BANCO MUNDIAL PARA LA GESTIÓN DE VACUNACIÓN COVID-19

A partir de la aprobación del préstamo a El Salvador por parte del Banco Mundial para dar respuesta a la situación de salud provocada por la pandemia, existieron organizaciones interesadas en monitorear y generar contraloría sobre la utilización de dichos fondos. El trabajo de monitoreo de las acciones de contención de la pandemia por parte del Centro de Estudios de la Diversidad Sexual y Genérica (AMATE El Salvador), conocido como AMATE, con apoyo del Bank Information Center, buscó conocer y/o generar incidencia sobre la ejecución de dichas acciones en poblaciones vulnerables, para el caso específico, personas viviendo con VIH.

AMATE realizó un proceso sistemático de monitoreo al primer crédito que se le otorgó al Gobierno de El Salvador (9065) por 20 millones de dólares, monto que a solicitud del Gobierno de El Salvador tuvo financiamiento adicional, en dos ocasiones, tal como se ha descrito anteriormente, estos últimos financiamientos reflejan su principal justificación en cuanto a que su utilización estaba principalmente enfocado en la compra de vacunas y el debido proceso de distribución y aplicación. Finalmente, la experiencia de AMATE en cuanto al monitoreo de estos créditos señala como principal observación la falta de transparencia en la gestión de recursos, ya que a pesar de la legislación que garantiza el acceso a la información pública en

El Salvador, la información relevante sobre los proyectos se encuentra clasificada como reservada por tres años. Otra de las observaciones realizadas fue la falta de indicadores desagregados para el adecuado monitoreo, situación evidenciada en capítulos anteriores de este estudio, por ejemplo, la aplicación de vacuna por grupos de edad y sexo, incluso mencionan la falta de acceso a la vacuna contra la COVID-19 para ciertas poblaciones durante la implementación.

Una de las principales incidencias que buscó AMATE fue incluir a la población VIH positiva como prioritaria en el Plan de Vacunación, población que originalmente no fue contemplada entre las poblaciones priorizadas por el gobierno, como expresó la persona entrevistada de AMATE:

“(el gobierno) había dicho que iba a ser una cuestión como más escalonada, no que iba a empezar a vacunar a los grupos prioritarios y se iba a ir avanzando hacia los menos vulnerables. El VIH o vivir con VIH es una enfermedad crónica y hay personas de la comunidad LGBTIQ+ que están en esa condición y nosotres estábamos viendo que pasaban los días y pasaban las semanas y del Ministerio de Salud no decía que podían acercarse las personas viviendo con VIH para que pudieran ser vacunadas. Eso fue algo que nosotres alertamos en su momento, tanto con el Banco Mundial a nivel local como a nivel de global y, aunque digamos, nunca se vio como de manera directa, pero, sin duda, como a los días después de que nosotres enviamos esas comunicaciones, observamos que el Ministerio salió diciendo, ya que no lo había mencionado para nada hasta ese momento, que también estaba incluyendo

a la población, no la población LGBTI+, sino a las personas que vivían con VIH, entonces, ya eso para nosotres era como un un paso adelante”.

En el proceso de incidencia realizado por AMATE, la organización también señala los temores de la población LGBTIQ+ al involucrar al Ejército de la Fuerza Armada en el manejo de la pandemia: “algunas mujeres trans nos comentaron que se sentían inseguras porque las unidades de salud o los centros de vacunación estaban rodeados de militares, y los militares históricamente han violentado a la población LGBTIQ+ y más específicamente a las mujeres trans” (Especialista de AMATE).

Al realizar la consulta durante la entrevista a representantes del Banco Mundial sobre el monitoreo para garantizar la transparencia y correcto uso de los créditos otorgados, se hizo mención que el banco tiene varios requerimientos antes de poder desembolsar, entre ellos, la creación de una unidad de gestión del proyecto con suficiente capacidad, y el Banco tiene que evaluarla antes de poder desembolsar.

Esa unidad tiene que contener, al menos, 5 personas dedicadas a la implementación del proyecto o un coordinador, un especialista de adquisiciones, un especialista financiero, un especialista ambiental y un especialista social.

Además, el banco pide muchas veces como condición de efectividad o condición de desembolso, la preparación de un manual operativo del proyecto y el plan de adquisiciones.

Otro requerimiento específico también es que los proveedores firman una carta antifraude de corrupción, aun cuando sean actividades financiadas retroactivamente, de igual manera, con el tema ambiental y social: “tenemos la responsabilidad de monitorear la gestión ambiental y social bajo el marco de los estándares del Banco, ahí obviamente no podemos aplicar los estándares en las actividades ya financiadas, pero sí el Banco pide una auditoría retroactiva de los estándares más importantes, por ejemplo, el tema de inclusión, manejo de residuos biomédicos, el mecanismo de quejas y reclamos” (persona entrevistada del BM).

IV. LA NEGOCIACIÓN INTERNACIONAL DE UN TRATADO PANDÉMICO

A partir de la situación generada a nivel mundial a causa de la pandemia por COVID-19, la Asamblea Mundial de la Salud convocó una segunda reunión extraordinaria en diciembre de 2021, en la que estableció un Órgano de Negociación Intergubernamental abierto a todos los Estados Miembros y Miembros Asociados (y las organizaciones de integración económica regional, según corresponda) para redactar y negociar un convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta frente a pandemias, con miras a su adopción en virtud del Artículo 19, o de otras disposiciones de la Constitución de la OMS que el Órgano de Negociación Intergubernamental considere apropiadas.²¹

El borrador preliminar, de 32 páginas, propone mecanismos para prevenir y prepararse para futuras pandemias, garantizando al mismo tiempo una respuesta más coordinada y un acceso equitativo a vacunas, tratamientos y diagnósticos. Este es una versión preliminar para comenzar las negociaciones, reafirma explícitamente el derecho soberano de cada nación al “abordar cuestiones de salud pública” y será discutido por más de un año.²² El documento sigue pendiente de nuevas revisiones y su final aprobación, contempla aspectos que pretenden fortalecer capacidades en cada uno de los países miembros para mejorar las respuestas a emergencias sanitarias, además establece los mecanismos de cooperación entre países y los fundamentos científicos necesarios y de capacidades técnicas a fortalecer.

Aunque dicho documento no ha sido aprobado y probablemente debido a eso no se ha percibido gran difusión en los medios, tampoco está a disposición

²¹ https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb4/A_INB4_3-sp.pdf

²² <https://www.factcheck.org/es/2023/03/scicheck-borrador-del-tratado-para-pandemias-de-la-oms-reafirma-la-soberania-de-las-naciones-para-dictar-politicas-de-salud/>

en páginas digitales de las instituciones de gobierno; el instrumento internacional en discusión es una estrategia necesaria a tomar en cuenta, ya que pretende fortalecer la preparación ante futuras epidemias y regular, organizar o establecer los pasos a seguir tanto a nivel de país como por región para afrontar situaciones similares a la reciente pandemia. Para esta investigación, no fue posible obtener posturas de representantes del Ministerio de Salud para conocer la posición del Gobierno de El Salvador, y no se encuentra información oficial respecto a los pasos a seguir o la posición del país de cara al tratado de la OMS o en función de estrategias futuras (proyecciones, medidas de prevención de riesgos, gestión de fondos u otros) en temas de COVID 19 en esta etapa postpandemia.

Tampoco existió la apertura por parte de los principales actores de salud sobre las proyecciones para la etapa post pandemia en cuanto a la vacunación por COVID-19 u otros aspectos relevantes como el tratado post pandémico que está en agenda por parte de OMS.

4.1. RESULTADOS PRINCIPALES

La serie cronológica de casos se muestra bastante irregular en su evolución durante el periodo analizado, sin embargo, permite evidenciar cinco momentos de incrementos marcado de casos, estos reflejados en cinco curtosis, las más evidentes durante el 2022, de hecho, el año más explosivo en cuanto al reporte de casos y, por ende, el de mayor riesgo epidemiológico para el país.

Del total de casos registrados, la condición clínica de mayor incidencia fue la asintomática, con una proporción de 33%, seguido de casos clasificados como estables para un 30% y sumando entre ambos una proporción de 66 por cada 100 casos; las condiciones de grave (7%) y crítico (3%) suman entre ambos un 10%.

En cuanto a identificación de riesgo, en el análisis global de datos, se puede identificar que el grupo de edad de mayor incidencia de casos fue el de 20 a 39 y, en segundo lugar, el de 60 a 79 nueve años, siendo este último el grupo de edad que mayor mortalidad registra.

Como resultado de una estrecha coordinación con OPS/OMS, El Salvador, a julio de 2020, ya contaba con una Plan Nacional de Vacunación, el cual fue un elemento fundamental para favorecer la agilidad en la gestión de vacunas y la implementación de la estrategia de vacunación.

Hasta febrero de 2023, se recibieron en el país 58 lotes de vacunas, sumando más de 16 millones de dosis. El 66.93% se adquirió a través de compra directa, el 24.56% fue donación, el 6.89% se compró a través de la iniciativa COVAX y el 1.61% a través de compra bilateral. Los precios de compra oscilaron entre los \$4.00 y los \$16.96 y en total se estima un gasto aproximado de \$121,353,725.

La principal fuente de financiación de la vacunación en El Salvador fueron dos préstamos del Banco Mundial, aprobados en 2022, el préstamo BIRF 9229 que ascendió a \$70 millones y el BIRF 9429 que ascendió a \$100 millones, totalizando \$170 millones. Estos préstamos reconocieron una proporción mayor de compras retroactivas, el límite de compras retroactivo del 20% fue ampliado hasta el 40% para estos dos préstamos.

El Ministerio de Salud declaró la reserva total de información pública relacionada con la aplicación y compra de vacunas contra la COVID-19. Por su parte, el Decreto Legislativo No. 7²³, que corresponde a la “Ley para el uso de productos para tratamientos médicos en situaciones excepcionales de salud pública ocasionadas por la pandemia COVID-19” y su respectivo instructivo, permitió al gobierno saltar procedimientos de la ley LACAP y legalizar las compras del pasado realizadas desde marzo de 2020, cuando la Organización Mundial para la Salud (OMS) declaró al COVID-19 como pandemia.

Ya en 2020, la Asamblea Legislativa había aprobado la suspensión temporal de los indicadores fiscales contenidos en la Ley de Responsabilidad Fiscal, para gestionar financiamiento mediante emisión de bonos o préstamos, estos cambios legislativos se argumentaron como necesarios para una mayor eficiencia para la compra de vacunas.

²³ Publicado en el Diario Oficial número 85 tomo 431, el 5 de mayo de 2021.

Los mecanismos por los cuales se obtuvo vacunas en El Salvador fueron a través de compras directas, bilaterales, donaciones y COVAX; de estos, el principal fue el de compras directas y los fondos principalmente utilizados fueron los BIRF. Entre las donaciones de vacunas recibidas en el país, los de mayor importancia fueron los de Estados Unidos a través de la iniciativa COVAX, seguidos por los de China, México, y Letonia.

4.2. RECOMENDACIONES

1. Fortalecer el sistema único oficial de información en salud y definir adecuadamente la información que se debe registrar, así como garantizar su actualización. Actualmente, acceder a información pública sobre la gestión de pandemia es limitado, ante la reserva de información oficial y la poca desagregación de datos existentes. Tener información sistemática, confiable y actualizada sobre la pandemia COVID-19, aún de manera retroactiva, permitiría identificar tendencias y lecciones aprendidas que serán útiles para la preparación ante futuros escenarios o pandemias.

2. Generar información desagregada sobre la gestión sanitaria y la garantía al derecho a salud, incluyendo el acceso a vacunación. Esta información debería ser desagregada en factores sociodemográficos, incluyendo edad, género, etnia, área geográfica (rural/urbano, municipio, departamento) y otras características relevantes que tomen en cuenta la interseccionalidad y visibilicen las necesidades y particularidades de diversas poblaciones. Esta información permitirá diseñar respuestas diferenciadas que permitan el acceso a servicios de salud de manera más equitativa.

3. Reforzar vacunación contra la COVID-19 a nivel poblacional y valorar la posibilidad de incorporarla al esquema de vacunación a grupos de riesgo. La evidencia indica que la vacuna es la estrategia más efectiva para mitigar la propagación de la COVID-19 y también disminuye los riesgos de mortalidad en personas infectadas. Por tanto, es clave que ante pandemias o crisis sanitarias se destinen o gestionen recursos financieros para la adquisición de vacunas a nivel país, y con

ello garantizar el acceso a la vacunación de la población.

4. En situaciones de crisis, el financiamiento internacional es clave, y permite a los países acceder a recursos para hacer frente a los retos económicos y sanitarios. En el caso de este estudio, resalta el aporte del Banco Mundial para que el Gobierno de El Salvador gestionara la adquisición de vacunas. Las Instituciones Financieras Internacionales deben tener apertura y poner a disposición de la ciudadanía canales de retroalimentación y contraloría sobre los proyectos que financian.

5. La facilitación de las normas para la compra de vacunas no debe de eximir la contraloría ciudadana, es importante que estas medidas incluyan mecanismos de rendición de cuenta. Además, establecer mecanismos de participación de las organizaciones de la sociedad civil en el diseño de políticas públicas es clave para garantizar que se visibilizan las necesidades de poblaciones específicas, por ejemplo, las poblaciones con VIH y las poblaciones LGBTIQ+.

6. Identificar escenarios epidemiológicos de riesgo (bajo, mediano y alto riesgo de transmisión de enfermedades) de acuerdo con la historia anterior de la enfermedad. Además, fortalecer las capacidades de análisis epidemiológicos a nivel local, así como las estructuras de gobierno.

7. La pertinencia de la acción en casos de emergencia es un factor clave para garantizar la efectividad de los procesos de vacunación en situación de emergencia. Para El Salvador, haber desarrollado un Plan Nacional de Vacunación integral, y haber gestionado la adquisición de la vacunación permitió avanzar en la inmunización de la población de manera pertinente. Se recomienda, por tanto, fortalecer las capacidades y establecer planes de acción oportunos ante futuras emergencias sanitarias, que permitan la efectividad en los procesos de prevención y atención de casos, así como valorar la necesidad de implementar la vacunación a partir de la experiencia previa con el Plan Nacional de Vacunación para la COVID-19.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (2020). Contrato de préstamo BIRF No. 9100-SV. Washington D.C.: BIRF.
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (2021). Propuesta de contrato de préstamo BIRF No. 9229-SV. Washington, D.C.: BIRF
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (2022). Propuesta de contrato de préstamo BIRF No. 9429-SV. Washington, D.C.: BIRF
- Carranza, E. (2021). Alza de casos se debe a la circulación de variantes, no aplicar medidas de prevención y población sin vacunar. <https://www.elsalvador.com/noticias/nacional/vacunacion-coronavirus-variantes-de-covid-19/884397/2021/>
- Chacón, E. (2021). Circulación de cuatro variantes de covid-19 aumentan el riesgo de contagio en El Salvador. <https://www.elsalvador.com/eldiariodehoy/circulacion-variantes-covid-alfa-delta-gamma-lambda-aumentan-riesgo-contagio/866596/2021/>
- Cobos, E. P., & López, L. M. (2021). Las ciudades latinoamericanas y el coronavirus. *Cadernos Metrópole*, 23(52), 883–904. <https://doi.org/10.1590/2236-9996.2021-5202>.
- Dirección Nacional de Medicamentos (2022). Director nacional expuso ante los diputados los logros de la DNM. Dirección nacional de medicamentos, El Salvador. <https://www.medicamentos.gob.sv/?p=4213>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2023). COVID-19 Market Dashboard. <https://www.unicef.org/supply/covid-19-market-dashboard>
- Fondo Monetario Internacional (2023). Perspectivas de la economía mundial: Una recuperación accidentada. Washington D.C.: FMI.
- Fonseca, M. y Parada, A. (2022). Ómicron ya está en El Salvador, confirma ministro Alabí. <https://www.elsalvador.com/noticias/nacional/omicron-presente-el-salvador-alabi/919116/2022/>
- Fundación Dr. Guillermo Manuel Ungo (2022a). Valoraciones sobre las medidas de contención de la COVID-19 y el proceso de vacunación en 2021. Boletín temático enero 2022. San Salvador: FUNDAUNGO.
- Fundación Dr. Guillermo Manuel Ungo (2022b). Boletín 39: Evolución de casos de la COVID-19 en El Salvador, del 14 de marzo 2020 al 27 de julio de 2022. Boletín estadístico de la COVID-19. San Salvador: FUNDAUNGO.
- Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI). (2021). The Gavi COVAX AMC Explained. Gavi, the Vaccine Alliance. <https://www.gavi.org/vaccineswork/gavi-covax-amc-explained>
- Gobierno de El Salvador (2022). Situación nacional COVID-19, Gobierno de El Salvador. COVID-19 | Gobierno de El Salvador. <https://COVID-19.gob.sv>

- Herrero, M. B., & Oliveira, B. N. L. (2022). COVID-19 in Latin America and the Caribbean: the visible face of a regional health cooperation in crisis. *Revista Brasileira De Política Internacional*, 65(1), e003. <https://doi.org/10.1590/0034-7329202200103>
- Laguan, J. (2023). El Salvador continúa reportando días sin muertes por COVID-19 en la última semana de julio 2023. *Diario El Salvador*, El Salvador. El Salvador continúa registrando días sin muertes por COVID-19 en la última semana de julio 2023 - *Diario El Salvador*
- Rodríguez, Luis y Delgado, Manuel (2021). La COVID-19 y su incidencia en la movilidad de la población salvadoreña de 2020 a 2021. Documento de trabajo 04-2021. FUNDAUNGO, San Salvador.
- Vides, C. (2022). Sucesos 2022: Covid, la pandemia continúa y los refuerzos son clave. *Noticias de El Salvador*. <https://elsalvador.com>
- Ministerio de Hacienda (2022). Informe de la Gestión Financiera del Estado. Informes 2015 a 2022. Disponible en: https://www.transparenciafiscal.gob.sv/ptf/es/PTF2-Gastos.html#spy_PTFPG25
- Ministerio de Hacienda (2020). Informe de la comisión de hacienda y especial del presupuesto sobre medidas presupuestarias y fiscales adoptadas en el marco de la Pandemia COVID-19. <https://transparencia.mh.gob.sv/downloads/pdf/700-UC-IF-2020-22286.pdf>
- Ministerio de Hacienda (2021). Resultados de la ejecución del presupuesto general del estado y de presupuestos especiales.
- Ministerio de Hacienda (2021 b). Iniciativa de ley para la suscripción del contrato de préstamo BIRF No. 9229-SV [Documento oficial]. Recuperado de <https://seguimientolegislativo.consortioacademico.org/>
- Ministerio de Salud (2022). Lineamientos técnicos para la vacunación contra el SARS-CoV-2. Ministerio de Salud, San Salvador, El Salvador. https://www.transparencia.gob.sv/system/documents/documents/000/493/991/original/lineamientostecnicosparalavacunacioncontrael-SARS-CoV2-Acuerdo-462_v1.pdf?1655996393
- Ministerio de Salud. (2023). Boletín epidemiológico de COVID-19. San Salvador, El Salvador: Ministerio de Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). El presidente del país toma el liderazgo en la promoción de un estricto bloqueo contra COVID-19 con el apoyo de todos los niveles, incluyendo la Oficina de País OPS/OMS. COVID-19 Country Case Studies. OMS https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/february-covid-19-case-studies-el-salvador-%28spanish-version%29.pdf?sfvrsn=2c430193_1&download=true
- Organización Panamericana de la Salud (2022). Weekly COVID 19 Epidemiological update-Region of the Americas. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/en/documents/paho-weekly-covid-19-epidemiological-update-ew51-28-december-2022>
- Organización Panamericana de la Salud (2023). Curvas epidemiológicas subregionales y de país. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/curvas-epidemiologicas-subregionales-pais>

Prensa Latina. (2023). Solo tres muertos en El Salvador por Covid-19 en 2023. Agencia Prensa Latina. La Habana, Cuba. Solo tres muertos en El Salvador por Covid-19 en 2023 - Prensa Latina (prensa-latina.cu)

Portal de Transparencia Fiscal de El Salvador: GASTO DEL ESTADO. (2023). https://www.transparenciafiscal.gob.sv/ptf/es/PTF2-Gastos.html#spy_DEVPM01

Secretaría Jurídica de la Presidencia. (2021, 4 de junio). Carta presentando iniciativa de ley para el préstamo BIRF No. 9100-SV (2020) [Carta].

Urbina, J. (2021). Nuevas variantes de covid-19 circulan en El Salvador. La Prensa Gráfica. <https://www.laprensagrafica.com/elsalvador/Nuevas-variantes-de-covid-19-circulan-en-El-Salvador-20210807-0064.html>

ANEXOS

ANEXO 1. PRESUPUESTO DEL RAMO DE SALUD DEL GOBIERNO CENTRAL Y % DEL PIB, 2015 A 2023.

AÑO	APROBADO	MODIFICADO	DEVENGADO	% DEL PIB
2015	\$615,684.04	\$620,628.40	\$585,166.8	2.50%
2016	\$627,811.39	\$632,257.30	\$612,123.1	2.53%
2017	\$629,822.60	\$627,452.60	\$618,551.6	2.48%
2018	\$622,435.11	\$632,332.20	\$613,219.8	2.36%
2019	\$668,193.53	\$681,734.20	\$663,614.2	2.47%
2020	\$757,852.65	\$855,852.70	\$802,532.80	3.43%
2021	\$1,037,561.51	\$1,066,853.90	\$1,014,451.60	3.62%
2022	\$1,085,959.21	\$1,199,576.40	\$1,127,853.90	3.69%
2023a	\$1,131,126.09	-	-	3.40%

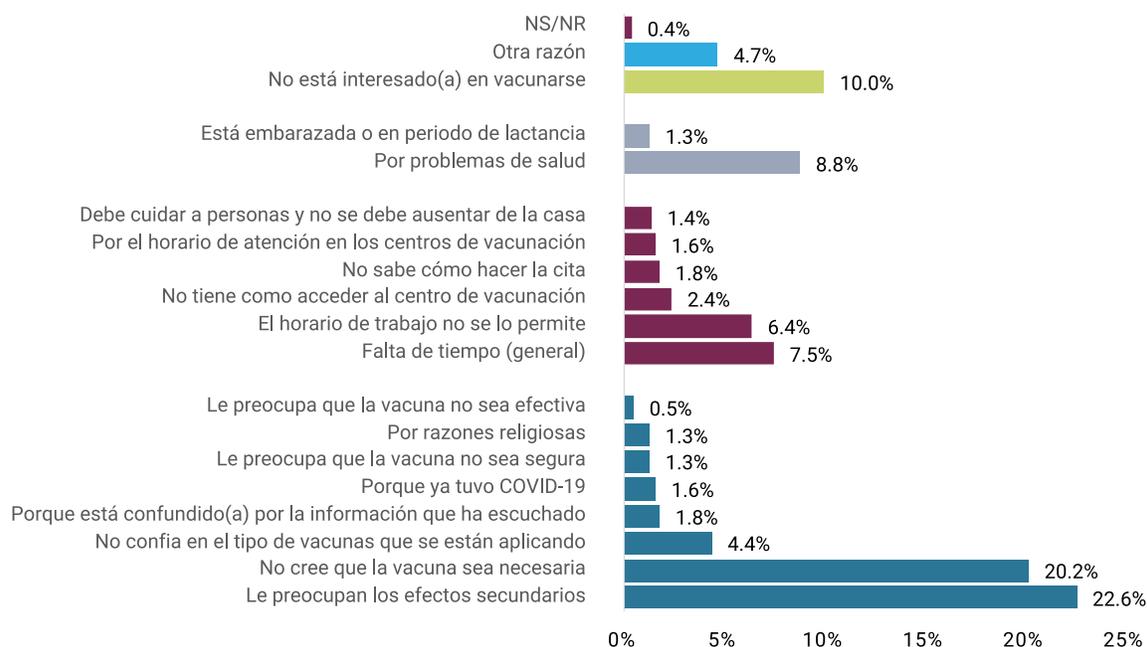
Fuente: Ministerio de Hacienda (2023) Datos abiertos del Portal de Transparencia Fiscal; Ministerio de Hacienda (2022). Informe de la Gestión Financiera del Estado Informes 2015 a 2022; y Fondo Monetario Internacional (2023). a Las cifras de 2023 corresponden al presupuesto aprobado y al PIB proyectado por el FMI.

ANEXO 2. CRONOGRAMA DE POBLACIÓN HABILITADA PARA LA VACUNA DE LA COVID-19 POR GRUPO ETARIO.

FECHA	POBLACIÓN
17 de febrero de 2021	Personal de salud, soldados, policías, bomberos
	Personal docente del sector público y privado
6 de abril de 2021	Mayores de 80 años
8 de abril de 2021	Mayores de 70 años
22 de abril de 2021	Mayores de 55 años
2 de mayo de 2021	Mayores de 50 años
25 de mayo de 2021	Mayores de 45 años
21 de junio de 2021	Mayores de 35 años
23 de junio de 2021	Mayores de 30 años
3 de julio de 2021	Mayores de 25 años
10 de julio de 2021	Mayores de 18 años
29 de julio de 2021	Mayores de 12 años
13 de septiembre de 2021	6 a 11 años

Fuente: Boletín estadístico de la COVID-19 en El Salvador No. 39 de FUNDAUNGO (2022 b).

ANEXO 3. RAZONES POR LA QUE LAS PERSONAS NO SE HAN APLICADO LA TERCERA DOSIS DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19.



Fuente: FUNDAUNGO, Encuesta Coyuntural 2022.

ANEXO 4. VACUNAS ADQUIRIDAS EN EL SALVADOR SEGÚN TIPO, MODALIDAD, COSTOS Y FINANCIAMIENTO, 2021 A 2023.

LOTE	FECHA	CANTIDAD ADQUIRIDA	TIPO DE VACUNA	MODALIDAD DE ADQUISICIÓN	COSTO POR DOSIS (\$)	COSTO DE ENVÍO	COSTO TOTAL	FINANCIAMIENTO
1	17/2/2021	20,000	COVISHIELD (AstraZeneca)	Compra directa	\$4.00	\$0.75	\$95,000.00	GOES; BM FA2
2	11/3/2021	33,600	AstraZeneca	Compra - Iniciativa COVAX	\$4.00	\$0.75	\$159,600.00	COVAX grant
3	22/3/2021	51,480	Pfizer	Compra - Iniciativa COVAX	\$5.00	\$0.70	\$293,436.00	BM FA2
4	28/3/2021	1,000,000	CoronaVac	Compra directa	\$16.90	\$0.75	\$17,650,000.00	BM FA1; BID
5	6/4/2021	150,000	CoronaVac	Donación	-	-	-	Gobierno de China
6	19/4/2021	96,000	AstraZeneca	Compra - Iniciativa COVAX	\$4.00	\$0.75	\$456,000.00	COVAX grant
7	26/4/2021	500,000	CoronaVac	Compra directa	\$16.90	\$0.75	\$8,825,000.00	BM FA1; BID
8	12/5/2021	140,400	Pfizer-BioNTech	Compra - Iniciativa COVAX	\$5.00	\$0.70	\$800,280.00	COVAX grant
9	18/5/2021	500,000	CoronaVac	Compra directa	\$16.90	\$0.75	\$8,825,000.00	BM FA1; BID
10	22/5/2021	204,000	AstraZeneca	Compra directa	\$4.00	\$0.75	\$969,000.00	GOES; BM FA2
11	25/5/2021	96,000	AstraZeneca	Compra - Iniciativa COVAX	\$4.00	\$0.75	\$456,000.00	COVAX grant
12	9/6/2021	500,000	CoronaVac	Compra directa	\$16.90	\$0.75	\$8,825,000.00	BM FA1, FA2; BID
13	19/6/2021	204,000	AstraZeneca	Compra directa	\$4.00	\$0.75	\$969,000.00	GOES
14	24/6/2021	100,800	AstraZeneca	Donación	-	-	-	Gobierno de México
15	25/6/2021	125,190	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$713,583.00	BM FA2
16	2/7/2021	125,190	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$713,583.00	BM FA2
17	4/7/2021	1,500,100	Moderna	Donación	-	-	-	Iniciativa COVAX/ Gobierno EE.UU.
18	7/7/2021	1,500,000	CoronaVac	Compra directa	\$16.90	\$0.75	\$26,475,000.00	BM FA1, FA2; BID
19	9/7/2021	33,930	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$193,401.00	BM FA2

LOTE	FECHA	CANTIDAD ADQUIRIDA	TIPO DE VACUNA	MODALIDAD DE ADQUISICIÓN	COSTO POR DOSIS (\$)	COSTO DE ENVÍO	COSTO TOTAL	FINANCIAMIENTO
20	16/7/2021	43,290	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$246,753.00	BM FA2
21	20/7/2021	163,200	AstraZeneca	Compra directa	\$4.00	\$0.75	\$775,200.00	GOES
22	22/7/2021	1,500,100	Moderna	Donación	-	-	-	Iniciativa COVAX/ Gobierno EE.UU.
23	23/7/2021	99,450	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$566,865.00	BM FA2
24	26/7/2021	1,000,000	Sinopharm	Compra directa	\$8.24	\$0.75	\$8,990,000.00	BM FA2
25	30/7/2021	143,000	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$815,100.00	BM FA2
26	3/8/2021	163,200	AstraZeneca	Compra directa	\$4.00	\$0.75	\$775,200.00	GOES
27	4/8/2021	169,650	Pfizer-BioNTech	Compra bilateral	\$5.00	\$0.70	\$967,005.00	BM FA2
28	13/8/2021	127,530	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$726,921.00	BM FA2
29	20/8/2021	120,510	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$686,907.00	BM FA2
30	27/8/2021	122,580	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$698,706.00	BM FA2
30	27/8/2021	188,370	Pfizer-BioNTech	Compra - Iniciativa COVAX	\$5.00	\$0.70	\$1,073,709.00	BM FA2
31	3/9/2021	200,070	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$1,140,399.00	BM FA2
32	3/9/2021	527,600	Sinopharm	Compra directa	\$8.24	\$0.75	\$4,743,124.00	BM FA2
33	6/9/2021	140,400	Sinopharm	Compra directa	\$8.24	\$0.75	\$1,262,196.00	BM FA2
34	10/9/2021	109,980	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$626,886.00	BM FA2
35	17/9/2021	109,980	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$626,886.00	BM FA2
36	24/9/2021	109,980	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$626,886.00	BM FA2
37	1/10/2021	108,810	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$620,217.00	BM FA2
38	8/10/2021	198,900	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$1,133,730.00	BM FA2
39	12/10/2021	326,400	AstraZeneca	Compra directa	\$4.00	\$0.75	\$1,550,400.00	GOES
40	15/10/2021	198,900	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$1,133,730.00	BM FA2
41	22/10/2021	198,000	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$1,128,600.00	BM FA2
42	29/10/2021	196,560	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$1,120,392.00	BM FA2
43	5/11/2021	205,920	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$1,173,744.00	BM FA2
44	12/11/2021	205,920	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$1,173,744.00	BM FA2
45	19/11/2021	205,920	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$1,173,744.00	BM FA2
46	26/11/2021	205,920	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$1,173,744.00	BM FA2
47	3/12/2021	205,920	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$1,173,744.00	BM FA2
48		S/D	S/D	S/D	-	-	-	S/D
49	16/12/2021	205,920	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$1,173,744.00	BM FA2
50	19/12/2021	600,000	CoronaVac	Donación	-	-	-	Gobierno de China
51	23/12/2021	205,920	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$1,173,744.00	BM FA2
52	30/12/2021	208,260	Pfizer-BioNTech	Compra directa	\$5.00	\$0.70	\$1,187,082.00	BM FA2
53	30/01/2022	90,000	COVISHIELD (AstraZeneca)	Compra bilateral	\$4.00	\$0.75	\$427,500.00	GOES
54	30/08/2022	297,600	Pfizer-BioNTech	Compra - Iniciativa COVAX	\$5.00	\$0.70	\$1,696,320.00	BM FA2
55	30/09/2022	105,600	Pfizer-BioNTech	Compra - Iniciativa COVAX	\$5.00	\$0.70	\$601,920.00	BM FA2
56	30/09/2022	80,000	Moderna	Compra - Iniciativa COVAX	\$7.00	\$0.70	\$616,000.00	BM FA2
57	30/12/2022	20,000	Moderna	Compra - Iniciativa COVAX	\$7.00	\$0.70	\$154,000.00	BM FA2
58	14/02/2023	100,800	Comirnaty/Pfizer	Donación	-	-	-	Gobierno de Letonia



Oxfam en
CENTROAMÉRICA



Con el apoyo de



www.vacunasparalagente.org

