

HONDURAS
2022

EQUIDAD EN LA DISTRIBUCIÓN DE LA VACUNA CONTRA LA COVID-19 EN HONDURAS

AGENDA
REGIONAL
PARA UNA
VACUNA
UNIVERSAL
CONTRA LA COVID-19

Con el apoyo de








ESTUDIO DE CASO: BRECHAS DE VACUNACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE GRACIAS A DIOS

Foro Social de Deuda Externa y Desarrollo de Honduras (FOSDEH)
Oxfam en Honduras del Programa Centroamérica
Vacunas para la Gente en Latinoamérica y el Caribe



Este Estudio forma parte de una serie que incluye diagnósticos, estudios de caso y otros materiales de investigación en siete países de Latinoamérica, realizado por Oxfam América Latina y el Caribe, con el apoyo de la plataforma Vacunas para la Gente en Latinoamérica y el Caribe.

El mismo fue realizado por el Foro Social de Deuda Externa y Desarrollo de Honduras (FOSDEH). FOSDEH nace en 1995, por iniciativa de la Asociación de Organismos No Gubernamentales de Honduras (ASONOG), como un esfuerzo de la Sociedad Civil para abordar el tema de deuda externa, sus repercusiones en el país y el impacto en el desarrollo sostenible. El FOSDEH aspira a contribuir a la construcción de políticas públicas orientadas a la transformación nacional basadas en la justicia social, la igualdad, la solidaridad, el respeto a los derechos humanos. Ha logrado credibilidad nacional e internacional por su capacidad técnica-analítica y sus propuestas fundamentadas en investigación científica, independencia de intereses políticos y económicos, incidiendo en los temas de deuda pública, políticas sociales, fiscales y económicas, y siempre con mirada social hacia el desarrollo sustentable para Honduras.

Para obtener más información sobre este documento, por favor contactar a: consultas.honduras@oxfam.org

Esta publicación está sujeta a derechos de autor, pero el texto puede ser utilizado libremente para la incidencia política y campañas, así como en el ámbito de la educación y de la investigación, siempre y cuando se indique la fuente de forma completa.

El titular del copyright solicita que cualquier uso de su obra le sea comunicado con el objeto de evaluar su impacto. La reproducción del texto en otras circunstancias o su uso en otras publicaciones, así como en traducciones o adaptaciones, podrá hacerse después de haber obtenido permiso y puede requerir el pago de una tasa.

Para consultas sobre la serie completa, puede ponerse en contacto con nosotros por correo electrónico a través de la dirección: oilac@oxfam.org

Oxfam y FOSDEH son organizaciones miembros del capítulo latinoamericano de Vacunas para la Gente. Nuestro objetivo es construir de forma colaborativa la agenda regional relacionada al manejo adecuado de la pandemia del COVID-19 en Latinoamérica. Nuestras acciones están encaminadas al goce efectivo del derecho a la salud, promoviendo el acceso justo a tecnologías sanitarias, el uso eficaz y transparente de los fondos públicos de los gobiernos y organismos multilaterales en la res-puesta frente a esta y futuras pandemias. Esta es una iniciativa impulsada por el Programa de Oxfam en Centroamérica en Guatemala, El Salvador y Honduras.

ÍNDICE

1. Gracias a Dios, lejos del acceso universal a la vacuna	6
2. La salud, una cuestión social	6
3. Contexto del departamento de Gracias a Dios	7
4. El sistema de salud, clave para entender las brechas en los procesos de vacunación	8
Proceso de descentralización	9
El sistema de salud en el departamento de Gracias a Dios	9
Gracias a Dios, en bajo desarrollo municipal	12
5. El COVID-19 y el proceso de vacunación en Gracias a Dios	13
Niveles de vacunación en Gracias a Dios	14
6. Logística y transporte de insumos y vacunas	15
Una barrera de entrada	17
Importancia de la cadena de frío	17
7. Derechos humanos de los pueblos indígenas	18
Resiliencia de la población de Gracias a Dios	20
8. Lecciones aprendidas y recomendaciones a nivel país	21

1. GRACIAS A DIOS, LEJOS DEL ACCESO UNIVERSAL A LA VACUNA

Este documento analiza el proceso de vacunación contra el COVID-19 en Gracias a Dios, un departamento situado en el noreste de Honduras y con población mayoritariamente indígena. Hasta junio de 2022, sólo el 29% de la población tenía la primera dosis de la vacuna, porcentaje que bajaba hasta el 14% en el caso del esquema completo de dos dosis y al 4% para el primer refuerzo. De esta manera, Gracias a Dios se sitúa como la región hondureña con menor índice de inoculación de la vacuna contra el virus.

De acuerdo al análisis de fuentes estadísticas y al trabajo de campo (en las comunidades de Puerto Lempira, Mistruck, Kaukira, Brus Laguna, Ahuas, Paktalaya y Usupum), se identifican factores motivadores de los bajos niveles de vacunación en el departamento: el deficiente y disperso sistema de salud, la falta de electrificación de 4 de los 6 municipios, las dificultades para el desplazamiento y transporte de insumos médicos, y la ausencia de una campaña de comunicación y sensibilización consultada, culturalmente apropiada, traducida a los idiomas indígenas y que valore la medicina tradicional de los pueblos indígenas. Esto es reflejo de cómo los pueblos indígenas, pese a ser un colectivo históricamente vulnerabilizado, no ha sido priorizado por las autoridades hondureñas en los procesos de vacunación ni se ha presentado un plan específico y culturalmente apropiado para pueblos indígenas y afrodescendientes. Una falta de enfoque diferenciado que ha provocado procesos de ‘exclusión en salud’, reduciendo las posibilidades de acceso a las vacunas a los pueblos indígenas Pech, Tawahka, Misquitos y Garífunas que conviven en el departamento de Gracias a Dios.



2. LA SALUD, UNA CUESTIÓN SOCIAL

La Organización Mundial de la Salud define los ‘determinantes sociales de la salud’ (DSS) como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. Estas fuerzas y sistemas incluyen lo relativo a políticas públicas, sistemas económicos, programas de desarrollo, normas sociales... y afectan de manera diferenciada a los distintos grupos poblaciones, generando ‘desigualdades en salud’¹, entendidas como diferencias en salud producidas socialmente y que se distribuyen de forma sistemática entre la población. Cuando estas diferencias son injustas, se producen procesos de ‘exclusión en salud’², o lo que es lo mismo: falta de acceso de ciertos grupos o personas, a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la misma sociedad ya disfrutan.

Se trata de un concepto que, si bien trasciende el sector salud, es relevante para entender las brechas de vacunación del COVID-19 en el departamento de Gracias a Dios, donde las condiciones del sistema de salud y las condiciones de la población previas a la pandemia del COVID-19 ya colocaban a la población indígena que había en la región en condiciones de desigualdad. Ante esta situación, es responsabilidad de los estados reducir los procesos de exclusión y asegurar la ‘equidad en salud’³, definida como “la ausencia de diferencias de salud injustas y evitables entre grupos o poblaciones definidos social, económica, demográfica o geográficamente”.

3. CONTEXTO DEL DEPARTAMENTO DE GRACIAS A DIOS

El departamento de Gracias a Dios, con una extensión territorial de 16,997 kilómetros cuadrados, es el segundo departamento más grande de Honduras, solo superado por Olancho, y en él se ubica la región de La Mosquitia, que se extiende también por territorio nicaragüense. Cuenta con una población de 98.000 personas (1% de la población total de Honduras) y en términos político-administrativos, el departamento se divide en seis municipios: Puerto Lempira, Brus Laguna, Juan Francisco Bulnes, Wampusirpi, Ahuás y Ramón Villeda Morales.

Sobre estas circunscripciones territoriales se superponen territorios indígenas titulados a nombre de cuatro pueblos con presencia ancestral en la región y con competencias vinculadas con la administración territorial. Así, en Gracias a Dios conviven tres grupos étnicos: los Misquitos, cuyas comunidades se extienden por la zona costera desde Cabo Camarón hasta el cabo de Gracias a Dios (Brus Laguna, Puerto Lempira, Cocobila, Mocerón, Ahuás, Barra Patuca, Wampusirpe.); los Pech, que se ubican en comunidades de Gracias a Dios, Olancho y Colón, principalmente en las comarcas de los ríos Sico y Paulaya así como en la biosfera del río Plátano; y los Tawahkas, que viven tierra adentro en las riberas del Río Patuca por su recorrido en el Departamento de Gracias a Dios y Olancho.



Precisamente por su ubicación geográfica, para los Tawahkas que viven en las comunidades de Krausirpe, Krautara y Yapuwas, su única vía de comunicación es por el río Patuca por medio de pipantes⁴. Aunque en menor medida, en el departamento de Gracias a Dios también se registran asentamientos de garífunas. Ubicados en comunidades como Batalla, Palacios o Plaplaya. No obstante, la presencia actual de ladinos (mestizos) en la mayoría de las comunidades del departamento de Gracias a Dios hace difícil encontrar asentamientos “puros” desde un punto de vista social. Además, las amenazas y agresiones que enfrentan los indígenas por la defensa de su territorio, ha provocado procesos de expulsión y migración:

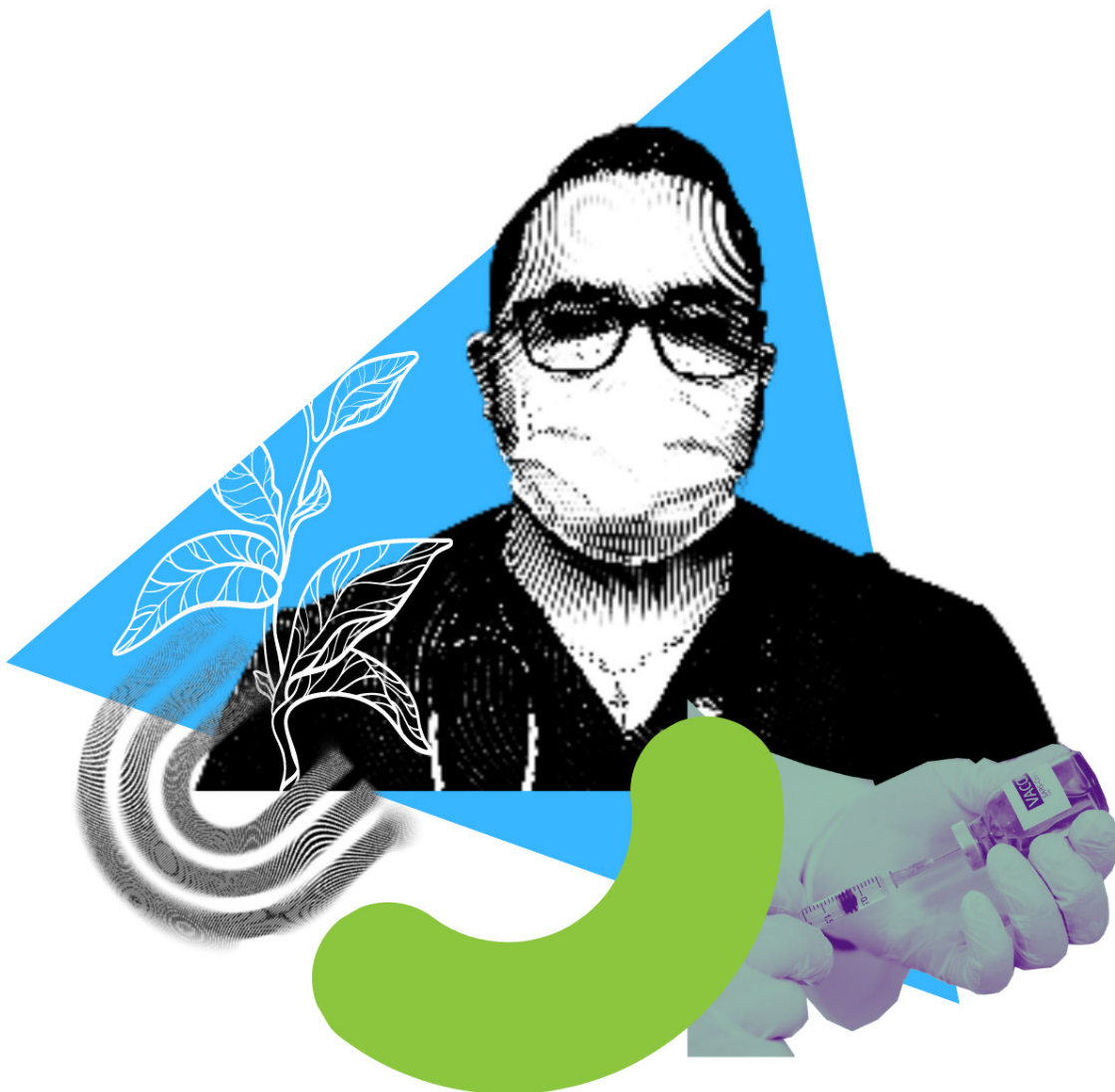
“Ya no hay tawahkas en las comunidades de Krausirpe: los matan por sus tierras, los desalojan con rifle en mano y estos se esconden río abajo para no morir o se vienen a nuestras comunidades a vivir acá” (líder comunitario de Brus Laguna).

En cuanto a la estructura social de las comunidades, destaca la fuerte influencia de la religión protestante y las organizaciones comunitarias con fuerte arraigo tribal. En este sentido, tanto la Iglesia Morava como la Morava Reformada y la organización tribal Muskitia Asla Takanka (MASTA) poseen una fuerte influencia en la población de Gracias a Dios, lo que se ha considerado muy poco por las diversas instituciones gubernamentales. A pesar de que en el año 2006 la Secretaría de Salud había fortalecido “una cultura de reconocimiento y respeto a la diversidad cultural existente en el país promoviendo una iniciativa cultural diferenciada”⁵, con el paso de los años, este proceso cayó en el olvido.

Junto a la geografía del departamento, que se analizará posteriormente, la influencia de estos actores ha tenido un papel determinante en el proceso de vacunación contra el COVID-19:

“Nuestro pueblo tiene una fuerte influencia protestante; de allí que, si un líder religioso dice que la vacuna posee el número de la bestia, o que es maligno lo de vacunarse, entonces los pobladores no se vacunaran a menos que ese líder diga que se vacunen. Aquí tuvimos ese problema: un dirigente de MASTA dijo en un culto que la vacuna era mala, y de allí en adelante, la gente no se vacunaba” (miembro del equipo regional de salud de Gracias a Dios).

“La gente se resguardo en los cultos y jornadas de oración. Nosotros llegábamos y dentro del culto nos dirigíamos a la gente, buscándoles hacer conciencia, para que se vacunaran, porque era la única forma, convencerlos allí” (Equipo regional de salud de Gracias a Dios).



4. EL SISTEMA DE SALUD, CLAVE PARA ENTENDER LAS BRECHAS EN LOS PROCESOS DE VACUNACIÓN

El sistema de salud público en Honduras está constituido por dos subsectores: uno compuesto por la Secretaría de Salud (SESAL) a la cual le corresponde el rol rector regulador y la prestación de servicios de salud a toda la población hondureña y el cual se financia con recursos nacionales, préstamos externos y cooperación internacional; y otro por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), encargado de proveer servicios de salud a la población económicamente activa y financiado con la recaudación y administración de los recursos provenientes de las cotizaciones obligatorias de trabajadores y empleadores. De acuerdo con el Instituto de Acceso a la Información Pública (2015), a nivel nacional, la SESAL prestaba servicios a un 60% de la población y el IHSS atiende al 12% (en diciembre de 2020, el número total de asegurados por parte del IHSS a nivel nacional era de 1,720,213 a nivel nacional⁶); mientras el sector privado cubre a un 10% de la población nacional. Por su parte, un 18% no tiene cobertura de salud.

Cuadro 1. Conformación del Sistema de Salud de Honduras

Subsectores	Instituciones	Financiamiento	Usuarios
Público	IHSS	Empleados Empleadores	Trabajadores del sector formal y sus familias/ Pensionados
	SESAL	Gobierno Cooperación	El resto de la población
Privado	PROVEEDORES PRIVADOS	Pagos de bolsillo /Aseguradores Privados	Población asegurada

Fuente: Secretaría de Salud, 2017

PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN

Durante la última década, la SESAL se enfrascó en un proceso de transformación de la gestión de su red, mediante el cual pretendía aumentar la cobertura del sistema público para lograr acercarse al 100% de cobertura poblacional. Esta reforma buscaba aumentar la regulación de los servicios en los centros de salud de Honduras a través de un proceso llamado ‘descentralización’, mediante el cual entregaban la administración de algunos centros de salud (primer nivel de atención) y hospitales (segundo nivel de atención) a ONG o instituciones privadas para que ellos se dedicaran a la administración de los recursos del establecimiento.

Bajo esta modalidad, para el año 2015, la Secretaría de Salud informó de 1.723 establecimientos de salud (tanto del primer como del segundo nivel), de los que un total de 56 se contabilizaban en el departamento de Gracias a Dios (3,25%). Tres años más tarde, en 2018, los centros a nivel nacional se habían reducido a 1.650, de los que 52 se encontraban en Gracias a Dios (3,15%). Según informó la propia secretaria, la diferencia entre ambas estadísticas radica en que para el año 2018 ya no se incluían en algunos departamentos del país hospitales privados y clínicas subrogadas del IHSS.

EL SISTEMA DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE GRACIAS A DIOS

En cuanto a la Región de Salud de Gracias a Dios, para el periodo 2020-2022, y bajo el proceso de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), contenido en el Modelo Nacional de Salud derivado de la Ley Marco de Protección Social, se conformaba de la siguiente manera:

Cuadro 2. Tipos de Establecimientos de salud que conforman las Redes Integradas de los servicios de salud en el departamento de Gracias a Dios, año 2022

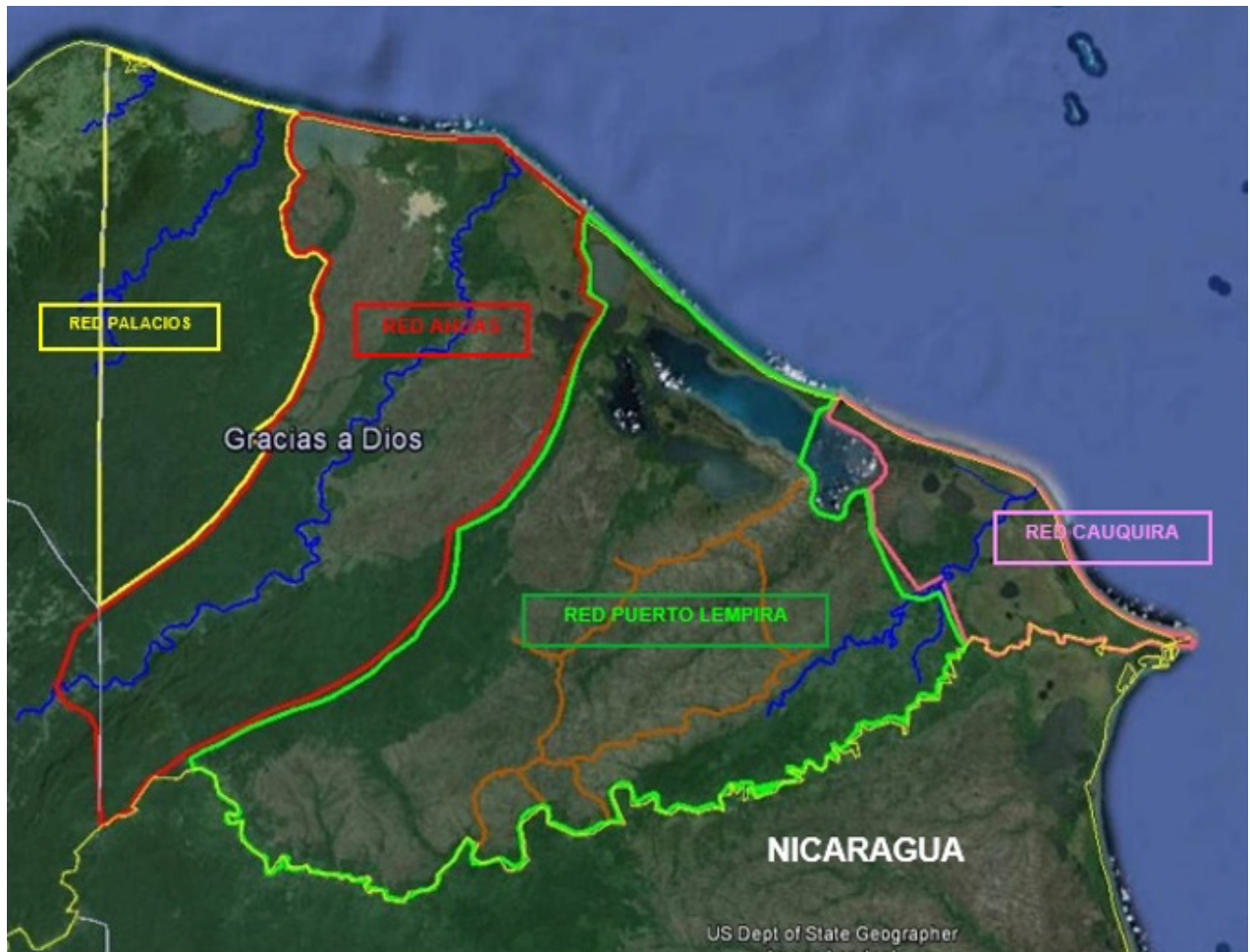
Tipo de establecimiento	Número
Unidades de Atención Primaria de Salud (UAPS)	22
Centros Integrales de Salud (CIS)	8
Zonas de Promoción y prevención (ZPP)	15
Policlínico	4
Hospital	1
TOTAL	50

Fuente: Secretaría de Salud, 2017



La conformación de las RISS no implicó el fortalecimiento al primer nivel de atención sanitaria, entendido este como la mejora en la capacidad resolutive para atender problemas de salud de la comunidad. Por el contrario, significó más bien en el debilitamiento de los establecimientos que anteriormente conformaban el primer nivel de atención en La Mosquitia. Además, varios centros de salud rural pasan a conformar las llamadas Zonas de Promoción y Prevención (ZPP), visitadas por un auxiliar de salud y un promotor, lo que disminuye aún más la capacidad resolutive de la región.

Mapa 1. Ubicación De Las RISS, en el departamento de Gracias a Dios.



La región sanitaria de Gracias a Dios está a su vez dividida en cuatro redes (Puerto Lempira, Kauquiria, Ahuas y Palacios), cuya cobertura se los seis municipios del departamento (el municipio de San Francisco Bulnes se fusionó con el de Ahuas por el tema de acceso). La distribución por municipios, población y centros sanitarios es la siguiente:

Cuadro 3. Delimitación y configuración de las RISS en el departamento de Gracias a Dios

Redes	Municipio	Población por municipio	UAPS	CIS	POLICLINICO	HOSPITAL
PUERTO LEMPIRA	PUERTO LEMPIRA	60,209	8	4	1	1 Hospital Publico
SUB TOTAL	1(MUNICIPIO)	60,209	8	4	1	
KAUQUIRIA	PUERTO LEMPIRA	12,388	1	1	1	1 Hospital Publico
	VILLEDA MORALES	10,474	3	1		
SUB TOTAL	2(MUNICIPIO)	22,835	4	2	1	
AHUAS	AHUAS	9,493	1			1 Hospital Publico
	BRUS LAGUNA	15,406	2	1	1	
	WAMPUSIRPE	6,179	2	1		
SUB TOTAL	3(MUNICIPIOS)		5	2	1	1
PALACIOS	BRUS LAGUNA	5,619	2		1	1
	JUAN FCO. BULNES	6,483	3	1		
SUB TOTAL	2(MUNICIPIO)	12,102	5	1	1	1

Fuente: Equipo Regional de Gracias a Dios



GRACIAS A DIOS, EN BAJO DESARROLLO MUNICIPAL

El estudio 'La eficiencia presupuestaria de la SESAL en tiempos de Covid'⁷ recoge que los departamentos pueden clasificar sus municipios de acuerdo al Índice de Desarrollo Municipal (IDM), que valora y relaciona las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el Índice de Desarrollo Humano (IDH), el grado de urbanización y energía y la capacidad administrativa financiera de las alcaldías. Basado en estos términos de infraestructura y gestión local, los municipios pueden dividirse en 4 categorías (A, B, C, D), otorgando la categoría C y D a aquellos de bajo desempeño o sin ningún avance en lo relacionado con las necesidades básicas insatisfechas, el grado de urbanización y un deficiente IDH. En este sentido, cuando un departamento tiene la totalidad o casi la totalidad de sus municipios en categoría C y D, se considera como un departamento 'muy atrasado' en términos de infraestructura y gestión administrativa. De acuerdo con este IDM, el departamento de Gracias a Dios es uno de los dos departamentos, junto a Lempira, donde la totalidad de sus municipios se encuentran en categorías C y D.

En el cuadro 4, se observan los cuatro departamentos con mayor nivel de atraso según el IDM, incluyendo su composición de la red sanitaria del primer nivel de atención⁸, formado por centros de salud con médico y odontólogo o CESAMO (CMO), centro de salud rural o CESAR (CSR), atendido por enfermera auxiliar y Clínica Materno Infantil (CMI). En los cuatro departamentos, hay una fuerte presencia de pueblos indígenas y afrodescendientes.

Cuadro 4. Red de Primer nivel de atención en departamentos con mayor atraso IDM-2014

Departamento	Población en 2018	Superficie en Km2	% municipios en C y D	CMO	CSR	CMI	Total	Km2 entre establecimientos	Dispersión*
Gracias a Dios	100,304	16,997.00	100%	16	31	31	50	339.94	2006
Lempira	351,652	4,228.00	100%	13	92	7	112	37.75	3140
Intibucá	255,658	3,123.00	94%	16	39	7	62	50.37	4124
Olancho	562,626	23,905.00	91%	35	141	5	181	132.07	3108
Total	1270,24	48,253.00		80	303	22	405	119.14	3136

*Personas por unidad de Salud / Fuente: Elaboración Propia.

Como se observa en el cuadro 4, el departamento de Gracias a Dios cuenta con un total de 50 centros de primer nivel de atención, lo que representa el 2,97% del total nacional para atender al 1,1% de la población nacional. Sin embargo, solo posee el 1% de las camas hospitalarias de la red de segundo nivel del total a nivel de país (72 camas hospitalarias), lo que implica un promedio de 1.393 personas por cama. Esto contrasta significativamente con los departamentos de Cortés y Francisco Morazán, donde se concentra el 37% de la población nacional y se cuenta con un 16,7% de la red de atención primaria nacional y un 53% de las camas hospitalarias del segundo nivel de atención. Como consecuencia de esta distribución, departamentos como Cortés y Francisco Morazán disponen de una mayor capacidad resolutoria de los problemas de salud que el resto de las áreas subregionales.

A su vez, el departamento de Gracias a Dios presenta un nivel de dispersión entre las unidades de salud de 340 kilómetros de media, frente a la dispersión de 132 kilómetros de departamentos como Olancho. Teniendo en cuenta también que la comunicación en el departamento de Gracias a Dioses principalmente fluvial, esto supone una barrera adicional de acceso al sistema de salud pública.

5. EL COVID-19 Y EL PROCESO DE VACUNACIÓN EN GRACIAS A DIOS

Al igual que el resto de Honduras, el departamento de Gracias a Dios también se vio afectado por el COVID-19, aunque, en este caso, de una manera más tardía al resto del país. El primer caso de COVID-19 confirmado oficialmente por el Sistema Nacional de Riesgo (SINAGER) en el departamento se presentó el 13 de junio de 2020, casi cuatro meses después del paciente cero en Honduras.

Las dificultades de desplazamiento y movilidad de la región, unido a la ruralidad (63% del total) y dispersión de la población del departamento, fue un factor positivo que evitó una propagación mayor del virus. Sin embargo, como se analiza posteriormente, las condiciones precarias de las rutas de comunicación también fue un factor que incidió negativamente en el abordaje de la enfermedad y el proceso de vacunación.

De acuerdo a los datos facilitados por el Boletín de Unidad de Vigilancia de la Salud SESAL, hasta el 30 de junio de 2022, Gracias a Dios había sido el departamento que había reportado un menor número de positivos, con un total de 3.329 casos, lo que representa un 0,8% del total del país. A continuación, se encontraba Islas de la Bahía, con un 1% de los casos (5.506 positivos); Lempira con otro 1% (5.200 casos positivos) y Ocotepeque con otro 1% del total (5.464 casos). Estos cuatro departamentos tienen como denominador común un difícil y limitado acceso al sistema de salud por lo que es muy probable la existencia de subregistros.



“Siempre escuchábamos que en el pueblo murió tal persona y que pudo haber sido COVID, que afuera había pacientes que morían y que decían que fue por el virus...” (personal del Hospital de Puerto Lempira).

Además, la orografía de estas zonas del país, mayormente montañosa, la falta de transporte y la cercanía a otros países como El Salvador y Nicaragua, provoca que los pobladores no respeten la división política por departamentos y que acudan o bien a centros de salud de otros departamentos o a los de los países vecinos. En este sentido, el documento ‘Configuración y delimitación de RISS en Honduras’⁹ recoge que el equipo técnico regional de Gracias a Dios ya había identificado en 2016 que, debido a las condiciones de difícil acceso de su territorio, en algunos municipios debían trasladar pacientes al hospital de Tocoa, en el departamento de Colón.



NIVELES DE VACUNACIÓN EN GRACIAS A DIOS

El departamento de Gracias a Dios, donde en la práctica la totalidad de sus habitantes pertenecen a pueblos indígenas y afrodescendientes, es el departamento que menos dosis ha inoculado a su población: para junio de 2022, tenía un acumulado de 50,980 dosis aplicadas. Esto representa el 0,3% de las dosis aplicadas a nivel nacional. Con las dosis que llegaron hasta la región, el 29% de la población de Gracias a Dios tienen la primera dosis de la vacuna contra el COVID-19, un porcentaje que baja hasta el 14% en el caso de la población que cuenta con el esquema completo de dos dosis de vacunas. De esta forma, se convierte también en el departamento con menor cobertura de vacunación. Además, según datos de SESAL, entre febrero de 2021 al 30 de junio de 2022¹⁰, solo el 4% se había aplicado el primer refuerzo.

Con los datos expuestos, se observa una brecha en la aplicación de la primera y segunda dosis para completar el esquema de vacunas contra el COVID-19. Este comportamiento se atribuye a múltiples factores, entre los que destaca la desinformación y la falta de campañas culturalmente apropiadas que concienticen a la población sobre la importancia de completar el esquema de vacunas.

Destaca también el hecho de tener que esperar a que la población asista a los centros de vacunación en lugar de implementar brigadas casa por casa para inocular a quienes no han tenido acceso a los centros de vacunación, principalmente en las aldeas y zonas rurales¹¹. Es importante considerar que las brigadas casa a casa eran una estrategia de vacunación aplicada por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de la SESAL en Honduras durante las jornadas de vacunación infantil, lo que implica que ya es una estrategia conocida por el personal de salud. No obstante, al principio la pandemia de COVID-19, como consecuencia de las restricciones con respecto al número de dosis que el país tenía y a la observación de las potenciales ESAVI¹², se determinó que el proceso de vacunación contra el COVID-19 se hiciera por puntos de vacunación fijos; además no eran los equipos de salud los que inicialmente estuvieron al frente del proceso, (lo operativizaron pero no lo organizaron), sino los equipos de otras instancias gubernamentales.

En una etapa posterior, al avanzar en el proceso de vacunación a nivel nacional, la medida cambió a punto de que hoy se hace a libre demanda de la población y su lo coordinan los equipos de salud. Es importante resaltar también que pese a ser un colectivo caracterizado por la extrema pobreza y la falta de acceso a servicios básicos, lo que les expone a un mayor riesgo de contagio por COVID-19 y sintomatología grave, Honduras no priorizó a este colectivo en los procesos de vacunación ni presentó un plan específico para pueblos indígenas y afrodescendientes.



6. LOGÍSTICA Y TRANSPORTE DE INSUMOS Y VACUNAS, UNA BARRERA DE ENTRADA

La sede Regional de Salud del departamento de Gracias a Dios posee una serie de recursos logísticos, como son motocicletas, vehículos todo terreno y lanchas con motores fuera de borda. Sin embargo, no todos estos recursos se encuentran en buen estado general y el mantenimiento preventivo no es posible por lo alejado de la zona. El único hospital público del departamento se encuentra en la red de Puerto Lempira y en él no existe atención para todas las especialidades y tampoco tiene Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), por lo que los casos de mayor gravedad deben ser trasladados a otros departamentos, lo que implica altos costos de desplazamiento aéreo. Además, la Clínica Materna Infantil de Brus Laguna es la única que cuenta con una ambulancia de uso regular en el caso urbano y comunidades aledañas. De manera adicional, en Ahuas hay un Hospital de la Iglesia Morava, y hay uno en Batalla, pero tiene pobre articulación con la RISS.

Ante esta situación y teniendo en cuenta la geografía de la zona, el transporte y la logística para la movilización de medicamentos y vacunas es uno de los principales problemas en cualquier proceso de salud pública, y no fue una excepción en el proceso de vacunación contra el COVID-19. En este sentido, es importante resaltar que, en cuanto al abastecimiento de suministros y medicamentos al único hospital, éste se realiza por barco desde la ciudad de La Ceiba hasta entrar en el embarcadero de la laguna de Caratasca. Sin embargo, en este proceso un clima desfavorable puede conllevar un cambio de planes:

“La lluvia puede demorar el desembarco del barco o puede obligar a indicar solo descargar lo más urgente para la atención médica y así poder dar respuesta. De lo contrario, el proceso de vacunación podría verse retrasado por la falta de insumos (jeringas, algodón, alcohol)” (miembro del equipo hospitalario).



Mapa 2. Relacionamiento entre las redes sanitarias del departamento de Gracias a Dios



La conformación de las RISS no alteró en nada la complejidad logística de Gracias a Dios durante el proceso de vacunación contra el COVID-19. En lo relacionado con el suministro, durante la pandemia se mantuvo de manera trimestral. Cabe resaltar que lo único que varió fue el actor encargado de proceder con el envío. Si bien de manera previa se hacía mediante los barcos que llegan a Puerto Lempira desde la Ceiba, durante la pandemia, el envío de medicamentos y vacunas fue encargado a las Fuerzas Armadas. No obstante, en ambos casos, la región de Salud realiza la distribución de los insumos a las diferentes redes de manera fluvial.¹³

“Cuando toca llevar los medicamentos para Ahuas, usualmente salimos de noche para darle tiempo a los 3 equipos que lleguen, los de Brus, los de Wampu y los de Ahuas; ellos siempre se organizan bien, nosotros llegamos al embarcadero de las torres y ellos en camión trasladan las medicinas a Paktalaya y salen río arriba a sus lugares.” (Lanchero de la región de salud de Gracias a Dios).

Solamente la red de Puerto Lempira posee carretera que le permite la comunicación con las unidades de salud aledañas y hacia la zona de Auka, área fronteriza con La Mosquitia nicaragüense. Sin embargo, es una zona donde frecuentemente se registran conflictos por la explotación de madera:

“En la frontera deberían vivir solo familias fuertes, para que puedan parar a los que vienen a llevarnos las cosas. Pero una familia débil, solo le toman a la mujer y ya tienen en la mano al hombre, que los deja hacer” (joven misquito motorista de Cauquira)

Por su parte, la comunicación con la red de Kauquiria actualmente es solo fluvial, lo que conlleva riesgos:

“Soy el lanchero más experimentado para llevar el medicamento, me toca entregarlo directamente al centro de salud de Kauquiria, y si me agarra tormenta o se atora la propela en una línea, me toca nadar cuchillo en mano y desenredarla de la línea de pesca, o si es muy de noche, me quedo a dormir cerca del bote, porque me pueden robar el motor...” (Lanchero de la región de salud de Gracias a Dios).

Solo con la Red de Brus Laguna hay comunicación no solo fluvial sino también aérea y, aunque se pueden realizar vuelos directos a Wampusirpe, estos no se usan para el traslado de medicamentos por su alto costo. Además no siempre hay condiciones en las pistas de aterrizaje para vuelos de avioneta, por las acciones contra la narcoactividad¹⁴ en la zona. En cuanto a Palacios, los suministros se entregan con el equipo de salud de Brus Laguna y se deben enviar por lancha “a las seis de la mañana” para asegurar que los equipos lleguen a tiempo

IMPORTANCIA DE LA CADENA DE FRÍO

Cuatro de los municipios del departamento de Gracias a Dios (Ahuas, Juan Francisco Bulnes, Villeda Morales, Wampusirpi) no están electrificados, lo que históricamente ha afecta ostensiblemente a la red de frío vinculada a los procesos de vacunación del primer nivel de atención en este Departamento¹⁵. En general, la red de frío o cadena de frío es un proceso de estricto cumplimiento dentro del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) conformado por una serie de equipos de refrigeración, a tal punto que en la norma MNPPAIH2 se reconoce que “se puede contar con excelente programación y los recursos para la vacunación, pero el funcionamiento del refrigerador puede hacer fracasar todo el programa, Un refrigerador en buenas condiciones de funcionamiento es la base del éxito del PAI”.

El proceso de vacunación contra el COVID-19 también encontró en la falta de electrificación y en las condiciones logísticas del traslado de la región a las unidades de salud una barrera al verse obligados a reducir el tiempo efectivo en que los equipos locales podían destinar para esta actividad.

“Los envíos de vacunas desde Tegucigalpa se realizan bajo programación estricta, pues la única red que tiene para almacenar biológicos es la Región; lo que se entrega a un establecimiento tiene una vida útil y luego se descarta (...) Así que si había un retraso en el envío o el avión no salía de Tegucigalpa, todo el proceso de vacunación se detenía. Hoy en día seguimos teniendo el mismo problema; o eso o el tiempo destinado para el proceso de vacunación se reduce significativamente” (Licenciada de enfermería garífuna en Gracias a Dios).



7.DERECHOS HUMANOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

En el mes de julio de 2020, desde el Foro Social de la Deuda Externa y el Desarrollo en Honduras (FOSDEH) ya miraban con preocupación el desarrollo de las estrategias gubernamentales para el manejo de la pandemia del COVID-19¹⁶ y planteaba una serie de derechos de los pueblos indígenas que estaban siendo afectados:

- a) Acceso a la información sobre la pandemia por COVID-19 en su idioma.
- b) Respeto sin restricción de medidas de protección territorial de los pueblos ante el COVID-19.
- c) Ejercicio de la Consulta Previa, Libre e Informada sobre las políticas humanitarias y sanitarias.
- d) Inclusión de las Comunidades Indígenas y Negras en las Políticas Sanitarias y de Asistencia Humanitaria.

Discriminación en:

- Asignación del gasto público e inversiones.
- Asistencia sanitaria y humanitaria.
- Politización partidaria.
- Exclusión territorial.
- Corrupción sistémica.

- e) Respeto a las prácticas y saberes en la medicina ancestral de los pueblos.

En cuanto al acceso a la información, FOSDEH ya señalaba que la información de carácter científico sobre la pandemia y las estrategias de gobierno en torno a la vacunación solo llegaron a las comunidades a través de los medios de comunicación masivos como la radio o las redes sociales, lo que conllevó procesos de desinformación entre la población del departamento de Gracias a Dios:

“La mayoría de los habitantes obtenían la información por las redes sociales y luego éstas se transmitían de manera oral, lo que provocó una serie de falsas noticias” (misquita licenciada en enfermería).

Esto, junto al hecho de que la mayoría de información llegaba fundamentalmente en español, siendo el miskito el idioma predominante en el departamento, supuso una brecha en cuanto a la disposición de la población a vacunarse: “Como la información llegaba tarde a las comunidades, la gente nos veía raro cuando los visitábamos con los equipos de protección personal” (enfermera miskita del equipo regional).

En relación al respeto de las medidas de protección territorial de los pueblos indígenas, es relevante mencionar que, en muchos territorios indígenas, el gobierno no gozaba de credibilidad y la falta de diálogo con las autoridades



indígenas para consensuar cuestiones relevantes sobre el proceso de vacunación supuso una barrera adicional. Además, la militarización de los bloqueos así como el toque de queda impuesto como consecuencia de la pandemia se percibieron como una imposición por parte de las comunidades¹⁷:

“Acá en Puerto Lempira, no se abordó a las autoridades de MASTA y ellos no nos acompañaron en las primeras acciones tomadas por decreto desde Tegucigalpa. Esto contribuyó a que no se hicieran caso a las medidas” (miembro del equipo regional de salud).



Sumado a la ausencia del ejercicio de la consulta previa, libre e informada, considerada como un proceso de irrespeto a la autoridad legítima de los misquitos¹⁸, Honduras no posee políticas públicas que promuevan el respeto a la cosmovisión de los pueblos indígenas ni consideren su medicina tradicional, entendida esta como el conjunto de ideas, conocimientos, creencias, mitos y procedimientos que se aplican a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales de un pueblo en un espacio determinado¹⁹.

De acuerdo a las prácticas y saberes en la medicina ancestral de los pueblos indígenas, la atención desde el nacimiento, parto cuidado de la placenta, cuidado del cordón umbilical, lactancia y alimentación son aspectos estrechamente ligados a la cultura²⁰. Esto entra en conflicto con la postura de personal de salud, que argumenta que el sistema de salud responde a los protocolos.

En este sentido, es importante reconocer que, para los misquitos, la salud y enfermedad tiene una connotación social y está profundamente relacionado con su tradicional sistema de valores y creencias. La existencia de dos sistemas de salud (oficial e indígena) en un mismo espacio, provoca explicaciones diferentes, de cómo se da el proceso de enfermar y morir, lo que ha conducido a la aplicación de técnicas terapéuticas distintas en el proceso de vacunación y control del COVID-19:

“Los familiares decían que, si los traen aquí, nos acusaban de que nosotros los matábamos. Ellos no entienden de verdad que en realidad nosotros tratábamos de resguardarles a ellos, porque es una enfermedad que nosotros no sabíamos...” (medico misquito del Hospital de Puerto Lempira)

Además, la mayoría del personal de salud oficial posee un amplio desconocimiento de lo que los pueblos indígenas son y saben. En este sentido, la falta de una complementariedad entre el sistema de salud oficial con respecto al sistema de salud tradicional de los pueblos indígenas, donde hierberos, zukias o guías están presentes en las comunidades sin asistencia médica o de enfermería, hizo que las unidades de salud no brindaran servicios culturalmente apropiados durante el proceso de vacunación contra el COVID-19.

En definitiva, la no inclusión de las necesidades específicas comunidades indígenas en las políticas sanitarias solo evidencia la falta de conocimiento por parte de las autoridades sanitarias del país de su realidad específica, caracterizada por un alto nivel de postergación, una alta dispersión poblacional y una diferente organización social.



RESILIENCIA DE LA POBLACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE GRACIAS A DIOS

Históricamente, los pueblos indígenas y afrodescendientes han constituido sus propios procesos de medicina tradicional como una estrategia de resiliencia de los pueblos. En el contexto de la cuarentena por COVID-19, el fortalecimiento del conocimiento y prácticas de salud ancestral se revalorizó desde y para los pueblos, generando prácticas de intercambio y manuales que sistematizaron y registraron estos saberes²¹.

Además, la población misquita relata cómo, al ver que las medidas y manejo hospitalario de los pacientes más críticos se oponía a sus costumbres, se refugiaron en la medicina tradicional, un proceso que afectó también a la desconfianza cuando llegó el proceso de vacunación:

“Hoy en día ya se ha perdido el miedo; los primeros días era tanto miedo que a la gente solo le daba fiebre y ya venían, tenían dolor de garganta y ya venían los pacientes. Entonces los servicios de consulta estaban abarrotados por eso mismo. Pero hoy en día, la gente ya no se hace ni siquiera el hisopado. Además, había muchos estigmas como que si uno se metía allí iba a morir. Entonces tuvimos mucho rechazo de gente que no venía o que exigían que le entregáramos a sus familiares muertos de COVID, incluso venían a atacarnos. Con el primer paciente fue así: las doctoras tuvieron que encerrarse, porque los familiares les fueron a quitar por la fuerza al paciente y lo velaron en su casa. Luego de esa familia hubo varios muertos” (médico del Hospital de Puerto Lempira).

“La población recurrió al Guífiti, a la sica, y otras bebidas y plantas para tratarse del virus. Pasaban la enfermedad en sus casas, no hacían ruido y no le contaban a nadie...” (personal comunitario de Brus Laguna).

En definitiva, la cuarentena por el COVID-19 se instaló en el departamento de Gracias a Dios como una externalidad ante los altos niveles de pobreza, conflictividad, impacto ambiental, violaciones de derechos humanos y otras problemáticas preexistentes a la llegada del virus. Además, ninguna de estas problemáticas se frenó durante la cuarentena. Aun con el impacto del COVID-19, las personas defensoras de derechos humanos tuvieron que mantenerse alertas, reportando el encarcelamiento, saqueos ilegales de bosque y hasta el asesinato de defensores que estaban bajo la tutela del Estado dentro del mecanismo nacional de protección²². Al momento de este estudio, un líder comunitario dedicado a la preservación de la vida silvestre en La Mosquitia estaba alistándose para colocar linderos en los predios de dos comunidades tribales con un contingente de 18 hombres y así delimitar la zona forestal y evitar el contrabando de especies animales y madera a la República de Nicaragua.



8. BARRERAS IDENTIFICADAS Y RECOMENDACIONES A NIVEL PAÍS

A lo largo de este estudio de caso ha quedado demostrado que la ausencia de capacidad estatal para la contención del contagio y para ofrecer una respuesta sanitaria diferenciada en los planes de control de la pandemia en los territorios indígenas ha provocado un impacto negativo en el proceso de vacunación de estas comunidades en el departamento de Gracias a Dios. En este sentido, se identifican las siguientes seis grandes barreras que han contribuido a que este departamento no alcance los niveles necesarios de vacunación:

1. Condiciones preexistentes como el deficiente y disperso sistema de salud del departamento, la falta de electrificación de 4 de los 6 municipios y las dificultades de transporte de los insumos médicos como consecuencia de la orografía de la región y de una red vial adecuada.
2. La no implementación de la vacunación casa por casa, una estrategia ya puesta en marcha con éxito por parte del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de la SESAL en otros procesos.
3. La falta de una campaña de comunicación y sensibilización culturalmente apropiada y traducida a los idiomas indígenas.
4. Además, las acciones realizadas en materia de salud pública no contaron con la participación ni el consentimiento de los pueblos indígenas y afrohondureños ni en la Mesa Nacional Intersectorial, instancia de decisión y conducción de la política nacional de respuesta ante el COVID-19, ni tampoco en las mesas municipales.
5. La atención sanitaria y preventiva contra el COVID-19 no incorporó ni consideró ni respetó los cuidados preventivos, prácticas curativas y medicina tradicional que los grupos indígenas poseían. Aunque médicos y personal de salud del departamento de Gracias a Dios sí han valorizado la complementariedad de la medicina ancestral en el manejo del COVID-19, el no reconocimiento por parte del sistema oficial de salud y la no inclusión en los protocolos sanitarios, ha provocado un alejamiento y desconfianza de los pueblos indígenas, afectando de manera negativa en la disposición a la vacunación.
6. Las medidas contenidas en el Plan Nacional de Contención y Respuesta al COVID-19 y los posteriores como el Plan de Apertura Inteligente de la Economía, basaron su estrategia de intervención en la categorización territorial y priorización poblacional, categorizaciones en las cuales los pueblos indígenas estaban en los territorios de última categoría y no se consideraron prioridad durante la focalización de las intervenciones pese a la condición de exclusión y vulnerabilidad social en la que se encuentran.



RECOMENDACIONES A NIVEL DE PAÍS

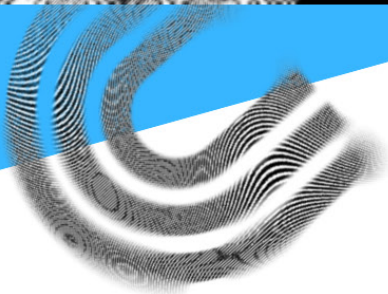
En este sentido, y en base a las inequidades de salud y en el acceso a los servicios de atención que en el departamento de Gracias a Dios han afectado al proceso de vacunación se recomienda al Estado de Honduras:

1. Garantizar el suministro de vacunas contra el COVID-19 a pueblos indígenas y afrodescendientes, reajustado las medidas del sistema de salud y respetando los estándares internacionales, para lo que se sugiere como medidas concretas:
 - *Recuperar la vacunación casa por casa.*
 - *Incorporar a los pueblos indígenas como población prioritaria en los procesos de vacunación y salud pública.*
 - *Asegurar la pertinencia cultural de la información y sensibilización en el proceso de vacunación, incluyendo la traducción de la información a los idiomas de los pueblos indígenas y afrohondureños.*
 - *Asegurar que la información suministrada a los pueblos indígenas es oportuna, completa, comprensible, clara, sin tecnicismos, fidedigna y culturalmente apropiada, tomando en cuenta las particularidades y necesidades específicas de los diferentes pueblos.*
 - *Asegurar el cumplimiento de los estándares de derechos humanos para los pueblos indígenas, incluyendo procesos de consulta previos, libres, informados y culturalmente apropiados.*
2. Mejorar la gestión de la información y del conocimiento en los temas de salud de los pueblos indígenas para fortalecer la capacidad para la toma de decisiones basadas en evidencias (CD47.R18 OPS)
3. Incorporar las recomendaciones de expertos en el manejo de cuestiones sanitarias y humanitarias desde la perspectiva de Derechos Humanos y bajo un principio de equidad, con el objetivo de cumplir su rol de garante de acceso a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
4. Desarrollar programas e intervenciones que reconozcan y refuercen las iniciativas de los pueblos indígenas, considerando las necesidades, carencias, capacidades, saberes y condiciones específicas y preexistentes en sus territorios.
5. La superposición entre seis municipios y consejos territoriales significa también un conflicto de competencias sobre la administración del territorio. En el marco del Convenio 169, los planes de desarrollo municipal de los seis municipios tendrían que ser objeto de consulta y deberían adecuarse a los planes territoriales de los pueblos indígenas. Actualmente esto no ocurre, lo que tiene impactos negativos sobre los procesos políticos y sobre la gobernanza territorial.
6. Readecuar la red asistencial del primer nivel de atención sanitaria, acortando las distancias en tiempos de acceso y a su vez, en términos de capacidad resolutoria en términos de servicios de apoyo y terapéutica²³, respetando lo concerniente a nivel internacional para los pueblos indígenas como ser el Convenio 169 de la OIT.
7. Construir un nuevo modelo descentralizado de salud pública y no privatizado que supere el actual abandono del sistema de atención primaria y el déficit de la estructura sanitaria en los territorios de pueblos indígenas y afrohondureños.

PIES DE PÁGINA

1. Organización Mundial de la Salud (2010). Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS).
2. OPS/OMS, ASDI (2003) Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe,
3. Organización Mundial de la Salud (2007), Commission on social determinants of health. A conceptual framework for action on the social determinants of health, pág 7.
4. Especie de canoa, realizada en un único tronco de caoba y sin motor fuera de borda.
5. Secretaría de Salud Honduras SESAL (2006) Salud Indígena e interculturalidad.
6. Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS (2020). El IHSS en cifras 2005-2020 – IHSS – Instituto Hondureño de Seguridad Social.
7. FOSDEH. Análisis y Propuestas para la Salud Pública en Honduras, pág.19
8. FOSDEH. Análisis y Propuestas para la Salud Pública en Honduras. Capítulo 2, pág. 11-21
9. SESAL (febrero 2016). Configuración y delimitación de las Redes Integrales de Servicios de Salud en Honduras. ULAT, pág 25
10. SESAL (febrero 2016). Configuración y delimitación de las Redes Integrales de Servicios de Salud en Honduras. ULAT, pág 23
11. SESAL (febrero 2016). Configuración y delimitación de las Redes Integrales de Servicios de Salud en Honduras. ULAT, pág 24
12. Eventos de Salud Asociados a vacunación
13. Agua de los ríos, la comunicación entre las diversas comunidades se realiza por ríos, como el Ribra, que permite comunicar la zona de Paktalaya con la laguna de Caratasca en el trayecto de viaje a Puerto Lempira.
14. Al momento del presente estudio, se pudo verificar el daño provocado por los bombardeos, no solo a pistas clandestinas, para evitar el aterrizaje de narcoavionetas, sino también a pistas y caminos de uso regular.
15. FOSDEH. Análisis y Propuestas para la Salud Pública en Honduras, pág.19
16. FOSDEH (2020). El abandono, tiene rostro y consecuencias, pág 25
17. FOSDEH (2020). El abandono, tiene rostro y consecuencias, pág 28
18. FOSDEH (2020). El abandono, tiene rostro y consecuencias, pág 32
19. SESAL (2006). Salud Indígena e interculturalidad, SESAL, pág 34
20. Entendida como el patrón de creencias, pensamientos, valores, prácticas, comunicaciones, comportamientos e instituciones que sirven para preservar un grupo social dado.
21. FOSDEH (Julio 2022) Diagnóstico: equidad en la distribución de la vacuna contra el covid-19 en Honduras, pág. 22
22. FOSDEH (2020). El abandono, tiene rostro y consecuencias, pág 40
23. FOSDEH (diciembre 2021). Eficiencia presupuestaria de la SESAL en tiempos del COVID-19, pág. 49







Oxfam en CENTROAMÉRICA



Con el apoyo de



www.vacunasparalagente.org

 @OxfamCa
  @Oxfam_CA
  @Oxfam_CA