

Aprendizaje de políticas y COVID-19: La experiencia de vacunación en países latinoamericanos

Policy learning and COVID-19: The vaccination experience in Latin American countries

Diana Marcela Paz-Gómez*

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) - Ecuador.

ORCID: [0000-0002-0253-1126](https://orcid.org/0000-0002-0253-1126)

Fecha de recepción: 1 de mayo del 2024

Fecha de aceptación: 3 de julio del 2024

ISSN: 2415-2498

Paz-Gómez, Diana (2024). «Aprendizaje de políticas y COVID-19: La experiencia de vacunación en países latinoamericanos». *Politai: Revista de Ciencia Política*, Año 15, N.º 24: pp. 17-39.

DOI: <https://doi.org/10.18800/politai.202401.001>

* Politóloga de la Universidad del Cauca en Colombia. Magister en Estudios Urbanos y candidata doctoral en Políticas Públicas por Flacso Ecuador. Su línea de investigación se centra en el análisis y diseño de políticas públicas relacionadas con la planificación y desarrollo urbano. Actualmente forma parte del grupo de investigación en políticas públicas y territorio del Departamento de Asuntos Públicos en Flacso Ecuador. Correo electrónico: dmpazfl@flacso.edu.ec

RESUMEN

Este artículo analiza los procesos de aprendizaje de política en la toma de decisiones, durante el proceso de vacunación contra la COVID-19, definido en dos fases: la compra de vacunas y las campañas de vacunación, en países de América Latina. Por una parte, se plantea que algunas de las estrategias implementadas son explicadas a través de mecanismos de difusión de políticas. Entre estos, se puede considerar la definición de grupos prioritarios de población o la implementación de las dosis a través de COVAX. Mientras que otras medidas, se derivan de las capacidades operativas creadas previamente por parte de los gobiernos, como el despliegue de campañas de vacunación móviles, transfronterizas o de sensibilización y de salud para atender contagios anteriores en la región. Metodológicamente, se propone una revisión descriptiva sobre la cadena de suministro de vacunas contra la COVID-19 a partir de información institucional. Además, se plantean reflexiones con respecto a la necesidad de los gobiernos por adquirir conocimientos a partir de experiencias propias o de otros, con la finalidad de fortalecer el sistema de salud en la región.

Palabras clave: *Aprendizaje de política, capacidades estatales, COVID-19, vacunas, América Latina.*

ABSTRACT

This article analyses policy learning processes in decision-making during the process of vaccination against COVID-19, defined in two phases: vaccine procurement and vaccination campaigns, in Latin American countries. On the one hand, it is argued that some of the strategies implemented are explained through policy diffusion mechanisms. Among these, we can consider the definition of priority population groups or the implementation of doses through COVAX. Other measures derive from the operational capacities previously created by governments, such as the deployment of mobile, cross-border or awareness-raising vaccination and health campaigns to address previous infections in the region. Methodologically, a descriptive review of the COVID-19 vaccine supply chain is proposed based on institutional information. In addition, reflections are made on the need for governments to acquire knowledge from their own or others' experiences to strengthen the health system in the region.

Keywords: *Policy learning, state capabilities, Covid-19, vaccines, Latin America.*

1. Introducción

La pandemia generada por la COVID-19 implicó grandes desafíos en la toma de decisiones a nivel global. Sin embargo, no todos los gobiernos respondieron a este problema complejo con las mismas capacidades y, por tanto, con la misma rapidez en la selección de instrumentos para contener la propagación del virus. Los países asiáticos tenían experiencia derivada de epidemias asociadas al SARS en 2003 y de la enfermedad del MERS en 2012 proveniente de Arabia Saudita (Coronaviridae Study Group, 2020). Aunque la COVID-19 presentó un nivel de contagio mayor, gobiernos como el de China, Corea del Sur o Singapur habían enfrentado anteriormente crisis en la salud pública asociada a la familia del coronavirus con el MERS-CoV (Paz-Gómez & Santelices, 2020), lo que permitió una detección temprana del virus e implementar medidas como aislamiento de pacientes contagiados, construcción de infraestructura hospitalaria y toma de muestras (Capano, 2020). Por su parte, países de África central habían experimentado las complicaciones de la propagación del ébola o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/Sida), lo cual creó una experiencia alrededor del despliegue de instrumentos asociados a la contención.

Estados Unidos y Canadá, por ejemplo, ya habían enfrentado la influenza A H1N1 y el SARS-Cov-1 (Castañeda Guillot et al., 2021; Migone, 2020), lo que permitió que los sistemas de salud estuvieran preparados ante la llegada de casos masivos a urgencias médicas. Sin embargo, la experiencia de América Latina fue asimétrica. Por un lado, los países de la región andina tenían una experiencia adquirida en la gestión de salud debido a enfermedades inmunoprevenibles y tropicales como viruela, malaria, dengue, leishmaniasis, changas y sarampión (OPS & OMS, 2022b). La Amazonía por ejemplo, había significado grandes desafíos para países como Brasil, Colombia y Perú en torno a fortalecer la cobertura de los sistemas de inmunización en compañía de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Esto llevó a la institucionalización de la Semana de Vacunación en las Américas (SVA), que en 2024 tuvo su 220 edición y al fortalecimiento del programa especial de inmunización integral de la OPS (OPS & OMS, 2024c), enfocados en la vacunación contra el sarampión, rubéola y cáncer cervical (OPS & OMS, 2022b). Sin embargo, América Latina no había experimentado una epidemia similar relacionada con afectaciones respiratorias.

Bajo este contexto, en la región se presenta el primer caso de COVID-19 el 26 de febrero del 2020 en Brasil. El 29 del mismo mes, Ecuador confirma su primer caso de contagio. Para ese momento, Asia y Europa ya experimentaban altos niveles de contagio, permitiendo ello actuar alrededor de las estrategias ya implementadas en países como Italia, España y China. Sin embargo, la débil institucionalidad de los sistemas de salud no logró contener la expansión del virus, al punto de que logró permear las fronteras y expandirse por Argentina, Chile, Colombia, Uruguay, México y el resto de la región. Una de las primeras medidas para algunos países fue la de decretar estados de emergencia sanitaria, que permitieron el aislamiento, la cuarentena, el distanciamiento social, limitación a la libre circulación, toques de queda, ley seca, cierre de establecimientos y espacios públicos y la promoción del lavado de manos. Ante estas medidas, los gobiernos de la región comenzaron a implementar estrategias de apoyo económico como transferencias monetarias no condicionadas, donaciones, protección a las mujeres ante violencia de género, estrategias educativas a distancia; y a la par, medidas de salud sobre la aplicación de pruebas gratuitas, coberturas de salud, mecanismos de seguridad laboral y cierre de fronteras (CEPAL, 2023).

Mientras los gobiernos atendían la emergencia, la industria farmacéutica comenzaba los primeros ensayos clínicos de las vacunas. Estos se basaron, principalmente, en la experiencia adquirida con los estudios del SARS-CoV y el MERS-Cov. Para este momento, las investigaciones consideraban los síntomas que hasta el momento seguían apareciendo en diferentes grupos poblacionales; además de los primeros efectos producto de la enfermedad y resultados de pruebas de anticuerpos (Saleh et al., 2021). Bajo el contexto de crisis de salud, pero también económica y social, la Administración de Alimentos y Medicamen-

tos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) aprueba las primeras vacunas de ARNm de los laboratorios Pfizer-BioNTech y Moderna. Las investigaciones mostraron una eficacia y seguridad tras las pruebas de aplicación. Para el 2021, la FDA aprueba el uso de la vacuna de Janssen de Johnson & Johnson y la aplicación de la vacuna Pfizer para niños de 5 a 15 años. Y para el 2023, es aprobada la vacuna Novavax con adyuvante de tipo monovalente, actualizada para combatir el pico del linaje de la variante ómicron. Las vacunas aprobadas y disponibles en el mercado son las siguientes:

Tabla 1.
Tipo de vacuna y características

Tipo de vacuna contra la COVID-19	Características	Vacuna comercial/Laboratorio
Vacuna de ARN mensajero (ARNm)	Esta vacuna le envía instrucciones a las células para producir proteína de la espícula que se encuentra en la superficie del virus. Así, las células comienzan a producir las partes de la proteína de la espícula y con ello, el organismo produce anticuerpos. Al momento de infectarse con la COVID-19, los anticuerpos combaten el virus.	Pfizer-BioNTech Moderna
Vacuna de vector viral	Con este modo, la vacuna coloca una versión modificada del virus de la COVID-19 (vector viral) brindando a las células información para crear copias de la proteína de la espícula de la COVID-19; a través de esto, el sistema inmunitario responde con la creación de anticuerpos y glóbulos blancos.	Janssen de Johnson & Johnson AstraZeneca y la Universidad de Oxford Sputnik V
Vacuna de subunidades proteicas	Esta vacuna incluye partes del virus de la COVID-19 que estimulan el sistema inmunitario. Cuando este reconoce las proteínas de la espícula, se crean anticuerpos y glóbulos blancos.	Novavax
Virus inactivado	La vacuna emplea partículas del virus SARS-CoV-2 que ha sido inactivado con el fin de inducir una respuesta del sistema inmunitario, que al enfrentarse con el contagio crea anticuerpos.	Sinovac-BioTech Sinopharm Covaxin de Bharat Biotech
Vectores virales: Adenovirus	Utiliza adenovirus de chimpancé como vector para entregar material genético que codifica la proteína del pico del virus SARS-CoV-2 a las células del cuerpo. Una vez en el cuerpo, incentiva a las células a que produzcan la proteína de pico, desencadenando una respuesta inmune al virus.	CanSino de CanSino Biologics y el Instituto de Biotecnología de Beijing.

Fuente: con base en (Mayoclinic, 2021; OPS, 2021a; Sputnik V, 2021)

Durante la fase de desarrollo de las vacunas y pruebas para aprobación de la FDA, algunos países de la región comenzaron a generar convenios con el objetivo de lograr garantizar la inmunización de su población en el momento que iniciara la fase de compra de vacunas. En algunos casos, se ofrecieron apoyos por parte de los centros de investigación de universidades para testear los síntomas o efectividad de las vacunas. Chile, por ejemplo, se caracterizó por una alta capacidad de negociación en la fase de pruebas, lo que le permitió garantizar mayor competencia durante la compra de millones de dosis con las principales industrias fabricantes versus otros países de la región. Ello, en consecuencia, se reflejó en la rapidez de la implementación de las campañas de vacunación; siendo así el país con mayor cobertura en América Latina e, incluso, de algunos países en Europa. Adicional, la capacidad operativa ya creada en Chile desde 2019, con el despliegue de las campañas de vacunación contra el virus del papiloma humano, permitió que para diciembre del 2020 Chile comenzara las campañas de vacunación, tanto que a principios de marzo del 2021 ya contaba con un 20% de la población inmunizada.

Sin embargo, no todos los países contaban con capacidades de negociación instaladas para la compra de vacunas, además de enfrentarse a problemas de recursos y financiamiento. Aunque, en su mayoría, países de la región ya tenían consolidadas capacidades operativas que permitieron el despliegue de campañas de vacunación. Ante estas brechas, la Organización Mundial de la Salud activa el acelerador ACT (en la fase de compra) cuyo objetivo fue permitir un acceso equitativo a las vacunas contra la COVID-19 con el pilar COVAX (OMS, 2020a).

Bajo este contexto, este artículo plantea analizar los procesos de aprendizaje que se definen a partir de la transferencia de políticas (*policy transfer*), de la difusión de las políticas (*policy diffusion*) y la construcción de capacidades analíticas, operativas y políticas (*policy capacity*) utilizados por los gobiernos de la región para lograr la inmunidad de rebaño. Esto a partir de dos momentos comprendidos de manera causal. El primero, durante la compra de vacunas que se asocia a capacidades de negociación y la transferencia de políticas. El segundo, a la puesta en marcha de las campañas de vacunación vinculadas a las capacidades operativas, analíticas y la difusión de políticas. A partir de esto, se plantea responder a la pregunta ¿De qué manera los procesos de aprendizaje de políticas explican el éxito en el despliegue y la implementación de las campañas de vacunación contra la Covid-19 en países de América Latina?. El debate gira en tres momentos. El primero presenta un debate teórico-metodológico alrededor del aprendizaje de políticas y las dimensiones que explican este proceso causal, en conjunto con las capacidades de política en sus tres dimensiones. El segundo identifica la pandemia por la COVID-19, caracterizado como un problema de política malvado. El tercero caracteriza las respuestas en torno a las campañas de vacunación en torno a las dimensiones del aprendizaje. Con todo ello se plantean unas conclusiones de cara a una agenda de investigación en torno a la toma de decisiones en la región.

2. Metodología

Metodológicamente, se parte de un debate causal del diseño de políticas públicas. Este considera al aprendizaje como una dimensión del proceso de toma de decisiones o de las políticas públicas (Howlett & Mukherjee, 2014) que busca a su vez, explicar un resultado (falla o efectividad) de estas. Para ello, se identifican unas capacidades operativas, analíticas y políticas a partir de la propuesta del modelo anidado desarrollado por Wu et al. (2018), que se clasifican entre fuerte, débil y no preparada (Capano, 2020). Las técnicas de recolección de datos utilizadas incluyen revisión de información secundaria, datos institucionales en torno a las bases de datos oficiales del Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe de la CEPAL, la Organización Panamericana de la Salud, y las instituciones nacionales de salud.

3. Marco teórico: El aprendizaje de políticas y las capacidades del Estado

El aprendizaje de políticas no es un debate reciente. Las ciencias de políticas planteadas por Lasswell (1942) ya consideraban esta categoría como un mecanismo para retroalimentar la toma de decisiones y mejorar los resultados de las políticas. El aprendizaje fue entonces definido, como una forma de recopilar y procesar información relevante para el proceso de diseño de políticas, o para una etapa de formulación de soluciones (Deutsch, 1963). Dentro de ese mismo debate, Hecló (1976) incorporó la noción de incertidumbre al momento de formular políticas públicas, lo que condiciona los factores para hacer uso de los procesos de aprendizaje de otros gobiernos o el mismo (Goyal & Howlett, 2019).

Recientemente, los debates de políticas públicas han retomado la idea del aprendizaje de políticas como una forma de disminuir las fallas en el diseño (Leong & Howlett, 2022). Esto a partir de extraer experiencias exitosas de otros casos, y adaptarlas a los contextos propios de la gobernanza (Goyal & Howlett, 2018). Esto no sólo implica copiar una idea o solución implementada en otro escenario, sino también fortalecer los canales institucionales que propician esa respuesta gubernamental. Ello siempre y cuando el aprendizaje está anclado a las capacidades de política que tengan los gobiernos para diseñar una política pública, lo que lleva a considerar quién aprende, cómo aprende y con qué propósito lo hace (Bennett & Howlett, 1992).

En tanto, el aprendizaje se materializa principalmente con quienes toman las decisiones, derivado del conocimiento científico o social que se hace relevante en la formulación de soluciones. El aprendizaje está vinculado a la racionalidad de los actores. Por un lado, no todo proceso de diseño de políticas incorpora este mecanismo para la mejora de sus resultados, puesto que no todos los tomadores de decisiones están dispuestos a asumir costes políticos de algunas soluciones. Por otro lado, los actores basarán sus elecciones en torno a resultados positivos en otros contextos con el fin de lograr los objetivos propuestos en las políticas (Leong & Howlett, 2022) o motivados por intereses maliciosos (Legrand, 2018). Además, el aprendizaje está relacionado con los objetivos que no se han alcanzado, pero también con aquellos instrumentos desplegados por parte de otros gobiernos y que resultan positivos; en la medida que los tomadores de decisiones carezcan de experiencia en un problema de política.

El aprendizaje de política se activa generalmente, tras el fracaso de una política (McConnell, 2010). Sin embargo, también se puede dar en los casos donde un gobierno deba enfrentar problemas malvados (McConnell, 2016; Peters, 2018). Este tipo de problemas se define a partir de la visibilidad o interés colectivo, de una agenda global o de una urgencia. Por ejemplo, los problemas de seguridad, la pandemia por COVID-19 o el cambio climático, respectivamente, pueden significar altos niveles de visibilidad, desconocimiento de la naturaleza del problema o de las posibles soluciones; en tanto, se plantean al menos cuatro tipologías de problema (ver tabla 2), lo que puede significar que un problema mal definido conlleve a un despliegue equivocado de los instrumentos (Virani & Ramesh, 2019).

Tabla 2.
Tipología de problemas domésticos y malvados

		Naturaleza del conocimiento del problema	
		Conocido/bien definido y comprendido	Desconocido/no definido
Naturaleza del conocimiento de la solución	Conocido/bien definido y comprendido	Bien estructurado (problema doméstico) Ej. Control del tráfico automotor/ carreras callejeras	Problema mal estructurado Ej.: control del tabaco/adicción
	Desconocido/no definido	Soluciones mal estructuradas Ej. Personas sin hogar	Débilmente estructurado (problema malvado-super malvado) Ej. Pandemia por Covid-19

Fuente: Adaptado a partir de (Howlett, 2019, 18)

En algunos casos, los tomadores de decisiones se enfrentan a los altos niveles de incertidumbre que puede afectar la selección de instrumentos y la calibración en las capacidades del gobierno (Howlett, 2019). Ante este escenario, los diseñadores de políticas pueden comprender o no la naturaleza y extensión del problema, lo que puede activar la aplicación de aprendizajes de políticas exitosas de cara a cumplir los objetivos propuestos. El problema bien estructurado es aquel en el que los tomadores de decisiones tienen una buena comprensión de la solución y del problema. El problema mal estructurado por su parte, plantea un desconocimiento del problema o cuando este no es definido dentro de un enfoque acorde con sus impactos. Por su parte el problema malvado o super malvado, se constituye en el peor escenario al que se puede enfrentar el diseñador. *El wicked problems* se refiere a una cuestión resistente a ser solucionado (Rittel & Webber, 1973), y que desborda las capacidades de los gobiernos (Brugué et al., 2015) debido a su multidimensionalidad. Esto resulta en una primera aproximación al aprendizaje de políticas con el fin de que el diseñador tenga conocimiento sobre las posibles soluciones y la forma de enfrentar un problema malvado. Por ejemplo, en la pandemia por COVID-19 los gobiernos se enfrentaron a un problema de salud complejo, el cual abordó múltiples variables entre económicas, sociales, políticas o culturales. La pandemia, además, requirió dar respuestas inmediatas a las necesidades de salud, en el que las bajas capacidades de los gobiernos jugaron un rol relevante en la definición de soluciones, que principalmente se basaron en la incertidumbre y en las percepciones de diferentes coaliciones de actores o tomadores de decisión.

Bajo contextos de alta incertidumbre y problemas malvados o súper malvados, el aprendizaje de políticas puede ser implementado por medio de la difusión de políticas o por la transferencia de política. La primera dimensión responde a la aplicación de soluciones que resultaron exitosas en otros contextos (Goyal & Howlett, 2018; Lee et al., 2020). Mientras que la segunda, hace referencia al proceso en el que el conocimiento se utiliza en el desarrollo de políticas en un momento y lugar determinado (Marsden & Stead, 2011). Pero además, el aprendizaje puede comprender las capacidades previas creadas por parte de los gobiernos, que permiten enfrentar escenarios similares y tener mayor conocimiento ante problemas malvados o super malvados.

3.1. Modelo anidado de capacidades de política

Ante problemas malvados o súper malvados, los gobiernos requieren de habilidades para responder a las complejidades del contexto. Las capacidades de política son aquellas aptitudes y competencias (Howlett et al., 2015) que permiten tomar decisiones deliberadas en los procesos de diseño (Bali & Ramesh, 2018). En tanto, las capacidades se consideran una condición necesaria para cumplir con los objetivos de las políticas, mientras que las bajas capacidades se asocian a resultados no óptimos (Wu et al., 2018). Las capacidades se asocian con experiencia de la burocracia y de las instituciones, que llevan a decisiones inteligentes a la hora de responder a escenarios inmediatos (Painter & Pierre, 2005).

Las capacidades se agrupan en tres aptitudes y competencias: analítica, política y operacional. La capacidad analítica hace referencia a los conocimientos de la burocracia o de expertos que participan en el gobierno, que permite la búsqueda de soluciones y alternativas ante un problema. La capacidad política se refiere a las habilidades de negociación y conciliación institucionales, económicas o sociales que caracterizan a las instituciones del gobierno para seleccionar las mejores soluciones. Finalmente las capacidades operativas se relacionan con el manejo eficiente de los recursos (infraestructura, disposición de personal) que tiene un gobierno para lograr los objetivos (ver tabla 3).

Tabla 3.
Tareas del diseño de políticas con base en las capacidades

Analítica	Conceptualizar el problema en sus elementos constitutivos
	Generar evidencia de las causas fundamentales e identificar opciones plausibles para abordarlas
	Usar la evidencia y la información para tomar decisiones, usar los instrumentos, calibrar y ajustar los diseños
Operacional	Preparar y ejecutar un plan, garantizar que se cumplan los requisitos previos para el empleo de instrumentos
	Disponer del personal y recursos financieros y coordinar las actividades de ejecución
	Establecer mecanismos de rendición de cuentas y gobernanza
Política	Negociar y conciliar los intereses y la oposición de los stakeholders
	Comunicar el diseño y su propósito a los stakeholders y asegurar apoyo
	Navegar en el diseño a través del proceso político

Fuente: (Bali & Ramesh, 2018, 337)

La comprensión de las capacidades está vinculada con la selección adecuada de instrumentos. En tanto, estos deben estar ajustados al contexto que enfrenta y a las competencias que tenga el gobierno (Mukherjee & Bali, 2018), siendo las capacidades el engranaje en el proceso de las políticas y un punto esencial en el aprendizaje. Una buena selección de instrumentos se vincula a la habilidad de estos para lograr los objetivos, pero también dependerá de las capacidades instaladas o la habilidad de crear capacidades para que el instrumento sea implementado de forma correcta.

Tabla 4.
Dimensiones y consideraciones para un diseño efectivo

Dimensión	Consideraciones instrumentales	Consideraciones de capacidad del diseño
Analítica	¿Son los instrumentos capaces de resolver el problema?	¿Sabe la agencia qué instrumento utilizar? ¿Puede la agencia calibrar y usar el instrumento de política?
Política	¿Es socialmente aceptado el instrumento/políticamente viable su uso?	¿La agencia cuenta con legitimidad/habilidad para conciliar diferencias políticas o tratar con la oposición política?
Operacional	¿Es el instrumento operacionalmente factible?	¿La agencia cuenta con mecanismos de accountability, mecanismos de coordinación y burocracia capacitada?

Fuente: (Mukherjee & Bali, 2018, 361)

En tanto, las capacidades vinculadas a los instrumentos son condiciones suficientes para activar un proceso de aprendizaje en la toma de decisiones. Esto considera que en la medida que exista una experiencia que fortalezca dimensiones analíticas, políticas y operacionales previamente a un problema malvado o complejo, los gobiernos tendrán más habilidad para maniobrar la toma de decisiones y lograr efectos positivos en caso de urgencia.

4. Resultados

4.1. Problema super malvado: Pandemia COVID-19 y su fase de vacunación

El problema malvado o super malvado se caracteriza por el desconocimiento tanto de la naturaleza del problema como de las soluciones. La pandemia por COVID-19 comienza en 2019, cuando las autoridades sanitarias de Wuhan alertaron de la presencia de una nueva enfermedad respiratoria que causaba neumonía severa y muerte (González-Melado & Di Pietro, 2021). El virus no logró ser contenido a pesar de las primeras estrategias implementadas en China, por lo que para enero del 2020 se presentaron los primeros casos en Tailandia (OMS, 2020b). A finales de enero el contagio ya había llegado a Estados Unidos, y en febrero a América Latina. Para ese momento, las primeras evaluaciones identificaron que la transmisión se daba por contacto directo e indirecto con personas contagiadas, que la enfermedad presentaba o no síntomas y que el virus se esparcía en el aire (OMS, 2020c).

A mediados de año, la región presentaba el mayor número de casos confirmados a nivel mundial. Las primeras medidas adoptadas por la OMS se enfocaron en un Plan Estratégico de Preparación y Respuesta para fortalecer las capacidades de los sistemas de salud a nivel mundial. En esto participaron expertos de Alemania, Canadá, Estados Unidos, Japón, Corea del Sur, Rusia y Singapur. Las primeras medidas para enfrentar el contagio se basaron en la experiencia de países asiáticos en torno al confinamiento, el cierre de establecimientos públicos y medidas de salud como el lavado de manos. En meses posteriores, las medidas a nivel regional incluyeron arreglos a la política fiscal, monetaria, empresarial, estímulos económicos y alivio a la deuda. En este contexto, los gobiernos se enfrentaron a la necesidad de reapertura económica con el fin de disminuir el impacto negativo de la pandemia. Ante esto y también ante la necesidad de la reactivación económica y disminución de contagios y muertes por COVID-19, los gobiernos comenzaron a gestionar las vacunas como una medida de contención.

En este sentido, la fase de compra de vacunas previo a la implementación de las campañas de inmunización significó el primer momento que marcó el éxito o fracaso de la inmunidad de rebaño. Uruguay, por ejemplo, demoró en el despliegue de las campañas de vacunación, derivado de la fase de compra. Para el 2021 el presidente Lacalle Pou anunció la compra de tres millones de dosis Pfizer a través del mecanismo COVAX y gestionó acuerdos con la vacuna China Sinovac. Cuba, por su parte, dedicó sus esfuerzos al desarrollo de una vacuna contra la COVID-19; considerando su incapacidad política, dada las restricciones y sanciones por parte de Estados Unidos, para negociar con compañías extranjeras. Fue así, como Cuba produjo las dosis de la vacuna Soberana 02, llegando en 2021 a 100 millones de dosis para 11 millones de habitantes. Para 2023, Chile se consolidó como el país con el mayor porcentaje de inmunización de su población, seguido de Cuba, Perú y Brasil (ver gráfico 1).

Pero, ¿cómo los países lograron esta inmunización? Los resultados tienden a ser dispares en toda la región. Sin embargo, las explicaciones pueden estar dadas por los procesos de aprendizaje por difusión, transferencia o las capacidades instaladas de algunos gobiernos en campañas de vacunación.

Gráfico 1.
Porcentaje de población con vacuna completa



Fuente: elaboración propia con base en (CEPAL, 2023)

4.2. Aprendizaje por transferencia: el mecanismo COVAX en la compra de vacunas

El mecanismo de acceso mundial a la vacuna contra la COVID-19 COVAX (*Covid-19 Vaccines Global Access*), surge con la necesidad de distribuir equitativamente las vacunas contra la COVID-19 y asegurar el acceso a nivel mundial. En marzo del 2020, se da inicio al trabajo de financiación de emergencia a los países y para junio se lanza el compromiso anticipado de mercado COVAX priorizando 92 países de renta nacional baja per cápita inferior a 4000 USD (Yoo et al., 2022). De ese grupo, 10 países latinoamericanos formaron parte. Para septiembre, COVAX había recibido solicitudes de 156 países, lo que incentivó a una firma de acuerdos de suministro adicional (OPS, 2022).

Esta decisión se basó en acuerdos y negociaciones a nivel internacional, con sectores del gobierno, organizaciones mundiales de salud, fabricantes, academia, sector privado y sociedad civil (OMS, 2020a). Dicha decisión formó parte de los tres pilares del Acelerador de Acceso a las Herramientas COVID-19 (ACT). El ACT se orientaba a proporcionar acceso a diagnósticos, tratamientos y vacunas bajo los principios de equidad y accesibilidad. Bajo este modelo, el mecanismo COVAX se centró en la adquisición de vacunas para países cuyos gobiernos presentaban bajas capacidades de entrar a los procesos de negociación con el mercado. A esta iniciativa, se unieron los países con mayor desarrollo e investigaciones como Estados Unidos, Reino Unido y Alemania, al igual que la Coalición para las Innovaciones en la Preparación de las Epidemias (CEPI), Gavi, la Alianza para las Vacunas, la OPS, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) que logró gestionar alrededor de dos mil millones de dosis para distribuir en 190 países (Tatar et al., 2021).

Para enero del 2021, las primeras dosis de COVAX se enviaron a India. Mientras tanto, en América Latina la gestión de vacunas se realizó a través del Fondo Rotatorio de la OPS, definido como el encargado de hacer las negociaciones, compras y envíos a 36 países par-

ticipantes. Para los primeros meses, COVAX entregó 728 mil vacunas a 5 países de la región (OPS, 2021b). Las primeras 117.000 dosis llegan a Colombia en febrero de este mismo año. Estas dosis se enfocaron en la iniciativa piloto denominada “Primera Ola”, en donde algunos países recibieron la vacuna Pfizer/BioNTech como parte de la cuota total asignada; posteriormente se asignaron vacunas de AstraZeneca/Oxford. Bajo este mecanismo, Colombia se caracterizó por la negociación y acuerdos bilaterales, los cuales permitieron iniciar con las campañas de vacunación el 17 de febrero (OPS & OMS, 2021). Bajo este piloto, Perú, El Salvador y Bolivia recibieron las siguientes dosis de vacuna Pfizer/BioNTech, logrando así cumplir la meta de cobertura entre 2,2 y el 2,6% de la población en la región. Mientras que Guatemala, Honduras y Jamaica continuaron con el envío de vacunas en los siguientes meses. Para marzo, 12 millones de dosis se enviaron a 29 países en África (The Lancet, 2021). Para junio, COVAX firma un acuerdo con 5 fabricantes y recauda financiación adicional, en donde el G7 se compromete a atender estos esfuerzos.

Con la aprobación de la vacuna Johnson & Johnson, el mecanismo COVAX aseguró cerca de 100 millones de dosis para el 2021 y 500 millones para 2022 (OPS, 2021b). Para 2022 se registraron más de 406 millones de dosis de vacunas a más de 144 países, en donde el 28% de las dosis fueron enviadas a países africanos; aunque el desafío en África subsahariana sigue siendo alto en comparación con países de renta media y alta (Grenfell & Oyeyemi, 2023).

El COVAX apuntó a enfrentar el tema de desigualdad alrededor del acceso a las vacunas. Esta iniciativa ya había formado parte de otras luchas contra la erradicación de enfermedades transmisibles. Este mecanismo basado en una gobernanza multinivel reúne capacidades financieras, jurídicas y operacionales de actores de mercado y organizaciones mundiales que aportaron a la toma de decisiones por parte de los gobiernos a nivel nacional (von Bogdandy & Villarreal, 2020).

Del mecanismo COVAX se registraron 1,8 mil millones de dosis, logrando un 50% de suministro a países de renta baja, en donde 87 economías de bajos ingresos recibieron dosis, y se estima que al menos 2,7 millones de muertes fueron evitadas (GAVI, 2021). A partir de estas iniciativas, en el 2023 la Junta Directiva del Fondo para pandemias aprueba un financiamiento de USD 300 millones para países en vía de desarrollo para el fortalecimiento de sistemas de alerta temprana, vigilancia integral de enfermedades y capacidad de personal para atender el COVID-19 y futuras pandemias. Su objetivo apunta a la atracción de proyectos de alto impacto, catalización de financiamiento para la prevención, preparación y respuesta, y la promoción de la cooperación y coordinación .

4.3. Aprendizaje por capacidades instaladas: negociación e implementación de campañas

Con la fabricación de las vacunas, los gobiernos comenzaron a desplegar estrategias de compra; aunque algunos hicieron parte del desarrollo en conjunto con los actores privados y académicos. A Chile se le atribuye como estrategia principal las negociaciones con preacuerdos para asegurar millones de dosis con las principales industrias productoras de las vacunas como AstraZeneca, Moderna, Pfizer y Sinovac. En este sentido, destinó un presupuesto inicial de 200 millones de dólares con proyecciones hasta los 300 millones de USD para la compra de vacunas. Pero, además, se destacó su capacidad de coordinación entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación y la Subsecretaría de Relaciones Económicas de la Cancillería (BBC, 2021); además de incorporar a la academia en estudios y pruebas de los laboratorios.

Sin embargo, no todos los países contaron con estas articulaciones, en tanto la preocupación principal fue la del acceso y la equidad en las vacunas para aquellos países de menores ingresos. Para ello, se gestionaron mecanismos como COVAX que buscaba garantizar que los países con bajas capacidades lograran acceder a las dosis. Sin embargo, otro de los puntos importantes para el logro de una alta cobertura de inmunización se asoció a las capacidades instaladas tanto políticas como operativas de los gobiernos en la región.

Chile por ejemplo, se caracterizó por tener un alto porcentaje de población completamente inmunizada. Para junio del 2023, el país contaba con el 90,71% de población con el esquema de dosis completa; mientras que Bolivia tan solo llegó al 50%. Otros países de la región que lograron estar sobre el 80% fueron Uruguay, Perú, Argentina, y Costa Rica. En general, el número de dosis aplicadas en la región osciló entre el 70 y el 85% (la tabla 4 presenta los porcentajes de población con esquema completo de vacunación).

Tabla 5.
Total de vacunas administradas a 2023

	Porcentajes de la población con esquema completo de vacunación contra COVID-19	Total Muertes	Total Casos
Costa Rica	81,69	9.245	1.209.725
México	64,6	333.188	7.483.444
Chile	90,71	64.273	5.192.286
Ecuador	79,16	36.014	1.057.121
Argentina	83,53	130.472	10.044.957
Perú	83,83	219.539	4.487.553
Bolivia	51	22.365	1.194.277
Colombia	71,18	142.339	6.359.093
Paraguay	52,42	19.878	808.401
Uruguay	84,46	7.617	1.034.303
Brasil	80,4	699.310	37.085.675

Fuente: elaboración propia a partir de (CEPAL, 2023)

En Chile, la meta del gobierno fue lograr la inmunización del 80% de su población mediante la implementación del Plan de vacunación. La primera fase priorizó a trabajadores de la salud, transporte y personal militar (CEPAL, 2022). Para ello, crearon el Comité de Vacunas, instrumento que luego se priorizó en otros países de la región (difusión de políticas). Este Comité tenía el rol de evaluar las mejores estrategias y negociar la compra. Tanto así que para diciembre del 2020, el gobierno había logrado la primera adquisición de la vacuna Pfizer-BioNTech y en enero del 2021 ya contaba con el arribo de Sinovac y AstraZeneca.

México por su parte, también comenzó el proceso de compra desde octubre del 2020. Además se incorporó al mecanismo COVAX logrando así tener acceso a 198 millones de dosis de AstraZeneca, Pfizer y CanSino. Para diciembre del 2020, comenzaron a llegar las primeras dosis de Pfizer-BioNTech; sin embargo, el segundo paquete de dosis llegó a finales de febrero con Sinovac y AstraZeneca (CEPAL, 2022). Colombia por su parte, pre-

sentó una estrategia similar mediante mecanismos bilaterales y multilaterales, alcanzando en promedio 70 millones de dosis, de las cuales 51.5 se recibieron mediante el mecanismo COVAX; además de negociar contratos con grandes farmacéuticas como Pfizer (10 millones de vacunas), AstraZeneca (10 millones de vacunas) Johnson & Johnson (9 millones de vacunas), Moderna (10 millones de vacunas) y Sinovac (7.5 millones de vacunas). Países de la región como Costa Rica y México contaron con capacidades operativas instaladas a partir de campañas de vacunación anteriores. Costa Rica, por ejemplo, fue parte de la fundación de la OPS y miembro desde 1947 y desde 1963, se abre una oficina permanente en el país, que permitió trabajar y coordinar estrategias claves para el mejoramiento de la calidad de la salud de la población.

Ecuador por su parte, hace parte de la OPS desde 1951, la cual ha permitido generar procesos de cooperación técnica, fortalecer instituciones del sector salud y la aplicación del enfoque transversal de género e interculturalidad. Además, se ha fortalecido con la implementación de estrategias propias de la región andina. En el contexto de la Amazonía, países como Colombia, Brasil y Perú también han generado estrategias transnacionales de implementación de campañas de vacunación que permitieron la cobertura en zonas alejadas de los países. La tabla 6, define las capacidades operativas y políticas a partir de la clasificación propuesta por Capano (2020). Se definen como “fuerte” en torno a aquellas capacidades instaladas para la implementación de campañas de vacunación, “débiles” cuando las campañas se realizan en contextos de debilidad institucional, y “no preparada” para aquellos contextos con bajos niveles de aplicación de campañas. Lo mismo para las capacidades políticas en torno a negociación y habilidades de los gobiernos para el logro de convenios y contratos para la compra de vacunas.

Tabla 6.
Capacidades de política en América Latina

País	Capacidad operacional (capacidades instaladas campañas vacunación)	Capacidades Políticas (negociación en la compra de vacunas/ apoyo mecanismo COVAX)	Nivel de efectividad/falla
Costa Rica	Fuerte	Fuerte	81,69
México	Fuerte	Débil	64,6
Chile	Fuerte	Fuerte	90,71
Ecuador	Débil	No preparada	79,16
Argentina	Débil	No preparada	83,53
Perú	Fuerte	No preparada	83,83
Bolivia	Débil	Débil	51
Colombia	No preparada	Fuerte	71,18
Paraguay	Débil	Débil	52,42
Uruguay	Fuerte	No preparada	84,46
Brasil	Fuerte	Fuerte	80,4

Fuente: elaboración propia

4.4. Aprendizaje por difusión y capacidades operativas: Innovaciones en Inmunización

Los países latinoamericanos mediante la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, han generado un modelo que plasma iniciativas exitosas para crear capacidades en torno a campañas de vacunación. Los modelos se derivan de experiencias enfocadas en la vacunación de niñas y niños; sin embargo, estos mecanismos han sido relevantes en el despliegue de campañas de inmunización contra la COVID-19. Al igual que México y Guatemala, los países andinos, por ejemplo, han venido implementando la estrategia de vacunación transfronteriza. Esto ha garantizado la inmunización en comunidades con difícil acceso. La iniciativa colombiana sobre las campañas de vacunación en zonas ribereñas complementa esta estrategia. Cuba es de los países con mayor difusión de innovaciones en inmunización a nivel regional. La capacidad instalada ha permitido una cobertura y el despliegue de campañas puerta a puerta, similar a la estrategia planteada en Uruguay con la vacunación móvil (ver tabla 4).

Alrededor de estas estrategias, la OPS desde el 2002 viene desarrollando la Semana de Vacunación de las Américas (SVA). Esta nace a partir del brote de sarampión endémico ocurrido en la región, el cual conllevó a establecer un acuerdo entre los ministerios de salud de la subregión Andina para institucionalizar un mecanismo que incentivara la implementación de jornadas de vacunación, que en estos años ha logrado que alrededor de 1.000 millones de personas tengan vacunas con el objetivo de poner fin o prevenir brotes. Esta iniciativa de difusión busca el compromiso político de los gobiernos, la priorización de recursos en temas de inversión en investigación e implementación de campañas (OPS & OMS, 2024b). La SVA busca, además, impulsar la equidad y el acceso a servicios de salud y a la vacunación de toda la población, principalmente las ubicadas en zonas periféricas, rurales y fronterizas. Desde esta iniciativa, 40 países de las Américas se han incorporado para crear conciencia sobre la importancia de la inmunización (OPS & OMS, 2024a).

Otra de las iniciativas fue la instalación del Comité Andino de Inmunizaciones. Esta iniciativa está a cargo del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) en conjunto con los Ministerios de Salud de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. El objetivo de este Comité fue la de articular y compartir experiencias propias del contexto andino en la implementación de los sistemas de inmunización; además de promover estrategias de comunicación entre países. Aunque formalmente comienza a funcionar en 2022, la Secretaría del ORAS-CONHU comenzó los diálogos entre gobiernos desde el 2020, de cara a la implementación de las campañas de vacunación contra la COVID-19 (ORAS-CONHU, 2022). A partir de esta caracterización, se establecen otras estrategias propias de la difusión de políticas en la región que permitieron un mayor despliegue de las campañas de vacunación contra la COVID-19 en la región:

Tabla 7.
Aprendizaje por difusión: Innovaciones en vacunación en la región

País	Iniciativa	Características
Argentina	Efecto mariposa: vacunación de personas en situación de calle con enfoque comunitario	Esta iniciativa está a cargo del Ministerio de Salud. El objetivo fue identificar el riesgo en personas en situación de calle, garantizando su derecho a la vacunación.
	La Pampa: enfoque emocional en vacunación	Esta estrategia se enfocó en un grupo poblacional específico: los niños. Este proyecto estimula la vacunación en personas a través de muñecos de felpa “Monstruo de las emociones”.

País	Iniciativa	Características
	Neuquén: Jornada de ESAVI/EVA-DIE	Este proyecto hizo parte del Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19 enfocado a la vigilancia epidemiológica.
Bahamas	<i>Bahamas vaccination campaign</i>	Se enfoca en la difusión de información sobre la efectividad de la vacunación en niñas, niños y adolescentes. Promueve la rutina de inmunizaciones a través de redes sociales y televisión local.
Belize	<i>Programme on immunization and vaccine preventable Disease Surveillance Workshop</i>	Este programa se enfoca en la salud materna y en niños. Mediante talleres, se discute la importancia de la vacunación para disminuir los indicadores nacionales asociados a enfermedades como el sarampión y la poliomielitis.
Brasil	<i>Arvorezinha: Vacinação com uma Dose de Amor</i>	Estas campañas están asociadas a la importancia de la vacunación en los primeros años de vida. Su objetivo es humanizar la vacunación mediante un método fácil que consiste en que los padres estén cerca de sus hijos. La vacunación se aplica durante la lactancia o la toma de biberón.
Chile	Farmacovigilancia activa y comunicación de riesgo en vacunas	Esta iniciativa está a cargo del Instituto de Salud Pública de Chile (ISP), que prioriza la capacitación al personal de la salud, promoviendo herramientas de información y beneficios de la inmunización.
Colombia	Vacunación en las riberas de los ríos del Putumayo	En conjunto con la OPS, y con apoyo del gobierno canadiense, esta iniciativa prioriza el acceso a vacunación de niñas y niños en zonas alejadas. Para ello, se han adquirido embarcaciones para facilitar el transporte fluvial de los equipos de vacunación, llegando así a los municipios más aislados en las zonas rurales.
Costa Rica	Hasta el último niño	Esta campaña se enfoca en asegurar la protección de los niños y niñas mediante la inmunización, pero a partir de una atención primaria (ATAP).
Cuba	Estrategia de vacunación	Con la vacuna de la COVID-19, se desplegó una estrategia de inmunización para niñas y niños mayores de 2 años. La iniciativa buscó la identificación de población pendiente de vacunación, la captación activa y pasiva a través de medios de comunicación y puntos de vacunación, vacunación casa por casa, coadministración de vacunas y vacunación escolar.
México	Vacunación Transfronteriza	Apunta a tratar enfermedades como poliovirus y sarampión, mediante actividades conjuntas de vacunación en lugares con un alto flujo de personas en situación de movilidad.
Uruguay	Vacunatorio móvil	Hace parte de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLAEP). Esta campaña se traslada a centros culturales, sociales, salones comunales y centros de atención primaria.

Fuente: con base en (OPS & OMS, 2022a)

5. Discusión

La comprensión sobre el éxito de las campañas de vacunación en algunos países de la región, puede realizarse a partir de los procesos de aprendizaje. En general, este proceso se puede dar por la difusión de políticas, por la transferencia, por las capacidades o por una mezcla entre cualquiera de estas. La COVID-19 se define como un problema super malvado. Este se vincula a una problema global que se enmarcó en una dimensión de salud, pero que en América Latina reflejó condiciones asociadas a lo económico y social que se agudizó en la pandemia. Además de eso, el contexto de incertidumbre en términos de la propagación del virus y sus consecuencias, complejizó la toma de decisiones por parte de los gobiernos nacionales y las recomendaciones de organismos internacionales.

Todo ello, en conjunto, llevó a la activación de diferentes mecanismos como COVAX, el Comité Andino de Inmunizaciones o el fortalecimiento de la Semana de Vacunación de las Américas, que garantizó la implementación de campañas de vacunación. No obstante, este proceso fue conjunto a los procesos de transferencia de conocimientos entre países de la región, al igual que la difusión de respuestas gubernamentales tanto a la pandemia como a otras epidemias. La tabla 8 plantea de forma transversal la comprensión del aprendizaje de políticas. Por difusión, se definen las campañas difundidas por diferentes países que fortalecieron las capacidades de negociación de los gobiernos con diferentes farmacéuticas. Por transferencia, se define el mecanismo COVAX como el principal modelo para generar y transferir capacidades y conocimientos a los gobiernos con menores ingresos. Por capacidades, agrupa la difusión y la transferencia en torno a la negociación de los países; vinculado, además, a capacidades instaladas y la coordinación entre actores académicos, gubernamentales y de mercado en algunos países de la región.

Tabla 8.
Dimensiones de aprendizaje en la pandemia por COVID-19 en ALC

Aprendizaje de Políticas	Contexto del COVID-19
Por difusión	Campañas: los países con mayor capacidades de negociación, se asocian al aprovechamiento en la difusión de estrategias previas al contexto de la COVID-19
Por transferencia	Mecanismo COVAX: permitió transferir capacidades y conocimientos relacionados con negociación de vacunas y accesibilidad a población vulnerables
Por capacidades	<p><i>Políticas:</i> negociación binacional, organismos internacionales y público-privado</p> <p><i>Analíticas:</i> habilidades burocráticas</p> <p><i>Operativas:</i> despliegue en campañas de vacunación</p>

Fuente: elaboración propia

El despliegue de mecanismos de vacunación conllevó a la implementación de estrategias a diferentes escalas en los países latinoamericanos. El debate sobre políticas públicas, ha venido trabajando en torno a una categoría que permite comprender cómo los gobiernos toman decisiones. El aprendizaje de políticas se ha venido trabajando desde los años noventa; sin embargo, en los últimos años se ha retomado este debate alrededor del marco de diseño de políticas que viene tomando fuerza en el estudio del proceso de las políticas públicas. Esta categoría resulta relevante para analizar la toma de decisiones alrededor de

la pandemia por COVID-19. Este artículo propone tres dimensiones para comprender este debate. La primera dimensión está asociada a la difusión de las políticas. Con la complejidad del problema, organismos internacionales y gobiernos con mayor experiencia comenzaron a difundir estrategias en torno a las campañas de vacunación. La difusión permitió que países con poca experiencia adquirieran capacidades para tomar decisiones en torno a la contención de la propagación; sin embargo, esta dimensión no lograría explicar per se, el éxito o fracaso de la vacunación.

Por otro lado, la transferencia de políticas se vincula a la creación del mecanismo COVAX, como una forma de apoyo y fortalecimiento de las capacidades de gobierno. Esta se enfocó en un objetivo asociado a la equidad y la accesibilidad de las dosis de vacuna contra la COVID-19 en países de renta baja o con débiles capacidades de negociación con fabricantes. Finalmente, las capacidades instaladas, asociadas primero a la experiencia de los países en torno a las relaciones público-privadas como es el caso chileno, y segundo vinculadas a la fortaleza de los sistemas de salud tanto públicos como privados que permitieron el despliegue de campañas de vacunación más efectivas.

De acuerdo al contexto de la pandemia por COVID-19, el aprendizaje se postula como una categoría que integra al menos tres dimensiones definidas como condiciones necesarias para el logro de objetivos de política. Sin embargo, las configuraciones de estas tres dimensiones se pueden definir como condiciones suficientes para explicar el fortalecimiento de los sistemas de salud y la toma de decisiones.

Finalmente, este artículo plantea dos agendas de investigación. La primera se orienta a un debate teórico a ser incorporado en el estudio de las políticas públicas en América Latina. Segundo, un debate práctico en torno a la necesidad de generar procesos de aprendizaje de cara a futuras pandemias. La COVID-19 permitió en la región considerar elementos de la toma de decisiones que tienden a ser débiles con respecto a la economía, la salud y la educación, sobretodo en un contexto de alta vulnerabilidad tanto en zonas periféricas poco servidas como en zonas rurales con difícil acceso. En tanto, las capacidades que se pueden crear a partir de procesos de aprendizaje post pandemia, requieren de mayor atención por parte de los tomadores de decisiones.

REFERENCIAS

- Bali, A. S., & Ramesh, M. (2018). Policy Capacity: A Design Perspective. In M. Howlett & I. Mukherjee (Eds.), *Routledge Handbook of Policy Design* (First, pp. 331-344). Routledge.
- BBC. (2021). Cómo se convirtió Chile en el líder de la vacunación contra la covid-19 de América Latina. Noticias. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56267103>
- Bennett, C. J., & Howlett, M. (1992). The lessons of learning: Reconciling theories of policy learning and policy change. *Policy Sciences*, 1(25), 275-294.
- Brugué, Q., Canal, R., & Paya, P. (2015). ¿Inteligencia administrativa para abordar “problemas malditos”? El caso de las comisiones interdepartamentales. *Gestión y Política Pública*, XXIV(1), 85-130.
- Capano, G. (2020). Policy design and state capacity in the COVID-19 emergency in Italy: if you are not prepared for the (un)expected, you can be only what you already are. *Policy and Society*, 39(3), 326-344. <https://doi.org/10.1080/14494035.2020.1783790>
- Castañeda Guillot, C., Martínez Martínez, R., López Falcón, A., Castañeda Guillot, C., Martínez Martínez, R., & López Falcón, A. (2021). Grandes pandemias y sus desafíos. Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores, 8(3), 1-20. <https://doi.org/10.46377/DILEMAS.V8I3.2671>
- CEPAL. (2022). Desarrollo, distribución y cadena de suministro de vacunas contra el COVID-19 en Chile, Cuba y México | CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48111-desarrollo-distribucion-cadena-suministro-vacunas-covid-19-chile-cuba-mexico>
- CEPAL. (2023, October). Observatorio Covid-19 en América Latina y el Caribe. Observatorio . <https://www.cepal.org/en/subtopics/covid-19>
- Coronaviridae Study Group, I. (2020). The species severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nature Microbiology*, 5, 536-544. <https://doi.org/https://doi.org/10.1038/s41564-020-0695-z>
- Deutsch, K. W. (1963). The Nerves of Government Models of Political Communication and Control. *Open Journal of Political*

- Science, 6(2), 243–249. [https://www.scirp.org/\(S-351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/References-Papers.aspx?ReferenceID=1725611](https://www.scirp.org/(S-351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/References-Papers.aspx?ReferenceID=1725611)
- GAVI. (2021). Instalación de COVAX. <https://www.gavi.org/covax-facility>
- González-Melado, F. J., & Di Pietro, M. L. (2021). La vacuna frente a la COVID-19 y la confianza institucional. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 39(10), 510–515. <https://doi.org/10.1016/J.EIMC.2020.08.001>
- Goyal, N., & Howlett, M. (2018). Lessons Learned and Not Learned: Bibliometric Analysis of Policy Learning. In *International Series on Public Policy* (pp. 27–49). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-319-76210-4_2
- Goyal, N., & Howlett, M. (2019). Framework or metaphor? Analysing the status of policy learning in the policy sciences. *Journal of Asian Public Policy*, 12(3), 257–273. <https://doi.org/10.1080/17516234.2018.1493768>
- Grenfell, R. F. Q., & Oyeyemi, O. T. (2023). Access to COVID-19 vaccines and testing in Africa: the importance of COVAX - Nigeria as a case study. *Pathogens and Global Health*, 117(2), 152–166. <https://doi.org/10.1080/20477724.2022.2091862>
- Hecló, H. (1976). Modern Social Politics in Britain and Sweden: From Relief to Income Maintenance. *Politics & Society*, 6(1), 119–119. <https://doi.org/10.1177/003232927600600110>
- Howlett, M. (2019). The Policy Design Primer. Choosing the Right Tools for the Job (First).
- Howlett, M., & Mukherjee, I. (2014). Policy design and non-design: Towards a spectrum of policy formulation types. *Politics and Governance*, 2(2), 57–71. <https://doi.org/10.17645/pag.v2i2.149>
- Howlett, M., Ramesh, M., & Wu, X. (2015). Understanding the persistence of policy failures: The role of politics, governance and uncertainty. *Public Policy and Administration*, 30(3–4), 209–220. <https://doi.org/10.1177/0952076715593139>
- Lasswell, H. (1942). The relation of ideological intelligence to public policy. *Chicago Journals*, 53(1), 25–34. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Lee, S., Hwang, C., & Moon, M. J. (2020). Policy learning and crisis policy-making: quadruple-loop learning and COVID-19 responses in South Korea. *Policy and Society*, 39(3), 363–381. <https://doi.org/10.1080/14494035.2020.1785195>

- Legrand, T. (2018). Structure, Agency and Policy Learning: Australia's Multinational Corporations Dilemma. *International Series on Public Policy*, 215-241. https://doi.org/10.1007/978-3-319-76210-4_10
- Leong, C., & Howlett, M. (2022). Policy Learning, Policy Failure, and the Mitigation of Policy Risks: Re-Thinking the Lessons of Policy Success and Failure. *Administration and Society*, 54(7), 1379-1401. <https://doi.org/10.1177/00953997211065344>
- Marsden, G., & Stead, D. (2011). Policy transfer and learning in the field of transport: A review of concepts and evidence. *Transport Policy*, 18(3), 492-500. <https://doi.org/10.1016/J.TRANPOL.2010.10.007>
- Mayoclinic. (2021). Diferentes tipos de vacunas contra la COVID-19: cómo funcionan - Mayo Clinic. *Vacunas Covid 19*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/different-types-of-covid-19-vaccines/art-20506465>
- McConnell, A. (2010). *Understanding Policy Success: Rethinking Public Policy*. Palgrave Macmillan.
- McConnell, A. (2016). Reappraising Wicked Problems: Wicked Policy vs. Simple Politics. *Political Studies Association (PSA), 66th Annual International Conference*, 21-23.
- Migone, A. R. (2020). Trust, but customize: federalism's impact on the Canadian COVID-19 response. *Policy and Society*, 39(3), 382-402. <https://doi.org/10.1080/14494035.2020.1783788>
- Mukherjee, I., & Bali, A. S. (2018). Capacities and Customization in Policy Design. In M. Howlett & I. Mukherjee (Eds.), *Routledge Handbook of Policy Design* (first, pp. 359-371). Routledge.
- OMS. (2020a). COVAX explicado. *Covax*. <https://www.gavi.org/vaccineswork/covax-explained>
- OMS. (2020b). Covid-19: Cronología de la actuación de la OMS. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- OMS. (2020c). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). In *The WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (Issue February)*. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
- OPS. (2021a). Sinovac CoronaVac vacuna contra la COVID-19 - Recomendaciones provisionales y más información - OPS/OMS |. Organización Panamericana de La

- Salud.<https://www.paho.org/es/documentos/sino-vac-coronavac-vacuna-contracovid-19-recomendaciones-provisionales-mas-informacion>
- OPS. (2021b, March 17). Crece el número de entregas de vacunas COVID-19 a través del Mecanismo COVAX en América Latina y el Caribe. <https://www.paho.org/es/noticias/17-3-2021-crece-numero-entregas-vacunas-covid-19-traves-mecanismo-covax-america-latina#>
- OPS. (2022). COVAX en las Américas. <https://www.paho.org/es/covax-americas>
- OPS, & OMS. (2021, March). Colombia recibe las primeras vacunas que llegan a las Américas a través de COVAX. <https://www.paho.org/en/news/1-3-2021-colombia-receives-first-vaccines-arriving-americas-through-covax#>
- OPS, & OMS. (2022a). Innovaciones en Inmunización. Inmunización.
- OPS, & OMS. (2022b, May 2). En la Amazonía, salvar vidas a través de la vacunación une esfuerzos de tres países. Noticias . <https://www.paho.org/es/noticias/2-5-2022-amazonia-salvar-vidas-traves-vacunacion-une-esfuerzos-tres-paises>
- OPS, & OMS. (2024a). Semana de Vacunación en la Américas (SVA). Semana de “La Vacunación En Las Américas”. <https://www.paho.org/es/semana-vacunacion-americas>
- OPS, & OMS. (2024b, April 22). OPS realiza lanzamiento regional de la Semana de Vacunación de las Américas 2024. <https://www.paho.org/es/noticias/22-4-2024-ops-realiza-lanzamiento-regional-semana-vacunacion-americas-2024>
- OPS, & OMS. (2024c, April 22). OPS realiza lanzamiento regional de la Semana de Vacunación de las Américas 2024 -. Noticias. <https://www.paho.org/es/noticias/22-4-2024-ops-realiza-lanzamiento-regional-semana-vacunacion-americas-2024>
- ORASCONHU. (2022, May 27). Se instaló Comité Andino de Inmunizaciones para contribuir a las coberturas de inmunización en la región. Organismo Andino de Salud . <https://www.orasconhu.org/es/se-instalo-comite-andino-de-inmunizaciones-para-contribuir-las-coberturas-de-inmunizacion-en-la>
- Painter, M., & Pierre, J. (2005). Challenges to State Policy Capacity. In M. Painter & J. Pierre (Eds.), Challenges to State Policy Capacity (1st ed., pp. 1-18). Palgrave MacMilan. <https://doi.org/10.1057/9780230524194>

- Paz-Gómez, D., & Santelices, M. (2020). (In) capacidades de política en tiempos de Covid-19: comprendiendo las respuestas económicas de Colombia y Ecuador. *Análisis Político*, 100(1), 72-91. <https://doi.org/https://doi.org/10.15446/anpol.v33n100.93362>
- Peters, G. B. (2018). Policy problems and policy design. In *Policy Problems and Policy Design*. <https://doi.org/10.4337/9781786431356>
- Rittel, H. W. J., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a General Theory of Planning*. In *Policy Sciences* (Vol. 4).
- Saleh, A., Qamar, S., Tekin, A., Singh, R., & Kashyap, R. (2021). Vaccine Development Throughout History. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/CUREUS.16635>
- Sputnik V. (2021). Sobre Sputnik V. Página Oficial . <https://sputnikvaccine.com/esp/about-vaccine/#>
- Tatar, M., Shoorekchali, J. M., Faraji, M. R., & Wilson, F. A. (2021). International COVID-19 vaccine inequality amid the pandemic: Perpetuating a global crisis? *Journal of Global Health*, 11, 1-3. <https://doi.org/10.7189/JOGH.11.03086>
- The Lancet. (2021). Access to COVID-19 vaccines: looking beyond COVAX. *Lancet* (London, England), 397(10278), 941. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00617-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00617-6)
- Virani, A., & Ramesh, M. (2019). How neglecting policy mechanisms can lead to policy failure: insights from public-private partnerships in India's health sector. In A. Capano, Giliberto; Howlett, Michael; Ramesh, M; Virani (Ed.), *Making Policies Work First-and second-order mechanisms in Policy Design* (First, pp. 76-95). Edward Elgar Publishing, Inc. <https://doi.org/10.4337/9781788118194>
- von Bogdandy, A., & Villarreal, P. (2020). The Role of International Law in Vaccinating Against COVID-19: Appraising the COVAX Initiative. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/SSRN.3733454>
- Wu, X., Ramesh, M., & Howlett, M. (2018). *The Public Policy Primer: Managing the Policy Process* - Xun Wu, M. Ramesh, Michael Howlett, Scott A. Fritzen - Google Libros (Second). Routledge. <https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=iu80DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT12&dq=policy+process+howlett&ots=uoOpfunllm&sig=TrmmmevFVjfkWEPT9qpcUHlxyQ#v=onepage&q=policy+process+howlett&f=false>

Yoo, K. J., Mehta, A., Mak, J., Bishai, D., Chansa, C., & Patenaude, B. (2022).
COVAX and equitable access to COVID-19 vaccines.
Bulletin of the World Health Organization, 100(5),
315. <https://doi.org/10.2471/BLT.21.287516>