

# Análisis de la vacunación contra la COVID-19 en la Región de las Américas

## Desglose por sexo y edad y en subpoblaciones seleccionadas





# Análisis de la vacunación contra la COVID-19 en la Región de las Américas

Desglose por sexo y edad y en  
subpoblaciones seleccionadas

---

*Análisis de la vacunación contra la COVID-19 en la Región de las Américas. Desglose por sexo y edad y en subpoblaciones seleccionadas.*

OPS/EGC/COVID-19/22-0002

© **Organización Panamericana de la Salud, 2022**

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).Creative



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

---

# Agradecimientos

Este documento fue elaborado como un esfuerzo interprogramático entre la Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural (EGC) y la Unidad de Inmunización Integral de la Familia (FPL/IM), en coordinación con el equipo de Sistema de Gestión de Incidentes (IMST); bajo la supervisión de la jefa de EGC, Jessie Schutt-Aine, y del jefe de FPL/IM, Daniel Salas.

Se reconocen los aportes e insumos del grupo ampliado técnico. Por parte de EGC: Jose Arenas, Catherina Cuellar, Roberto Garza, Tatiana Santos y Ana Sena. Por parte de inmunizaciones: Dan Álvarez, Marcela Contreras, Rafael León y Martha Velandia; de las comunicadoras: Catalina Cárdenas Piedrahíta y Maite Vera.

Asimismo, se reconocen los comentarios y sugerencias de Óscar Mujica del Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud (EIH) y Marc Rondy, Asesor de Inmunizaciones de la oficina de OPS/OMS en Guatemala.

Esta publicación no hubiera sido posible sin el compromiso firme y sostenido de nuestros Estados Miembros por ello se reconoce y agradece la colaboración inestimable que ha prestado el personal de los ministerios de salud y de otras instituciones gubernamentales de los países y territorios de la Región de las Américas al compartir la información requerida para los análisis.

La OPS trabaja con autoridades de salud, gobiernos locales y comunidades para promover el acceso equitativo a las vacunas de COVID-19 en toda la región de las Américas. Con el apoyo de fondos del Gobierno de Canadá, la OPS apoya y visibiliza proyectos e intervenciones para llevar las vacunas a pueblos indígenas, migrantes, comunidades de difícil acceso y otras poblaciones en situación de vulnerabilidad, a la vez que aumenta las capacidades de los sistemas de salud locales y combate la infodemia.

---

# Contenido

Introducción .....	7
Objetivo .....	9
Metodología .....	9
Fuente de datos .....	9
Cobertura de vacunación general .....	9
Edad .....	10
Sexo .....	10
Edad y sexo .....	10
Personal de salud .....	10
Personas embarazadas .....	11
Resultados .....	11
Análisis por sexo .....	11
Análisis por edad .....	12
Análisis por edad y sexo .....	14
Poblaciones seleccionadas .....	15
Personal de salud .....	15
Personas embarazadas .....	17
Debilidades y fortalezas .....	20
Conclusiones .....	20
Recomendaciones .....	21
Referencias .....	22
Anexo. Datos disponibles en cada país .....	24

# Introducción

El 30 de enero del 2020, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote de COVID-19 como una emergencia de salud pública de interés internacional bajo el Reglamento Sanitario Internacional (2005) (1).

Desde el inicio de la pandemia hasta junio del 2022, se habían registrado más de 546,9 millones de casos en todo el mundo y 6,3 millones de muertes. De estos, en la Región de las Américas se registraron, aproximadamente, 167,1 millones de casos y 2,7 millones de muertes (2). Mientras que la población de la Región de las Américas representa 13% de la población mundial, sumó 30% de los casos y 44% de las muertes por COVID-19 registrados en todo el mundo (3). Con relación a la vacunación, los 51 países y territorios de las Américas implementaron operaciones de vacunación contra la COVID-19; de ellos, el último país en hacerlo fue Haití, en julio del 2021.

En octubre del 2021, la OMS estableció metas globales de vacunación con el objetivo de alcanzar una tasa de cobertura de 40% en cada país para el 31 de diciembre del 2021 y de 70% para el 30 de junio del 2022.

Para el 30 de junio del 2022, en todo el mundo se habían aplicado 19 100 millones de dosis de vacunas contra la COVID-19. En los países y territorios de la Región de las Américas se habían administrado 10 800 millones de dosis de la vacuna, de manera que 69% de la población ya había recibido un esquema primario completo. De los 51 países de la Región, 17 países y territorios habían alcanzado 70% de cobertura de vacunación con la última dosis de la serie primaria; 41 alcanzaron 40% y 10 países seguían por debajo de 40% (figura 1). Haití era el único país con una tasa de cobertura por debajo de 10%. El rango de cobertura alcanzada con la última dosis de la serie primaria va de 1,4% en Haití a 94,7% en Islas Caimán.

Inicialmente se presentó una limitación en el suministro de vacunas en todo el mundo y el acceso a ellas. Por ello, los comités asesores en la OMS, en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y en cada país establecieron grupos prioritarios para la vacunación. Posteriormente, las recomendaciones técnicas de los grupos asesores fueron incorporando nuevos grupos a medida que se incrementaba el suministro de vacunas.

Vale destacar que, en el decenio que antecedió a la pandemia, la Región de las Américas había experimentado progresos importantes de los determinantes socioeconómicos, por ejemplo, tendencia económica positiva, reducción general de la pobreza, reducción de la mortalidad infantil y materna, disminución de la incidencia de la malaria y la tuberculosis y mayor acceso al agua y al saneamiento, entre otros. Sin embargo, aún existían desigualdades estructurales en los países de la Región y entre ellos, de las que seguían siendo retos mayúsculos, sobre todo, las relacionadas con los indicadores de la salud (4, 5).

La COVID-19 evidenció las brechas estructurales preexistentes, frecuentemente impulsadas por desigualdades de género, étnicas y socioeconómicas. Dichas desigualdades se agravaron aún más a medida que los efectos dispares de la pandemia se extendieron por toda la Región, aumentando el riesgo de contagio y muerte sobre todo en los grupos en situación de mayor vulnerabilidad socioeconómica (4).

Las mujeres y las niñas, los pueblos indígenas, afrodescendientes y rom, las personas con discapacidad, el colectivo LGBTQ+, los refugiados y los migrantes fueron grupos que estuvieron en situación de mayor vulnerabilidad durante la pandemia (6). De todos ellos, a las mujeres y a las niñas les afectó de manera desproporcionada, en especial, los efectos indirectos de las implicaciones

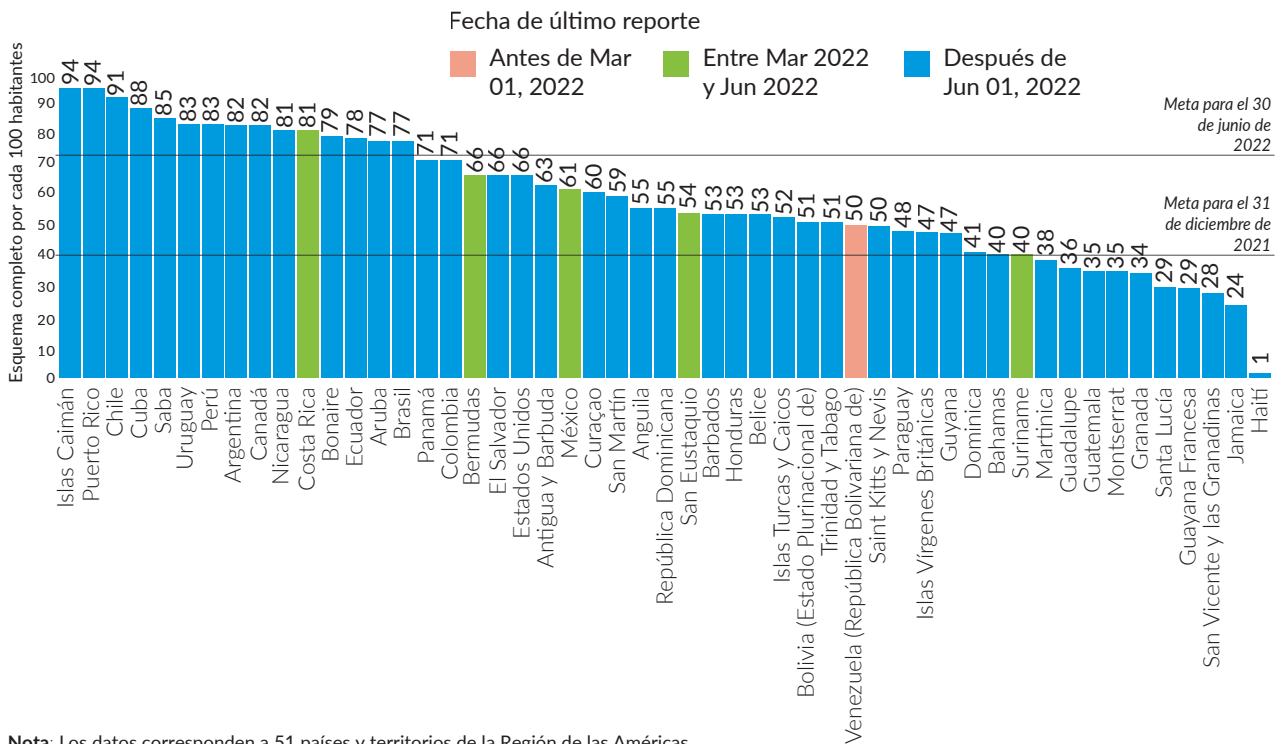
sociales y económicas provocadas por las medidas para mitigar la propagación de virus, como la interrupción de los servicios de salud, el cierre de las escuelas, la incidencia de problemas de salud mental, la violencia de género en el ámbito del hogar y el incremento exponencial de las tareas domésticas y de cuidado durante el confinamiento (4, 7).

Por otro lado, los datos sugieren que hay una asociación del sexo biológico masculino con la gravedad y muerte por COVID-19 en América Latina y el Caribe; esa relación, además, es independiente de la edad y de la presencia de comorbilidades. El hecho se puede explicar por la respuesta inmunitaria de las mujeres, que tiende a ser más eficaz y adaptativa a los virus. Otro factor que lo explica es que los hábitos de los hombres en lo que respecta a la salud son diferentes de los que tienen las mujeres (7, 8, 9, 10).

El Plan Estratégico de la OPS 2020-2025 (5), titulado “La equidad, el corazón de la salud”, enfatiza

que “los enfoques de salud equitativos, sensibles al género y culturalmente pertinentes dentro de un marco de derechos humanos son esenciales para lograr los objetivos de la Organización”. Por ello, incorporar el enfoque de género en la respuesta a la COVID-19 es fundamental para desvelar las diferencias potenciales y las disparidades a fin de garantizar que las políticas y las medidas de salud pública para el control de la pandemia, entre ellas la vacunación, tengan en cuenta la perspectiva de género y su interacción con otras dimensiones de la desigualdad (11). Como parte de este compromiso institucional y como continuación de la publicación “Resultados de Salud desglosados por sexo en relación con la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas” (8), la OPS presenta este informe sobre la vacunación contra la COVID-19 por sexo y edad y en subpoblaciones seleccionadas con datos hasta el 30 de junio del 2022.

**Figura 1.** Cobertura de vacunación en junio del 2022



**Nota:** Los datos corresponden a 51 países y territorios de la Región de las Américas.

<sup>1</sup> La vacunación se inició en diciembre del 2020 y el último país la empezó en junio del 2021.



## Objetivos

Describir la cobertura de vacunación contra la COVID-19 por sexo y edad y en subpoblaciones seleccionadas en la Región de las Américas a 30 de junio del 2022 considerando la perspectiva de igualdad de género.

Contribuir a la generación de evidencia con mayor desagregación de los datos y análisis para conocer las dinámicas sociales que contribuyen a visualizar la situación de la vacunación contra la COVID-19 en la Región de las Américas.

## Metodología

Se hizo un análisis descriptivo de los datos disponibles en fuentes oficiales correspondientes de cada país sobre la vacunación contra la COVID-19 teniendo en cuenta la perspectiva de igualdad de género.

Es importante recordar que los métodos de conteo y registro de datos difiere entre países, así como su vigencia y periodicidad de actualización. De la misma manera, el desglose por sexo y otras desagregaciones de interés siguen siendo un escollo, pues, además de que los datos de algunos países no están disponibles, los disponibles varían entre las subregiones de las Américas y dentro de cada una de ellas, lo que dificulta desentrañar los contrastes de la vacunación.

## Fuentes de datos

Los datos de interés para el presente análisis provienen de fuentes oficiales de cada país, recopiladas semanalmente y centralizadas en una base de datos interna que incluye coberturas de vacunación por sexo biológico, edad, personal de salud y personas embarazadas. Dicha recopilación utiliza como fuentes diversos informes y publicaciones

oficiales del Gobierno o del Ministerio de salud de cada país o territorios de la Región de las Américas (vía su página oficial o redes sociales). También han sido fuentes los informes periódicos de los ministerios a la OPS o los respectivos informes mensuales de los países sobre vacunación contra la COVID-19 a través del formulario conjunto para la notificación sobre inmunización de la OPS/OMS y el UNICEF.

Los datos de población total por edad simple y por sexo provienen de la población que registran las Naciones Unidas para cada país (12) para el año 2021, con datos adicionales de la Oficina del Censo de Estados Unidos de América para países con población de menos de 100 000 habitantes (13).

A continuación, se presentan los métodos utilizados en los diferentes análisis desarrollados en esta publicación.

## Cobertura de vacunación general

El análisis de la vacunación en la Región de las Américas describe la situación de las poblaciones considerando el número de dosis administradas según el esquema de vacunación establecido en relación con la población total del país. Para ello, se utilizan los siguientes indicadores:

### a) Vacunación con al menos una dosis.

Se calcula como cociente de estos dos valores:

- **Numerador:** número de personas que recibieron la primera dosis en esquemas de más de una dosis y la dosis única para esquemas de una dosis.
- **Denominador:** cantidad de personas del grupo de análisis.

### b) Vacunación con el esquema primario completo (última dosis de la serie primaria).

Se calcula como cociente de estos dos valores:

- **Numerador:** número de personas que recibieron la última dosis del esquema primario recomendado. Esto incluye la segunda dosis si el esquema es de dos dosis; la tercera dosis si el esquema es de tres dosis; y la dosis única en un esquema de dosis única.

- **Denominador:** cantidad de personas del grupo de análisis.

### c) Vacunación con dosis adicionales o refuerzo<sup>2</sup>:

Se calcula como cociente de estos dos valores:

- **Numerador:** Número de dosis administradas de refuerzo o dosis adicionales, categorizadas por primera o segunda dosis.

- **Denominador:** cantidad de personas del grupo de análisis.

Todos esos indicadores definidos se han segmentando por edad, sexo y subpoblaciones seleccionadas, tales como personal de salud y personas embarazadas.

## Edad

El análisis por grupos etarios muestra el porcentaje de personas de cada grupo que han recibido la última dosis de la serie primaria en cada país. Para homogeneizar los grupos, estos se condensaron en tres: menores de 18 años, de 18 a 59 años y mayores de 60 años.

## Sexo

El análisis por sexo busca visualizar en forma de porcentajes la diferencia de cobertura en mujeres y hombres vacunados con la última dosis de la serie primaria en cada país.

## Edad y sexo

Para un grupo pequeño de países (n=10) hay información desagregada tanto por sexo como por

edad (véase el [anexo](#)). Estos países comunican sus datos semanalmente a través de la herramienta de registro de la OPS, por lo que se pueden hacer gráficas combinadas de ambas variables. En este caso se elaboró una pirámide poblacional, en la que se contemplan los tres grupos descritos en el apartado de edad.

## Personal de salud

En el caso del personal de salud, el análisis de vacunación presenta números absolutos; es decir, la cantidad de personas que han sido vacunadas. Se hace así porque el dato de la cantidad de personas de este grupo no es lo bastante confiable para generar un análisis adecuado. Por otra parte, es importante mencionar que la definición de personal de salud puede variar de un país a otro, al igual que los grupos priorizados para la vacunación en esta población en concreto. Se trazaron gráficas de dos o tres barras (según los datos disponibles) que muestran la cantidad de personal de la salud que se encuentran dentro de una de las siguientes categorías de vacunación recibida:

1. Al menos una dosis.
2. Vacunados con la última dosis de la serie primaria.
3. Con dosis de refuerzo o dosis adicionales (es decir, han recibido una dosis adicional después de estar completamente vacunados).

Se calculó el porcentaje de deserción para cada uno de los países. Dicho porcentaje se calcula como:

$$\% \text{ deserción} = \frac{x - y}{x} \times 100$$

Donde:

- x es el total de individuos que han recibido una dosis.

<sup>2</sup> Las dosis adicionales de una vacuna pueden ser necesarias como parte de una serie de vacunación básica ampliada para poblaciones destinatarias cuya tasa de respuesta inmunitaria tras la serie básica estándar se considera insuficiente. Se administran dosis de refuerzo a una población que ha completado una serie de vacunación básica (incluidas las dosis adicionales de una serie básica ampliada).

- y es el total de individuos que han recibido la última dosis del esquema de vacunación primario.

- Vale mencionar que este indicador de deserción se mide solo en esquemas de vacunación de más de una dosis, ya que en los esquemas con dosis única el valor de esta dosis se anula por su propia definición.

- La tasa de deserción o abandono es la proporción de personas que inician el esquema de vacunación, pero no lo completan.

## Personas embarazadas

En el análisis de este grupo se estima el porcentaje de personas embarazadas que han sido vacunadas en cada país. Para el cálculo de ese porcentaje se utilizó como denominador el número de nacidos vivos. Es importante hacer notar que este indicador es un aproximado solamente, pues el denominador no toma en cuenta la posibilidad de un embarazo incompleto, el nacimiento de gemelos u otras circunstancias relacionadas. Sin embargo, sirve para brindar un panorama general de las circunstancias de vacunación para este grupo de personas. El listado de los países o territorios que proveen datos se muestra en el [anexo](#).

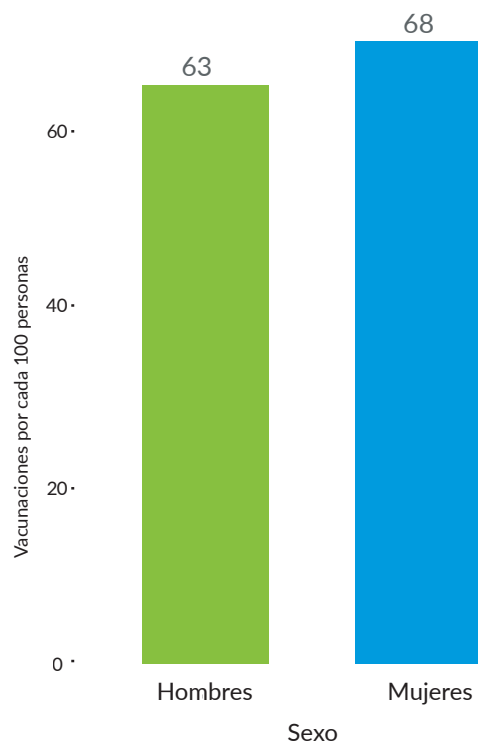
Se trazaron gráficas de dos o tres barras que muestran el estatus de vacunación de personas embarazadas en los distintos países o territorios. A su vez, se calculó el porcentaje de deserción para la Región en los países de los que se disponía de datos.

## Resultados

### Análisis por sexo

En la Región de las Américas, la cobertura de personas vacunadas con la última dosis de la serie primaria es 5 puntos porcentuales más alta en las mujeres que en los hombres ([figura 2](#)).

**Figura 2. Cobertura de vacunación por sexo**



**Nota:** Se contabilizan las personas vacunadas con la última dosis de la serie primaria.

Figura elaborada con datos de 26 países o territorios de la Región de las Américas.

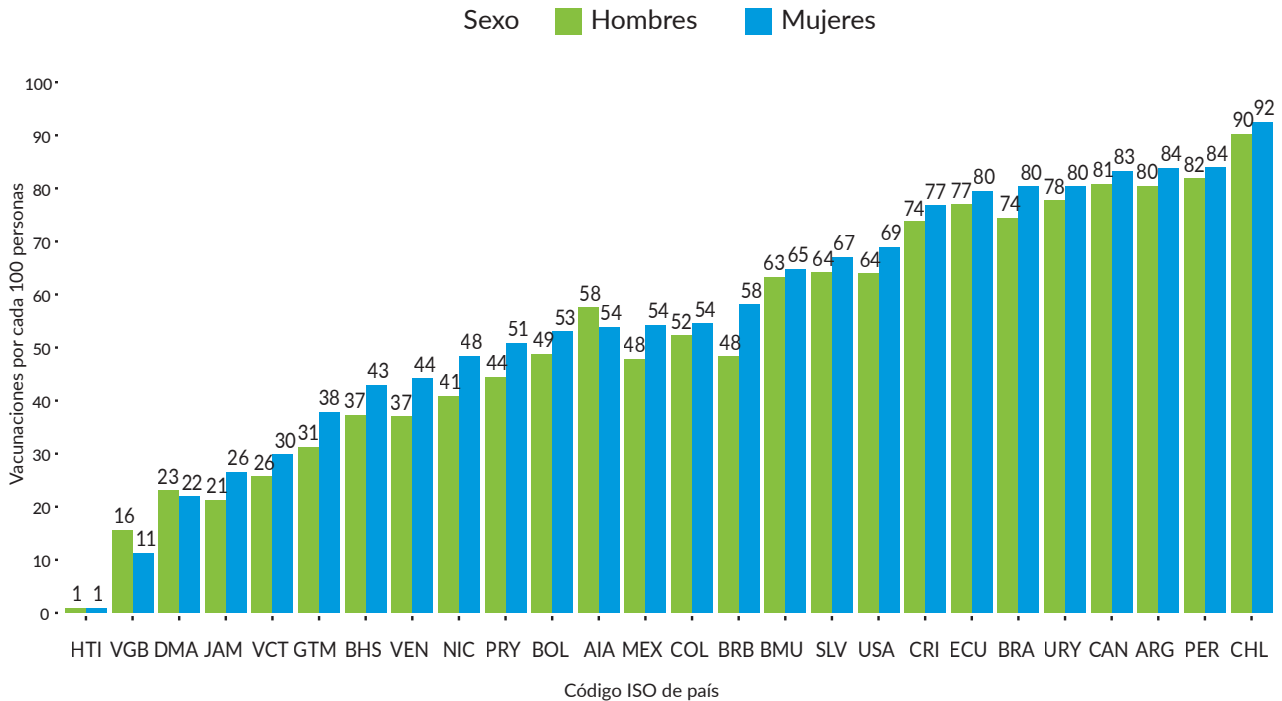
En la [figura 3](#) se observa que en 22 de los 26 países que proveen datos desagregados por sexo, la cobertura de personas vacunadas con la última dosis de la serie primaria era más alta en las mujeres. La mayor diferencia relativa se observó en Barbados, con 10 puntos porcentuales más de cobertura en las mujeres que en los hombres. En otros 3 países de la subregión del Caribe (Islas Vírgenes Británicas, Anguila y Dominica), la tendencia se invirtió, con una cobertura vacunal ligeramente mayor en los hombres.

Con respecto a la meta de 70%, 8 de los 26 países y territorios que presentan datos desagregados, la alcanzaron tanto en hombres como en mujeres; 6 de esos países están en la subregión

de América del Sur. Por otro lado, los países que aún no alcanzaron 40% de cobertura en los dos grupos están concentrados en la Región

del Caribe. Haití presentó la tasa de cobertura más baja, con 1% tanto en hombres como en mujeres.

**Figura 3. Cobertura de vacunación por sexo**



**Nota:** Se contabilizan las personas vacunadas con la última dosis de la serie primaria. Figura elaborada con datos de 26 países de la Región de las Américas.

## Análisis por edad

De acuerdo a la información desagregada por edad proporcionada por 29 países, en la Región de las Américas, a 30 de junio del 2022, la cobertura de personas vacunadas con la última dosis de la serie primaria, tanto para el rango de 18-59 años como para los mayores de 60 años ya había alcanzado la meta de 70% establecida para ese período. Mientras que en los menores de 18 años la cobertura con la última dosis de la serie primaria seguía por debajo de 40%.

Es importante mencionar que, teniendo en cuenta el avance de la vacunación en los países y la priorización de poblaciones establecida por las reco-

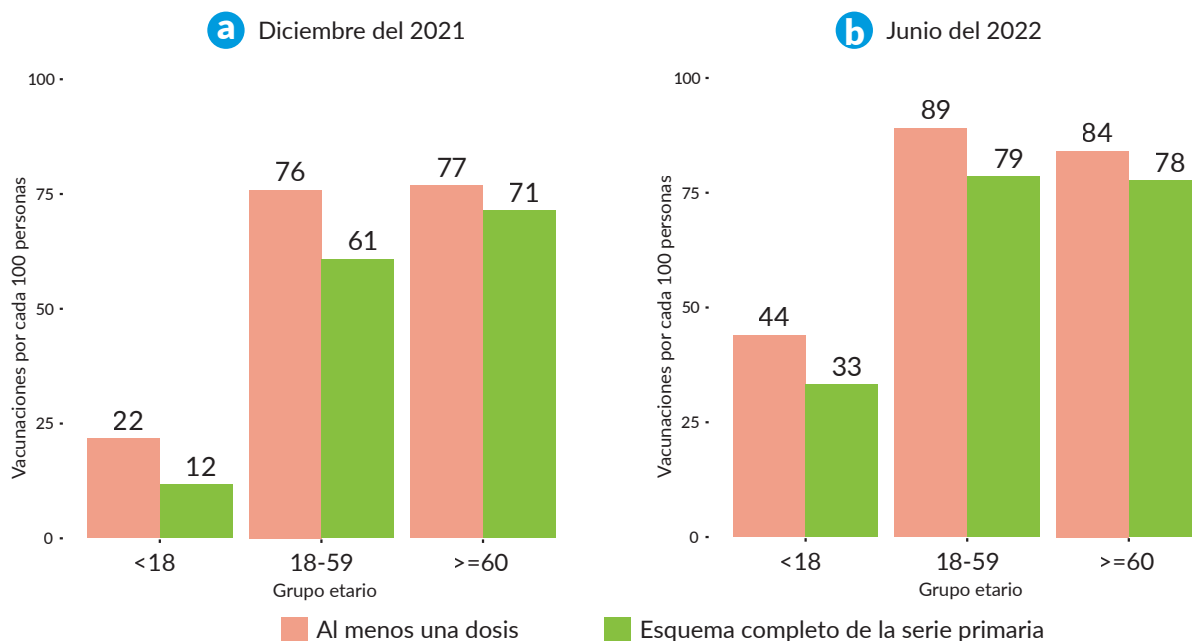
mendaciones técnicas, se han incorporado nuevos grupos etarios a la vacunación: eso hace que el avance hacia las metas haya podido ser disparado en los distintos rangos de edad. Así, en el grupo de menores de 18 años la cobertura es más baja que en los otros grupos, ya que la política de vacunación en niños y adolescentes se introdujo posteriormente en los planes de vacunación.

La **figura 4** presenta las coberturas de vacunación con al menos una dosis y la última dosis de la serie primaria en dos momentos, 31 de diciembre del 2021 y 30 de junio del 2022, lo que permite observar los avances en la vacunación en cada rango de edad. En el grupo de menores de 18 años, la cobertura aumentó al

doble para la categoría de al menos una dosis y a casi el triple para la de última dosis de la serie primaria. En los demás grupos etarios el avance fue

más lento, sobre todo en el de mayores de 60 años, en el que solo se incrementó en 7 puntos porcentuales.

**Figura 4. Cobertura de vacunación por grupo etario**



**Nota:** Se considera la cobertura de vacunación con la última dosis de la serie primaria y con al menos una dosis, por edad. a: diciembre del 2021 (n = 25); b: junio del 2022 (n = 29).

Los datos indican que aún hay brechas para alcanzar la cobertura tanto con al menos una dosis y con la última dosis de la serie primaria en todos los grupos etarios, incluidos los mayores de 60 años. Por otro lado, se observó una diferencia más grande en la cobertura de la última dosis de la serie primaria entre los menores de 18 años y las personas en el rango de 18 a 59 años. Hay que notar que este último rango es muy amplio y no permite apreciar con detalle el comportamiento de los datos para las personas en edad reproductiva. Las brechas observadas se pueden deber a distintos factores, tales como que la introducción de la vacunación no fuera homogénea en los diferentes grupos etarios o que la disponibilidad de la vacuna, así como la capacidad operativa y logística, fuera diferente en cada país.

En la **figura 5** se observa que en 23 de los 29 países y territorios que presentaron datos desglosados por edad, la cobertura de personas vacunadas con la última dosis de la serie primaria es superior en el grupo de mayores de 60 años. Sin embargo, en 6 países la cobertura fue más alta en el grupo de 18-59 años. Destacan Estados Unidos de América y la República Bolivariana de Venezuela con la mayor diferencia relativa en la cobertura entre ese grupo etario y los mayores de 60 años. Así, la República Bolivariana de Venezuela fue el único país que presentó una cobertura mayor en los menores de 18 años que en los mayores de 60 años.

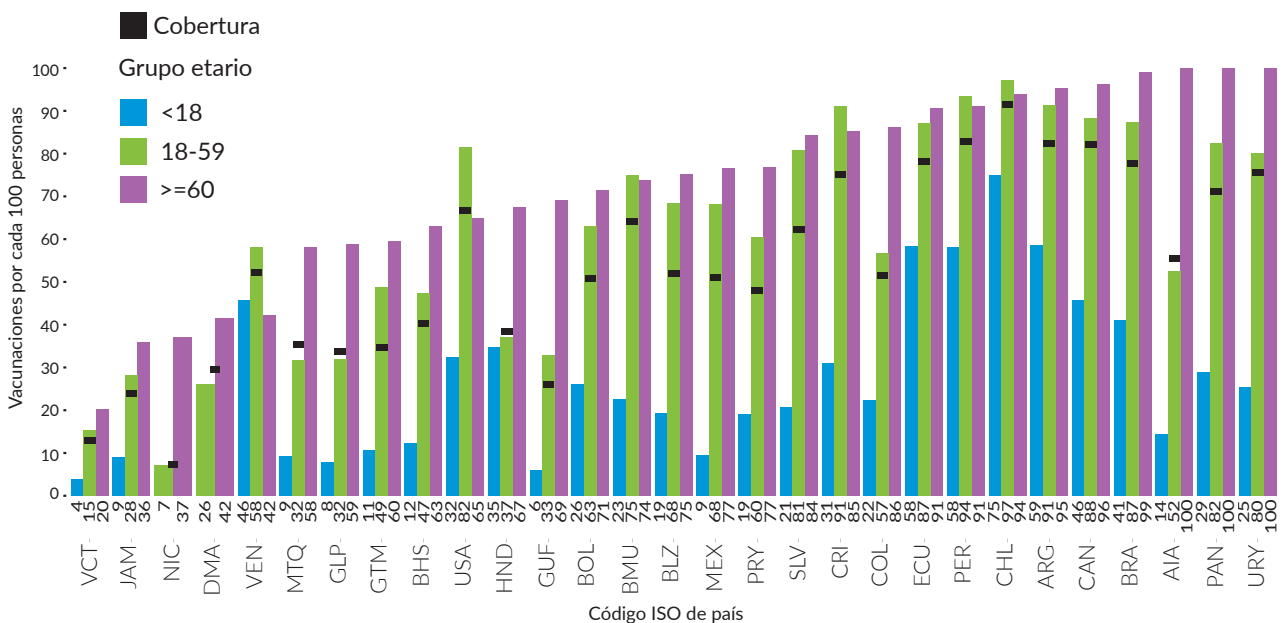
En 26 países y territorios de los 29, la cobertura fue más baja en los menores de 18 años que en los

grupos de 18-59 años y mayores de 60 años. En 20 países, la cobertura fue inferior a 40%; en ellos se incluyen los 6 países que ya habían alcanzado 70% de cobertura en los demás rangos etarios. Solamente Chile había alcanzado la cobertura de 70% en los menores de 18 años. No se dispone de información de la cobertura vacunal con la última dosis de la serie completa en ese rango etario en Dominica y Nicaragua.

Es importante acotar el análisis por grupo etario, con la salvedad de que los grupos establecidos varían en cada país. Por lo tanto, en las [figuras 4 y 5](#), que muestran datos para toda la Región de

forma resumida, debe tomarse en cuenta que se agruparon las poblaciones en rangos únicos. Eso provoca, en algunos casos, que se subestime o se sobreestime el porcentaje de vacunación, pues cada país tiene su propio criterio para los grupos etarios que se están vacunando; por ejemplo, un país puede haber vacunado niños y jóvenes de 6-17 años, mientras que otro quizá haya establecido que se vacunan personas de 12 a 17 años. En consecuencia, el porcentaje de vacunación estimado para estos grupos disimilares subestima o sobreestima el valor real de la categoría de menores de 18 años.

**Figura 5.** Cobertura de vacunación en la Región de las Américas por país y grupo etario

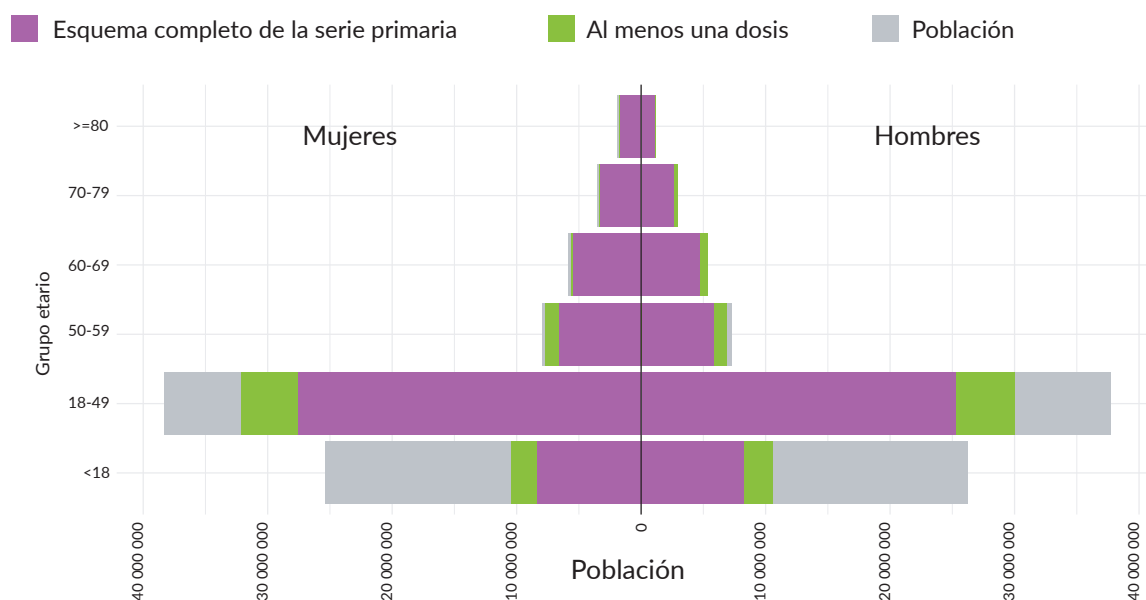


**Nota:** Se considera la cobertura de vacunación con la última dosis de la serie primaria (n = 29 países o territorios de la Región de las Américas).

## Análisis por edad y sexo

En la [figura 6](#) se ve que en los 10 países que comunican datos con esta desagregación, la vacunación es mayor en mujeres. Llamamos la atención los datos de vacunación en el grupo de 18 a 49 años, en el que una gran parte de la población a la que le correspondía ser vacunada no recibió ninguna

dosis, especialmente en el caso de los hombres. En el grupo de menores de 18 años, la proporción de la población no vacunada es mayor porque ha sido el último grupo incorporado al plan de vacunación de todos los países. Además, hay subgrupos para los que, en la fecha del análisis, aún no se determinado que recibieran la vacuna.

**Figura 6.** Estado de la vacunación por rango de edad y sexo

**Nota:** Figura elaborada con datos de 10 países o territorios de la Región de las Américas.

## Poblaciones seleccionadas

El análisis de poblaciones seleccionadas busca presentar información sobre la vacunación en dos grupos priorizados a partir de los datos disponibles de los esquemas de vacunación recomendados: personal de salud y personas embarazadas.

### Personal de salud

El personal de salud<sup>3</sup> ha desempeñado una función crucial para afrontar la COVID-19, ya que han estado en la primera línea de la respuesta en todos los niveles de la atención de salud. Por tanto, en beneficio de la sociedad, se han expuesto a un grado de riesgo sin precedentes de contraer el virus y morir por la infección.

Esa fue la razón de que el personal de salud fuera uno de los grupos priorizados en las recomendaciones de la OMS y de la OPS para los países en los planes de vacunación. La prioridad del personal de salud tuvo como objetivo proteger a dicho

personal, mantener los servicios esenciales de salud y disminuir el riesgo de transmisión a personas y pacientes con mayor riesgo de padecer gravemente la COVID-19 (14).

Vale la pena destacar que la definición de los criterios para priorizar al personal de salud en la vacunación fue distinta en cada lugar. Por ejemplo, algunos países y territorios priorizaron al personal que actuaba en primera línea, pero otros dieron prioridad a todas las personas incluidas en el colectivo del personal de salud, estuvieran involucradas directamente o no en la respuesta a la pandemia.

Hay que considerar que la pandemia no afectó de la misma manera a las mujeres y a los hombres que trabajan en este ámbito. En todo el mundo, cerca de 70% del personal de salud es femenino, mientras que en la Región de las Américas las mujeres suman 83% del personal de enfermería, por lo que tienen un contacto más próximo con los pacientes y, por consiguiente, están más expuestas al contagio (7).

<sup>3</sup> El personal de salud incluye a todas las personas que realizan actividades laborales con objetivo principal de mejorar la salud humana. Esto abarca los proveedores de servicios de salud, como personal médico, de enfermería, de partería; profesionales de la salud pública; equipos técnicos de laboratorio, de la salud y equipos técnicos médicos y no médicos; trabajadores de atención personal; agentes de salud comunitarios; curanderos y curanderas, y practicantes de la medicina tradicional. Comprende también el personal de gestión y apoyo de la salud, como personal de limpieza, conducción de vehículos, administración de hospitales, de gestión sanitaria de distrito y trabajadores sociales, así como otros grupos ocupacionales de actividades relacionadas con la salud. Véase Oficina del Censo de Estados Unidos de América, International Programs Center. Release Notes: Diciembre 2019. Disponible en: <https://www.census.gov/international-surveys/international-programs/data/tools/international-data-base/idb-release-notes/2019.html>.

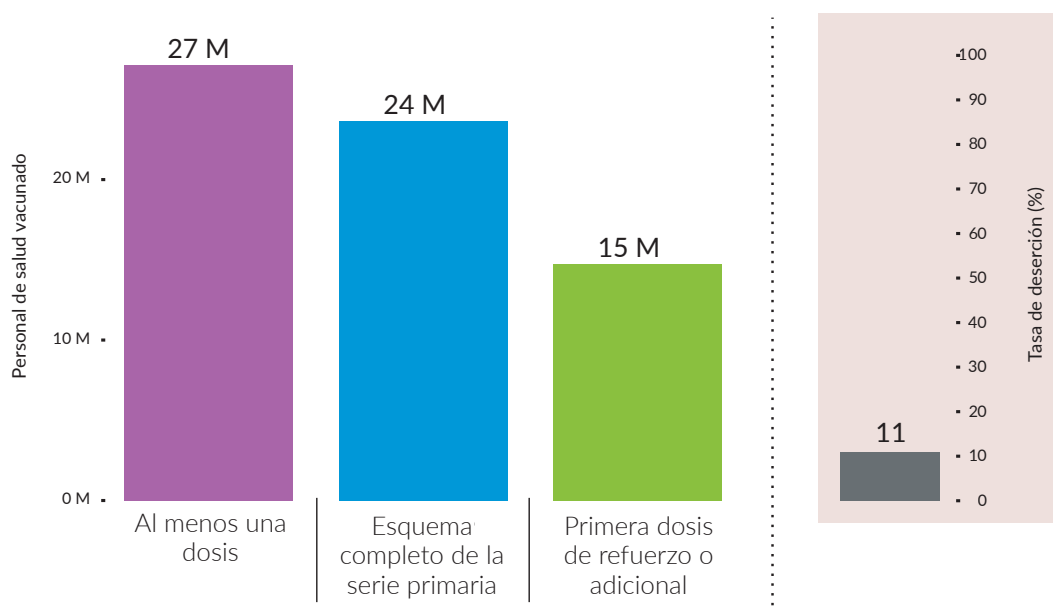
Por ello, considerar el enfoque de género es crucial para identificar esas y otras desigualdades entre mujeres y hombres que actúan en la primera línea de la pandemia. No obstante, los datos disponibles y su calidad en ese grupo poblacional son limitados, sobre todo en la definición y el tamaño de la población (el denominador en los cocientes con los que se calculan los indicadores), así como en los datos desagregados.

Debido a lo anterior, reiteramos que en este análisis se está presentando el número de personas vacunadas en los países (véase el [anexo](#)), así como la tasa de deserción en cada país. La cobertura excede 100%

si hacemos los cálculos usando como denominador los datos del National Health Workforce Accounts Data Portal (15). En este se registra que en la Región de las Américas hay aproximadamente 15 millones de personas trabajadoras de la salud.

La [figura 7](#) se ha elaborado con datos de 22 países de la Región de las Américas. Muestra el total del personal de salud vacunado con al menos una dosis, con la última dosis de la serie primaria o con la primera dosis adicional o de refuerzo. Asimismo, la figura refleja la deserción entre la primera y la última dosis del esquema primario en la Región, que es de 11%.

**Figura 7.** Estado de los diversos esquemas de vacunación en el personal de salud



**Nota:** M: millones de personas. Figura elaborada con datos de 22 países o territorios de la Región de las Américas.

La [figura 8](#) presenta la cantidad del personal de salud desagregada por dosis recibidas en 22 países y territorios. De ellos, 18 ya habían empezado a administrar las dosis de refuerzo o adicionales en ese grupo poblacional; de todos estos, Chile era el país más avanzado en este esquema. Por su parte, a la fecha del análisis, Islas Vírgenes Británicas, Dominica, San Vicente y las

Granadinas y Nicaragua aún no tenían registro de dosis adicionales administradas.

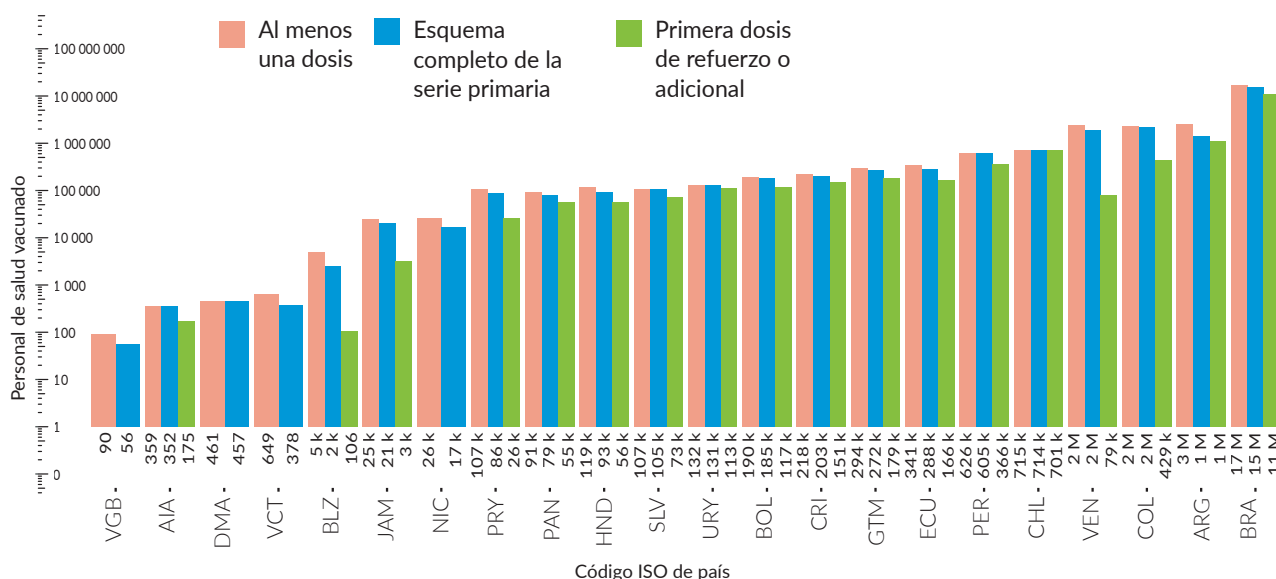
Anguila, Dominica, El Salvador, el Estado Plurinacional de Bolivia, Uruguay, la República Bolivariana de Venezuela, Colombia, Chile y Brasil poseen las diferencias menores entre las personas vacunadas con al menos una dosis y las vacunadas



con la última dosis de la serie primaria. Por el contrario, Islas Vírgenes Británicas, Belice, San Vicente y Granadinas, Argentina y Nicaragua van

en el sentido opuesto, pues presentan las mayores diferencias entre ambas categorías de dosis.

**Figura 8.** Estado de la vacunación del personal de salud

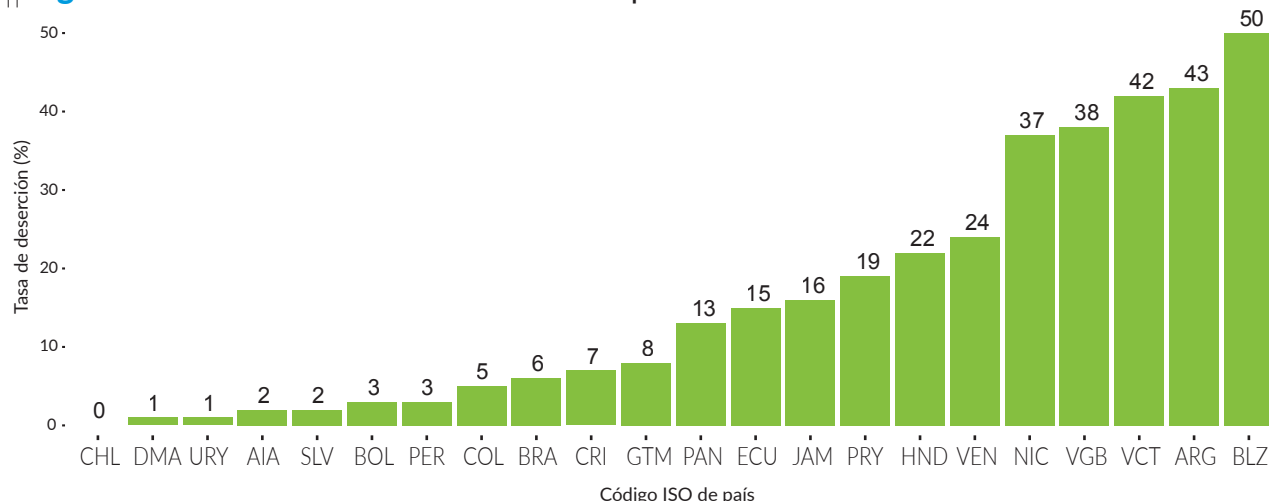


Nota: Figura elaborada con datos de 22 países y territorios de la Región de las Américas.

En la figura 9, se observa que, de los 22 países y territorios analizados, en la mitad de ellos la tasa de deserción fue inferior a 10%. Chile, Uruguay y Dominica destacan por tener una deserción inferior

a 1%. En el otro extremo del espectro, San Vicente y las Granadinas, Argentina y Belice requieren mayor atención puesto que más de 40% del personal de salud no completó el esquema de vacunación.

**Figura 9.** Deserción de la vacunación en el personal de salud



Nota: Se considera la tasa de deserción para esquemas de vacunación de más de una dosis. Figura elaborada con datos de 22 países y territorios de la Región de las Américas.

## Personas embarazadas

Debido a los cambios que se producen en el sistema inmunitario, las personas embarazadas son una de las poblaciones más vulnerables a la COVID-19, pues su riesgo de contraer la COVID-19 en su forma grave es mayor. Además, la enfermedad durante el embarazo está vinculada a un riesgo mayor de parto prematuro y de que el recién nacido requiera cuidados intensivos neonatales. Por otra parte, las personas embarazadas encontraban barreras durante la pandemia para acceder a los cuidados críticos, lo que, sumado a otros factores de riesgo, como la comorbilidad, contribuyó a una mortalidad alta en ese grupo poblacional (14, 16).

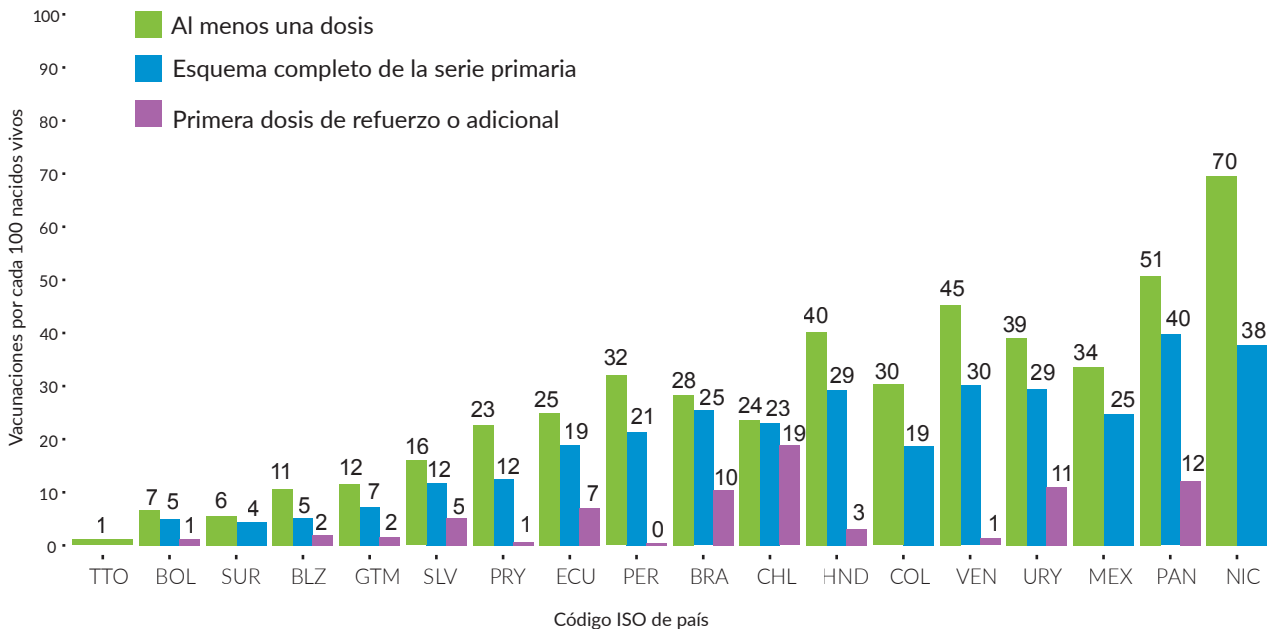
Tomando en cuenta la gravedad de los riesgos de contraer la enfermedad por COVID-19 durante el embarazo, se llegó a la conclusión de que para las personas embarazadas los beneficios de la vacunación, en general, superan a los riesgos.

Además, la inmunidad generada por la vacunación durante el embarazo ayuda a proteger a los bebés durante sus primeros meses de vida. Por todo ello, las personas embarazadas son uno de los grupos prioritarios en los planes de vacunación (17).

El análisis en esta población tiene como objetivo mostrar la cobertura de vacunación de este grupo en los países que presentan dichos datos (véase el [anexo](#)), así como la tasa de deserción observada en cada uno de esos países.

En la [figura 10](#) se evidencia que en la mayoría de los 18 países analizados hay una brecha importante entre la cobertura con al menos una dosis y con la última dosis de la serie primaria; así ocurre incluso en los países que ya habían empezado la administración de las dosis adicionales o de refuerzo. Chile fue el país con la menor diferencia entre dichas coberturas; en el extremo opuesto, Nicaragua presenta la mayor distancia; adicionalmente, tiene la mayor cobertura para el esquema de al

**Figura 10.** Estado de la vacunación de personas embarazadas



**Nota:** Se presentan los datos desagregados por país (n = 18 países o territorios de la Región de las Américas) y por dosis recibida.

menos una dosis y la segunda mayor para la última dosis de la serie primaria.

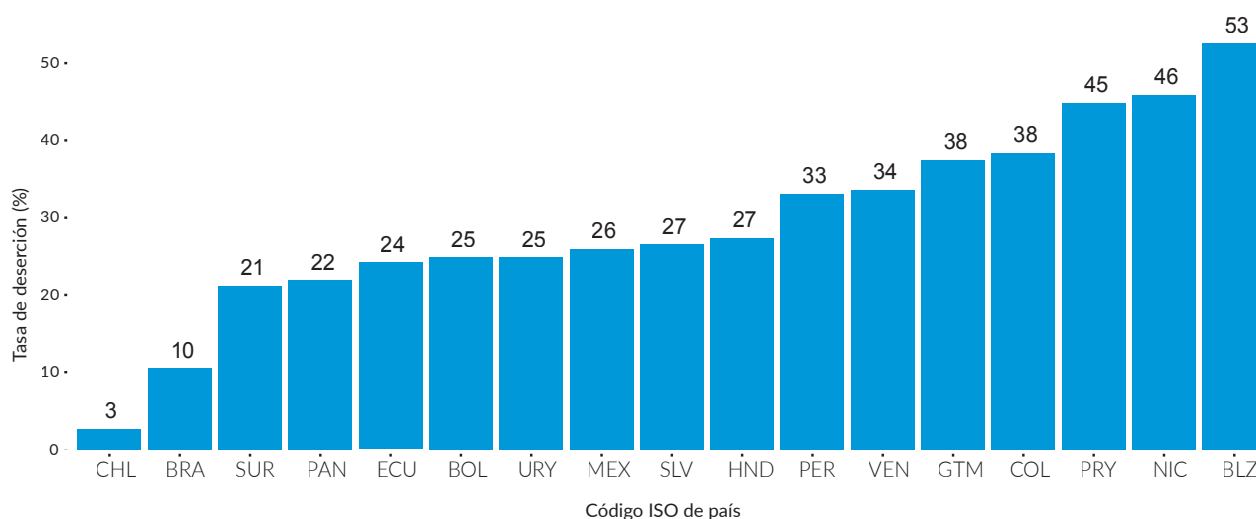
Llama la atención que, a la fecha de redacción de esta publicación, ningún país había alcanzado la meta de 70% y, a excepción de Panamá, en todos los países la cobertura con la última dosis para la serie primaria era inferior a 40%. Por su parte, de Trinidad y Tabago aún no había registro de cobertura para ese esquema.

En relación con la administración de las dosis adicionales o de refuerzos, 12 de los 18 países ya habían empezado a administrar y registrar di-

chas dosis en personas embarazadas, aunque en la mayoría de ellos la cobertura era inferior a 10%.

La **figura 11** presenta el porcentaje de deserción de las personas embarazadas en cada país. Llama la atención que la tasa es elevada: de los 17 países, en 15 la deserción supera 20%; de ellos, hay 4 países con más de 45% de deserción. Chile y Belice, están en los extremos del indicador; en el primero la tasa de deserción de personas embarazadas que no habían completado el esquema de la última dosis de la serie primaria es apenas 3%, mientras que en Belice es 53%.

**Figura 11.** Tasa de deserción de personas embarazadas



**Nota:** Figura elaborada con datos de 17 países o territorios de la Región de las Américas.

## Debilidades y fortalezas

Debido a la disponibilidad limitada de los datos desglosados y que estos se toman de fuentes diversas, con diferente grado de detalle y recogidos mediante distintas metodologías, la profundidad del análisis fue limitada. Aun así, con los datos desglosados disponibles, fue posible identificar brechas en la vacunación contra la COVID-19 y señalar resultados diferenciados para los grupos etarios, así como entre mujeres y hombres. Esto representa una oportunidad para subrayar la necesidad de conocer mejor las brechas, las desigualdades y las posibles inequidades en la respuesta a la pandemia a fin de generar algunas recomendaciones.

## Conclusiones

El análisis de los datos disponibles y de la cobertura de la vacunación contra la COVID-19 revela que algunos países destacan en ese ámbito y que hay deficiencias persistentes en otros. En la Región de las Américas, desde la introducción de la vacuna hasta junio del 2022, la cobertura de vacunación alcanzada con la última dosis de la serie primaria es de 69%. De todos los países y territorios, 40 lograron las metas de cobertura establecidas por la OMS, que era 40% a diciembre del 2021, y 17 países han logrado la meta de cobertura de 70% establecida para el 30 de junio del 2022.

Se observa que la cobertura de esquema completo de la serie primaria en mujeres es 5 puntos porcentuales superior a la de hombres. También se nota mayor deserción en el grupo de los hombres. Aunque no se conocen las causas, se observa también que la cobertura en personas embarazadas es baja y que la deserción entre el personal de salud es significativa.

Un dato clave observado es la alta cobertura de vacunación en las poblaciones de personas mayores en casi todos los países de la Región que notifican datos desagregados por edad (29 países en junio de 2022). En la Región, la estrategia de vacunación da prioridad a la población mayor de edad, el personal de salud y otros grupos prioritarios. Así, la cobertura regional con la última dosis de la serie primaria para la población de mayores de 60 años es de 78%. No obstante, el grupo de 18 a 59 años alcanzó la misma cobertura que los adultos de más de 60 años.

Los grupos etarios de niños y adolescentes se incorporaron más tarde a los planes de vacunación en todos los países, por lo que el avance en vacunación es más bajo que en los otros grupos etarios. En la población menor de 18 años, la tasa de cobertura de la población vacunada con la última dosis del esquema primario es 33%.

Por lo que respecta al personal de salud, a la fecha del análisis, 24 millones de profesionales ya estaban con el esquema vacunal completo con la última dosis de la serie primaria; en este colectivo, la tasa de deserción entre la primera y la última dosis del esquema primario fue 11%. Este resultado llama la atención, ya que son personas claves, cuyo desempeño contribuye directamente a la atención de la COVID-19, el cuidado de las familias y la interrupción de la transmisión en la primera línea de atención. Respecto a la deserción es importante destacar la variabilidad de resultados entre países, pues la tasa va desde 0% hasta 50%. Tal como se dijo, las mujeres forman un porcentaje alto dentro del personal de salud y se esperaría que la vacunación lo reflejara. Por otro lado, los estudios puntuales sobre la vacunación contra la COVID-19 en el personal de salud revelaron una notable resistencia en el personal de enfermería, categoría en la que, en la Región de las Américas, 83% son mujeres (18).

La vacunación en personas embarazadas es muy dispar entre los países. Sin embargo, ningún país ha alcanzado la cobertura de 70% con la última dosis del esquema y solo un país alcanza 40%. La aprobación tardía del uso de la vacuna puede haber impactado tanto el proceso de la vacunación de este subgrupo de la población como el proceso de aceptación de la vacuna.

## Recomendaciones

La vacunación desempeña un papel crítico para reducir la hospitalización y la muerte por COVID-19 en la Región, donde hay múltiples brechas de equidad. Si los países no conocen los detalles de la cobertura, entonces no monitorean el progreso y no aceleran la vacunación en poblaciones que se están quedando atrás. La amenaza de tener otros brotes, epidemias y otra posible pandemia será una nueva realidad en la Región.

Tal como se observa en los diferentes análisis, los países deben continuar cumpliendo las recomendaciones de la OMS (14) y del SAGE en su hoja de ruta sobre la vacunación de los grupos prioritarios (mayores de 60, personal de salud, embarazadas y personas con enfermedades crónicas, entre otros) (19). Es urgente seguir priorizando la vacunación de quienes no han recibido ninguna dosis (cero dosis), reducir la deserción entre la primera y la segunda dosis y asegurar el esquema primario; y, por último y según lo indicado por cada país, administrar los refuerzos.

La importancia de incorporar la igualdad de género en la respuesta a emergencias y desastres en salud es reconocida mundialmente. Para dar una respuesta a la COVID-19 más eficaz y alineada con la salud universal (incluida la vacunación), se recomienda que la igualdad de género sea un eje central al abordar las necesidades de salud específicas de todas las personas en diversas comunidades y países.

Dadas las dificultades en la colecta, consolidación y disponibilidad de datos desagregados, se recomienda intensificar las iniciativas para fortalecer los sistemas de información relacionados con la salud para, así, monitorear y evidenciar las inequidades en ese ámbito. De esa forma será posible planear y ejecutar acciones dirigidas a los grupos más vulnerables. Algunas acciones prácticas que los países pueden adoptar de manera expedita son producir perfiles de grupos poblacionales e intercambiar entre ellos experiencias exitosas.

Por último, es clave continuar apoyando que los países refuercen la elaboración, la actualización, la implementación y el monitoreo de sus respectivos planes nacionales de vacunación.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV). Ginebra: OMS; 30 de enero del 2020. Disponible en: [https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
2. Organización Panamericana de la Salud. ECC COVID-19 Situation Update. Washington, DC: OPS; 28 de junio del 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/paho-weekly-covid-19-epidemiological-update-28-june-2022>.
3. Organización Panamericana de la Salud. COVID-19 trends [internet]. Washington, DC: OPS; 2022 [consultado el 8 de agosto del 2022]. Disponible en <https://shiny.pahobra.org/wdc/>.
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la Salud. La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social. Informe COVID-19. Santiago: CEPAL, OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54990>.
5. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025: La equidad, el corazón de la salud. Washington, DC: OPS; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52717>.
6. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19. Washington, DC: OPS; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52955>.
7. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de género y salud: COVID-19 en las Américas. Washington, DC: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55557>.
8. Organización Panamericana de la Salud. Resultados de salud desglosados por sexo en relación con la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas. De enero del 2020 a enero del 2021. Washington, DC: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53603>.
9. Gadi N, Wu SC, Spihlman AP, Moulton VR. What's Sex Got to Do With COVID-19? Gender-Based Differences in the Host Immune Response to Coronaviruses. *Front Immunol.* 2020;11:2147. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7485092/>.
10. Ryan NE, El Ayadi AM. A call for a gender-responsive, intersectional approach to address COVID-19. *Glob Public Health.* 2020;15(9):1404-12. doi: 10.1080/17441692.2020.1791214.

11. Organización Panamericana de la Salud. El género y la COVID-19: Documento de apoyo. Washington, DC: OPS; 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332242>.
12. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población de las Naciones Unidas. World Population Prospects 2019(UN DESA/POP/2019/TR/N4). Nueva York: Naciones Unidas; 2022. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/Download/Archive/Standard/>.
13. Oficina del Censo de Estados Unidos de América, International Programs Center. Release Notes: December 2019. Disponible en: <https://www.census.gov/programs-surveys/international-programs/data/tools/international-data-base/idb-release-notes/2019.html>.
14. Organización Mundial de la Salud. Hoja de ruta del SAGE de la OMS para el establecimiento de prioridades en el uso de vacunas contra la COVID-19: conjunto de criterios para optimizar el impacto mundial de las vacunas contra la COVID-19 sobre la base de los objetivos de salud pública, la equidad mundial y nacional y los escenarios de acceso a las vacunas y cobertura vacunal. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/351946>.
15. Organización Mundial de la Salud. National Health Workforce Accounts Data Portal [internet]. Ginebra: OMS; 2022[consultado el 8 de agosto del 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/nhwaportal/Home/Welcome?ReturnUrl=%2Fnhwaportal%2FHome%2FIndex>.
16. Maza-Arnedo, F, Paternina-Cacedo, A, Sosa, CG, De Mucio, B, Rojas-Suarez, J, Say, L, et al. Maternal mortality linked to COVID-19 in Latin America: Results from a multi-country collaborative database of 447 deaths. *The Lancet Regional Health - Americas*. 2022;12:100269. doi: 10.1016/j.lana.2022.100269.
17. Gray KJ, Bordt EA, Atyeo C, Deriso, E, Akinwunmi, B, Young, N, et al. Coronavirus disease 2019 vaccine response in pregnant and lactating women: a cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;225:303.e1-17. doi: 10.1016/j.ajog.2021.03.023.
18. Organización Panamericana de la Salud. Preocupaciones, actitudes y prácticas previstas de los trabajadores de salud con respecto a la vacunación contra la COVID-19 en el Caribe. Washington, DC: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55100>.
19. Organización Mundial de la Salud. Global COVID-19 Vaccination Strategy in a Changing World: July 2022 update. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/global-covid-19-vaccination-strategy-in-a-changing-world--july-2022-update>.

## Anexo. Datos disponibles en cada país

Código ISO	País o territorio	Cobertura (n = 51)	Edad (n = 29)	Sexo (n = 26)	Edad y sexo (n = 10)	Personal de salud (n = 22)	Personas embarazadas (n = 18)
ABW	Aruba	X					
AIA	Anguila	X	X	X		X	
ARG	Argentina	X	X	X	X	X	
ATG	Antigua y Barbuda	X					
BES	Bonaire, San Eustaquio y Saba	X					
BHS	Bahamas	X	X	X			X
BLZ	Belice	X	X			X	
BMU	Bermuda	X	X	X	X		
BOL	Bolivia (Estado Plurinacional de Bolivia)	X	X	X		X	X
BRA	Brasil	X	X	X		X	X
BRB	Barbados	X		X			
CAN	Canadá	X	X	X			
CHL	Chile	X	X	X	X	X	X
COL	Colombia	X	X	X	X	X	X
CRI	Costa Rica	X	X	X		X	
CUB	Cuba	X					
CUW	Curaçao	X					
CYM	Islas Caimán	X					
DMA	Dominica	X	X	X		X	
DOM	República Dominicana	X					
ECU	Ecuador	X	X	X		X	X
GLP	Guadalupe	X	X				
GRD	Granada	X					
GTM	Guatemala	X	X	X		X	X
GUF	Guayana Francesa	X	X				
GUY	Guyana	X					



Código ISO	País o territorio	Cobertura (n = 51)	Edad (n = 29)	Sexo (n = 26)	Edad y sexo (n = 10)	Personal de salud (n = 22)	Personas embarazadas (n = 18)
HND	Honduras	X	X			X	X
HTI	Haití	X		X			
JAM	Jamaica	X	X	X		X	
KNA	Saint Kitts y Nevis	X					
LCA	Santa Lucía	X					
MAF	San Martín (parte francesa)	X					
MEX	México	X	X	X			X
MSR	Montserrat	X					
MTQ	Martinica	X	X				
NIC	Nicaragua	X	X	X	X	X	X
PAN	Panamá	X	X			X	X
PER	Perú	X	X	X	X	X	X
PRI	Puerto Rico	X					
PRY	Paraguay	X	X	X	X	X	X
SLV	El Salvador	X	X	X	X	X	X
SUR	Suriname	X					X
SXM	San Martín (parte neerlandesa)	X					
TCA	Islas Turcas y Caicos	X					X
TTO	Trinidad y Tabago	X					X
URY	Uruguay	X	X	X		X	
USA	Estados Unidos de América	X	X	X			
VCT	San Vicente y las Granadinas	X	X	X		X	X
VEN	Venezuela (República Bolivariana de)	X	X	X	X	X	
VGB	Islas Vírgenes Británicas	X		X		X	

