

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ECONOMÍA Y RELACIONES INTERNACIONALES
MAESTRÍA EN ESTUDIOS DE DESARROLLO GLOBAL



GESTIÓN DE LA CRISIS DEL COVID-19 EN EL ÁMBITO SOCIAL Y SANITARIO EN
LATINOAMÉRICA EN EL AÑO 2020. CASOS MÉXICO Y COLOMBIA.

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRO EN ESTUDIOS DEL DESARROLLO GLOBAL

PRESENTA:

DIEGO ALEJANDRO CASTELLANOS CASTAÑEDA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. DAVID ROCHA ROMERO

Tijuana, Baja California, enero del 2023

Tabla de contenido

Siglas y acrónimos.....	6
Introducción.	1
Capítulo I. Planteamiento del Problema.....	5
1.1. Preguntas de investigación.....	10
1.2. Justificación.....	10
1.3. Objetivos	14
1.3.1. <i>Objetivo General</i>	14
1.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	14
1.4. Hipótesis.....	14
Capitulo II. Globalización de la salud y nueva realidad, antecedentes y conceptos. 16	
2.1. Estado del arte.....	¡Error! Marcador no definido.
2.1.1. Marco Referencial	¡Error! Marcador no definido.
2.1.2. Marco Teórico.....	16
Capitulo III. Metodología y análisis de información.	50
3.1. Tipo de estudio	50
3.2. Ruta Metodológica	51
3.3. Panorama de la región Latinoamericana antes de la pandemia	53
3.4. Caso Colombia.	60
3.4.1. Sistema de salud colombiano y panorama previo al COVID-19.....	60

3.4.2. Impacto del COVID-19 y tasa de fallecimientos	68
3.3.3. Respuestas gubernamentales frente al COVID-19	71
3.5. Caso México	79
3.5.1. Sistema de salud y panorama previo al COVID-19	79
3.5.2. Impacto COVID-19 y tasa de fallecimientos	89
3.5.3. Respuestas gubernamentales frente al COVID-19	94
4. Conclusiones	101
Referencias.....	112

Índice de tablas

Tabla 1 Evolución del gasto en salud en Colombia	62
Tabla 2 Respuestas gubernamentales de contención y cierres en Colombia.....	73
Tabla 3 Respuestas económicas de Colombia	75
Tabla 4 Medidas de salud en Colombia	78
Tabla 5 Presupuesto gasto en salud en México	83
Tabla 6 Infraestructura sanitaria de México para combatir el COVID-19.....	85
Tabla 7 Políticas de contención y cierres en México	95
Tabla 8 Medidas económicas de México	97
Tabla 9 Medidas de salud de México	100

Índice de figuras

Figura 1 Deuda pública como Porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) en América Latina en 2020. .56

Figura 2 Tasas de pobreza y pobreza extrema y personas en situación de pobreza extrema 2010-2019 57

Figura 3 Coeficiente Gini en América Latina en 2019 58

Figura 4 Gasto en salud en Latinoamérica como porcentaje del PIB 59

Figura 5 Estructura del sistema de salud colombiano 61

Figura 6 Casos de COVID-19 en Colombia para junio de 2020..... 69

Figura 7 Defunciones causadas por el COVID-19 en Colombia durante 2020 70

Figura 8 Principales comorbilidades en los fallecidos por COVID-19 durante 2020..... 71

Figura 9 Estructura del sistema de salud mexicano 82

Figura 10 Población afiliada por Institución de salud en México 84

Figura 11 Casos acumulados de defunciones por COVID-19 en México durante 2020..... 91

Figura 12 *Comorbilidades asociadas en defunciones acumuladas de COVID-19 en México. 2 de junio de 2020* 92

Siglas y acrónimos

Para el efecto del presente trabajo se establecen los siguientes acrónimos y siglas:

APS: Atención Primaria de Salud

BID: Banco Interamericano de Desarrollo

BM: Banco Mundial

CDSS: Comisión de Determinantes Sociales de la Salud

CELAC: Comisión de Estados de América Latina y el Caribe

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

COMBI: Communication For Behavioural Impact

COVAX: Mecanismo Colectivo y Solidario de Adquisición de Vacunas (190 países)

CSG: Consejo de Salubridad General

DANE: Departamento Administración Nacional de Estadística

ENOE: Encuesta Nacional de Ocupación

EPS: Entidades Promotoras de Salud

FM: Fondo Monetario

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México

INFONAVIT: Instituto Nacional de Viviendas para los Trabajadores

INS: Instituto Nacional de Salud

INSABI: Instituto de Salud para el Bienestar

IPS: Instituciones Prestadoras de Salud

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

M.d.p: Millones de pesos

OBELA: Observatorio Económico Latinoamericano

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OEA: Organización Estados Americanos

OISS: Organización Iberoamericana de Seguridad Social

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PBS: Plan Obligatorio de Salud

PEMEX: Petróleos Mexicanos

PIB: Producto Interno Bruto

PNUD: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

SAT: Servicio de Administración Tributario

SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional

SEMAR: Secretaría de Marina

SGSSS: Sistema de Seguridad Social en Salud (Colombia)

SISBEN: Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

SPSS: Sistema de Protección Social en Salud (México)

UCI: Unidad de Cuidado Intensivo

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia

UNSDG: Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo

WEF: World Economic Forum

Quiero dedicar esta tesis a mis queridos y amados padres junto con mi hermano, que son el motor para ser cada día mejor, por su compañía y por su amor, además por el apoyo incondicional que me han brindado durante toda mi vida.

A mis docentes por el apoyo durante este tiempo, sus enseñanzas y motivaciones hicieron posible la realización de este proyecto.

A quienes me acompañaron durante los diferentes procesos de mi investigación, valoro mucho su ayuda para poder realizar este documento.

Agradecimientos

Quiero agradecer en primer lugar al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo sin el cual este proyecto de investigación no hubiera sido posible, además por darme la posibilidad de realizar la Maestría en Estudios del Desarrollo Global y por el apoyo económico brindado durante la realización de este proyecto.

Agradezco a la Universidad Autónoma de Baja California (UABC), por ser una excelente institución con gran calidad que me brindó todo el apoyo durante mi estancia. De igual manera agradecerle Facultad de Economía y Relaciones Internacionales (FEyRI) y a mis profesores quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional.

Quiero agradecerle a mi asesor de tesis, el Dr. David Rocha, sus conocimientos han sido de gran valor para realizar esta investigación y por sus ideas y recomendaciones respecto a este documento. Agradezco a los miembros del jurado por el tiempo y disponibilidad para concluir este trabajo gracias a sus aportes y dedicación aportada.

Resumen

América Latina se convirtió en una de las zonas más afectadas por la pandemia del COVID-19 en el 2020, caracterizada por ser una región con estructuras de protección social débiles, infraestructura sanitaria deficiente y fragmentada, y donde existen múltiples desigualdades. Los Estados latinoamericanos han respondido a la crisis sanitaria y social implementando una variedad de estrategias con diversos enfoques y resultados buscando salvaguardar la salud de sus poblaciones. En el documento se analiza la situación prepandemia de la región, lo que permitió identificar las diferentes dificultades de los Estados latinoamericanos en un contexto de globalización. Además, se analiza los casos de México y Colombia identificando las principales dificultades que agravan las diversas problemáticas en el ámbito económico, social y sanitario, y a su vez se identifica las principales políticas gubernamentales para combatir las consecuencias del COVID-19.

Palabras clave: América Latina, COVID-19, crisis sanitaria, inestabilidad, sistemas sanitarios, desigualdad, protección social.

Abstract

Latin America became one of the areas most affected by the COVID-19 pandemic in 2020, characterized by being a region with weak social protection structures, poor and fragmented health infrastructure, and where there are multiple inequalities. Latin American states have responded to the health and social crisis by implementing a variety of strategies with different approaches and results looking to safeguard the health of their populations. The document analyzes the pre-pandemic situation in the region, which made it possible to find the different difficulties of the Latin American States in the context of globalization. Also, the cases of Mexico and Colombia are analyzed, finding the main problems that aggravate the various problems in the economic, social, and health fields, and in turn, the main government policies to combat the consequences of COVID-19 are found.

Keywords: Latin America, COVID-19, health crisis, instability, health systems, inequality, social protection.

Introducción.

Con la pandemia del COVID-19 el mundo se ha debilitado en todos los aspectos, y aunque Latinoamérica fue uno de los últimos en recibir este brote, su impacto se ha comenzado a evidenciar debido a la inevitable caída de la economía y las crisis sociales presentadas en las diferentes regiones del mundo. Además, todos los efectos de la pandemia se han expandido a todos los ámbitos de la sociedad, alterando el normal comportamiento del ser humano y generando cambios profundos en la población. También se evidencia que, debido a la pandemia, han incrementado las grandes y evidentes brechas estructurales de Latinoamérica, produciendo de esta manera una incertidumbre de lo que pueda pasar con el desarrollo de la región.

La crisis sanitaria del COVID-19 y las medidas para su contención tuvieron un fuerte impacto en los mercados de los países latinoamericanos. Si bien la información y las estadísticas acerca de la pandemia van actualizándose, es América Latina y el Caribe una de las regiones más afectadas por el COVID-19 en términos de mortalidad, de acuerdo con la base datos disponibles al 21 de mayo de 2021 comunicados por los países y territorios de Latinoamérica, 1.001.781 personas han muerto a causa del virus SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe. Casi el 89% de esas muertes se produjeron en cinco países: Brasil (44,3%), México (22,1%), Colombia (8,3%), Argentina (7,3) y Perú (6,7%). El 3% del total de muertes tuvieron lugar en Centroamérica y el 1% en el Caribe (OPS, 2021).

Aunque según varios expertos, es muy complicado tener una cifra exacta de la mortalidad relacionada con la pandemia cuando aún está en desarrollo y no se conoce el número real de contagiados. Según un informe de las Naciones Unidas, la región latinoamericana, aunque solo tiene el 8.4% de la población, posee el 21% de los contagios y el 32.5% de las muertes durante el 2020, siendo un foco de la pandemia y una de las más golpeadas en términos socioeconómicos, con una caída de 6.8% en el PIB en el 2020.

En un contexto en el que se evidencian bastantes desigualdades, servicios de salud colapsados, desempleo, tasas elevadas de empleo informal y poblaciones con alto nivel de vulnerabilidad, la región Latinoamericana se ha convertido en un foco de la pandemia y se ha visto afectada por las asimetrías mundiales. Estos países de Latinoamérica enfrentaban diferentes retos antes de que ocurriera la pandemia, y con su propagación y expansión ha generado efectos económicos y sociales que van empeorando por las fuertes tasas de desigualdad, vulnerabilidad, desempleo, empleo informal y desprotección social.

Uno de los mayores problemas que enfrenta la región en la lucha contra la pandemia es el fallo o colapso de muchos sistemas de salud y servicios de salud (Silvestri, 2020) teniendo en cuenta la limitada infraestructura sanitaria para responder a este virus. En este entorno ha ganado importancia el liderazgo gubernamental y la toma de decisiones, cuya principal finalidad es la creación de una serie de estrategias cuyo objetivo sea salvaguardar la vida de los ciudadanos y evitar una caída de la economía debido a las cuarentenas y el aislamiento social. Debido a las políticas gubernamentales, que debieron asumir los Estados latinoamericanos requiriendo de sus capacidades, recursos públicos e instrumentos para sostener la economía para evitar la propagación del brote, ha provocado un desplome en diferentes sectores económicos de Latinoamérica, siendo destacada por varios expertos como la peor recesión económica vista desde la Gran Depresión en

1929. Esto implica otra década perdida en el desarrollo de los países latinoamericanos, sumándole grandes problemas internos de los gobiernos como la corrupción y la falta de ayudas humanitarias. Otros factores devastadores son la débil acción estatal, debilidad institucional, falta de presupuesto, la falta de productividad, los costos humanos y la falta de apoyo y cooperación internacional por países más desarrollados. Por esta razón existe una gran incertidumbre acerca del panorama de los países latinoamericanos apenas se termine el confinamiento, gracias a que en la región los niveles de desigualdad se han vuelto insostenibles y el desarrollo de cada uno se ha visto estancado.

Adicionalmente, la pandemia del COVID-19 limitó la movilidad de los ciudadanos debido al cierre de fronteras y los confinamientos a lo largo de la región, lo que desencadenó que una gran mayoría de la actividad social y económica quedara reducida a lo que los ciudadanos pudieran hacer desde sus hogares. Por lo tanto, la pandemia también afectó de manera sustancial la actividad del gobierno debido a que se tuvieron que cerrar oficinas gubernamentales y trabajar con horarios específicos y grupos limitados, y una gran mayoría de funcionarios públicos tuvieron que ejercer sus labores desde sus viviendas. De manera que, los servicios públicos dejaron de prestarse de manera presencial y diferentes instituciones públicas presentaron un cambio experimental por el incremento de la demanda de sus servicios e información, específicamente en temáticas relacionadas con el virus y la crisis sanitaria.

El COVID-19 causó graves efectos a corto y mediano plazo en las dinámicas sociales de la región, cuya magnitud está sujeta a las condiciones económicas, sistemas sanitarios y medidas sociales de cada nación para prevenir su propagación. Los factores estructurales de Latinoamérica han imposibilitado reaccionar de la mejor manera ante la pandemia, por un lado, está México, el cuarto país con más personas fallecidas a causa del coronavirus en el mundo para octubre de 2021, y segundo de Latinoamérica después de Brasil, con un total de 1 086 094 defunciones registradas

durante 2020 (INEGI, 2021), es el territorio con mayor letalidad por esta enfermedad según datos de la Organización Mundial de la Salud, haciendo notorio un constante dilema salud-economía reflejado en su toma de medidas para el control del COVID-19. Y por otro lado, Colombia, uno de los países que más rápido reaccionó en cuanto a medidas y estrategias para la mitigación del virus, pero que la situación interna del país caracterizada por la desprotección social y la corrupción, ha hecho que la crisis afecte el país, posicionándolo entre los países latinoamericanos con más casos, después de Brasil y México, además es un caso interesante porque a pesar de haber tenido una de las cuarentenas más largas en la región no se ve reflejado en el número de casos ni en la economía del país. (CEPAL, 2020)

En este caso se analizará los casos específicos de Colombia y México para abordar las respuestas gubernamentales de dichos países, para analizar su desempeño de resolución de problemas generados con la crisis del Coronavirus, teniendo en cuenta las políticas del sistema salud, también el régimen de pruebas de COVID-19, inversiones de emergencia en atención y médica, además de otras políticas económico- sociales como el apoyo a los ciudadanos y la provisión de ayuda, entre otras.

Capítulo I. Planteamiento del Problema.

Desde su origen y a lo largo de la historia de la humanidad, han padecido de diferentes enfermedades que durante su expansión se han convertido en epidemias y pandemias que han afectado a la sociedad. Se han presentado una gran cantidad de pandemias que han atacado a distintas ciudades y países del mundo. La expansión de estas enfermedades y pandemias en el transcurso de la historia han influido en profundos cambios sociales, económicos y hasta tecnológicos que han moldeado la evolución humana. La influencia de las enfermedades en la sociedad ha sido históricamente variada, pandemias como la peste negra, la gripe española, la viruela, entre otras, han hecho caer grandes imperios, desaparecer ciudades y civilizaciones, y generar grandes movimientos migratorios que han dado forma a la sociedad que conocemos. El ser humano ha tenido que enfrentar, indagar, investigar y superar innumerables enfermedades infecciosas, una gran cantidad con la magnitud de ser consideradas epidemias y pandemias.

Las enfermedades han modificado la cultura en todo el sentido del término, desde el cambio en los hábitos cotidianos de higiene, el tránsito de personas entre fronteras y la construcción de ciudades debido al urbanismo en auge y el desarrollo científico. La historia de las pandemias se remonta a la Alta Antigüedad, en donde se encuentran testimonios en los textos fundacionales de la civilización, como por ejemplo la Biblia y la Ilíada de Homero. Se tienen documentadas una serie de epidemias en la antigüedad, de las cuales no se sabe con exactitud si ocurrieron o no. Algunas de estas enfermedades han perdurado hasta nuestros tiempos, como lo es el caso de la tuberculosis, aunque no generó una pandemia, fue registrada por los historiadores del desarrollo científico desde 3500 a.C. en los restos de las momias egipcias y en los restos humanos del Neolítico (Galeana, 2020).

Durante la antigüedad, las sociedades comprendieron la existencia de algunas enfermedades que se atribuían como castigos divinos y se pensaba que los contagiados debían ser retirados de la comunidad para no causar estragos en las mismas. Adicionalmente, el primer teórico en entablar bases sólidas acerca de las enfermedades epidémicas fue el médico y humanista italiano, Girolamo Francastoro o también considerado “el sabio de Verona”, quién realizó sus primeras aportaciones de manera especulativa en 1546 cuando publicó su libro llamado “*De contagionibus et contagionis morbis et eorum curatione*” donde publicó la existencia de partículas vivas que pasaban del paciente enfermo al sano causándole la enfermedad, del mismo modo, determinó los modos de transmisión: per contactum, per fomites, per distans (Tomasi, 2020).

También se afirma que las enfermedades y las pandemias han afectado el aspecto cultural de las sociedades. En este caso, se pone en evidencia el caso de “la peste cipriana” a la cual se le atribuye la consolidación del cristianismo y causante de alrededor de cinco mil muertes diarias en ciudades griegas y romanas, lo que ocasionó un debilitamiento del poder que poseía en los años 249 – 262d.C. Esta religión calmó a la sociedad a través de una oferta de inmortalidad en el paraíso si se obedecía a sus reglas y normativas. Esto ocasionó que las instituciones eclesiásticas obtuvieran más poder y a su vez generaron mayor nivel de riqueza (Galeana, 2020). Posteriormente, para el año 541 d.C., el imperio bizantino fue atacado por otra terrible enfermedad denominada “la peste justiniana” que mató cerca de una cuarta parte de todos los habitantes del imperio, inclusive el propio emperador estuvo cerca de la muerte.

Además, es importante nombrar a la peste negra como una de las pandemias que más afectó a la humanidad durante toda su historia. Esta enfermedad supuso cambios importantes en la economía y un retroceso en la actividad humana a causa de la población que tardó casi un siglo en recuperarse. Esta enfermedad se dio en el contexto de la guerra de los cien años (1337-1453)

cuando se enfrentaron los reinos más poderosos de la región: Francia, Inglaterra y Castilla. A esta enfermedad se le atribuyen casi treinta millones de europeos muertos. Sus principales consecuencias fueron demográficas debido a la combinación entre guerra y enfermedad que favoreció a la profunda crisis del feudalismo y se fortaleció las libertades urbanas. También desató una oleada de antijudaísmo (Juaristi, 2020).

Por otra parte, la pandemia de influenza A H1N1 o también denominada “la gripe porcina” fue confirmada por más de 200 países, las cifras preliminares de la OMS en 2009 indicaron que los fallecidos por este virus ascendieron a 18 641, sin embargo, se desconoce el número exacto y se teme que sea hasta 10 veces mayor. Una de las regiones más golpeadas por la pandemia fue el continente americano y se estima que las pérdidas económicas en el 2009 oscilaron entre el 0,5% y el 1,5% del PIB en los países afectados.

Pero la pandemia del COVID-19 ha generado una crisis de salud pública sin antecedentes produciendo pérdidas considerables en la actividad económica, el empleo y el sistema sanitarios; hace más de 100 años que el mundo no se enfrentaba a una pandemia cuando se enfrentó a la pandemia de influenza en 1918 del virus H1N1 de origen aviar, se calcula que alrededor de 500 millones de personas o un tercio de la población mundial se infectó con este virus. La cantidad de muertes estimada fue de al menos 50 millones a nivel mundial y 675 000 en Estados Unidos, una cifra superior al número de muertes asociadas con la Primera Guerra Mundial (Pumarolla, 2018). Los efectos de la pandemia del coronavirus son difíciles de estimar debido a que aún estamos sumergidos en dicha crisis, sin embargo, se espera que el impacto económico a corto y media plazo sea considerable a causa de la interrupción de los sistemas de transporte, el abastecimiento, la caída de producción en diferentes sectores y la demanda.

El primer caso de Latinoamérica se dio a conocer por el exministro de salud brasileño, Luiz Henrique Mandetta, el 25 de febrero de 2020, en São Paulo, cuando se detectó el primer caso de COVID-19, rápidamente otros casos comenzaron a reportarse en la región y, actualmente, todos los países latinoamericanos han reportado casos. A pesar del cierre de fronteras y medidas estatales en algunos países de la región en respuesta para evitar la propagación del virus, cada uno ha tenido variables particulares dada la capacidad de respuesta y de sus sistemas sanitarios. Según estudios de la CEPAL, previo a la pandemia del Coronavirus, se estimaba que la región de Latinoamérica crecería el máximo del 1,3% en 2020. Pero los efectos de la pandemia han generado un nuevo pronóstico el cual establece una caída del PIB de al menos un 1,8% (CEPAL, 2020).

Por este motivo, la población Latinoamericana y los diferentes sectores sociales han exigido una política pública integral que contemple el ámbito sociosanitario, económico, fiscal, laboral, y demás, generada por la crisis del COVID-19 y los problemas coyunturales e institucionales que enfrentan los países de Latinoamérica durante estas épocas. El impacto inmediato de la pandemia tomo a los países latinoamericanos sin capacidad de respuesta eficaz para combatirlo debido a sus equipos sanitarios insuficientes, sin medicamentos ni vacunas adecuadas para evitar la propagación, lo que ha generado que los países busquen la manera de evitar el contagio, primero, cerrando fronteras y luego economías, generando grandes costos económicos y sociales. Por consiguiente, es de vital importancia reconocer y distinguir las opciones de política pública instauradas en la región y reconocer la toma de decisiones de los gobiernos para manejar la crisis sanitaria y social en el primer año de pandemia. De igual manera cabe destacar la dificultad de encontrar políticas públicas eficientes y dirigidas a toda la población, gracias a la situación débil, las debilidades del sistema sanitario, y la heterogeneidad entre los países de la región (Blackman, 2020).

Los gobiernos latinoamericanos tuvieron la necesidad de tomar una variedad de medidas para adaptarse a esta nueva realidad. Es el caso de la creación e implementación de herramientas y canales digitales que implicó un gran reto para la región debido a la multitud de brechas existentes. Un aspecto importante para estudiar es el tema de la conectividad porque una gran población Latinoamérica no tienen las nociones básicas sobre el uso de herramientas tecnológicas además un tercio de la población no utiliza internet ni tiene conectividad. Aunque cada país de la región ha enfrentado la pandemia en diferentes escenarios y circunstancias en términos de capacidades institucionales, presupuestos y consecuencias de la pandemia, se aborda elementos propios en un marco analítico de la toma de decisiones, el cual será analizado a través de la elaboración del documento.

Las inequidades en los determinantes sociales del COVID-19, como la pobreza, desigualdad y la falta de acceso a la atención médica primaria que afectan a los grupos vulnerables en México y Colombia, están interrelacionados e influyen en el riesgo de enfermar y morir a causa de este virus. La actual pandemia se trata, indudablemente, de uno de los desafíos más serios que ha enfrentado la humanidad en tiempos recientes y la región de Latinoamérica no es la excepción.

En este contexto, se tendrá en cuenta el comportamiento de Colombia y México, para determinar la capacidad de respuesta y la toma de decisiones en cuestiones de la crisis del sistema sanitario y las consecuencias sociales generada por las políticas gubernamentales para evitar la propagación del brote. Se analizará estos dos países buscando un punto de convergencia en las políticas públicas sociales sanitarias debido a que la respuesta frente a la crisis sanitaria ha sido diversa y heterogénea en la región Latinoamericana, y se elaborará unas analogías entre dichos países analizando sus respuestas en cuanto la solución de problemas de sus sistemas de salud

caracterizados por ser frágiles y fragmentados, además de evidenciar los impactos sociales como la pobreza, el desempleo y el empleo informal en el año 2020.

1.1. Preguntas de investigación

¿Cómo respondieron los gobiernos de Colombia y México ante la aparición de un nuevo problema público como el COVID-19 en su agenda política durante el 2020?

¿Cuáles fueron las principales dificultades que tuvieron que enfrentar los gobiernos de Colombia y México en materia de infraestructura sanitaria y protección social para las personas más vulnerables durante la pandemia del COVID-19 en el 2020?

1.2. Justificación

Ante la eminente llegada del COVID-19 a la población mundial debido a su alto nivel de propagación y letalidad generó una gran cantidad de contagios y muertes destacando a Latinoamérica como uno de los principales focos de infección debido a que los gobiernos no esperaban un problema social de esta trascendencia en la agenda política de los países. A mediados de julio de 2020, para América Latina y el Caribe se contabilizaron más de 3,2 millones de personas contagiadas con el COVID-19. De ellas, más de 140.000 fallecieron. (Johns Hopkins Coronavirus Resource Center, 2020).

La pandemia ocasionó efectos profundos en la vida y salud de la población debido a su gran propagación y mortalidad, convirtiéndolo en un problema público en cada país de la región, produciendo exigencias de sus poblaciones hacia la intervención gubernamental para enfrentar una crisis de esta magnitud. Los gobiernos de América Latina no estaban preparados para dar una respuesta eficaz, sin los equipos médicos sanitarios suficientes y por lo tanto restricciones financieras que limitan el ejercicio de políticas públicas de este tipo de emergencias, además se ha tenido que elaborar y diseñar sobre la marcha, en una lucha constante con el tiempo y con las muertes generadas por el virus. Además, los países de la región presentan varias desventajas extra,

debido al pobre crecimiento económico de los países en los últimos años, sus débiles sistemas sanitarios y una política fiscal con menor capacidad expansiva (Paz, 2020).

A causa del impacto inicial de la crisis sanitaria de la pandemia del COVID-19 en la economía de los países de la región Latinoamericana, se pretende evidenciar las medidas de contención del brote para mitigar los efectos negativos y establecer por qué los gobiernos debieron tomar estas decisiones. Cabe resaltar que la acción de los gobiernos se lleva a cabo sobre la base de procesos de prueba y error, destacando la desprotección de los sectores más pobres produciendo así estallidos sociales como en Chile, Ecuador, Bolivia, específicamente en Colombia, donde hubo jornadas de resistencia masiva que dieron paso a un estallido social consecuencia del incumplimiento del Acuerdo de Paz de 2016 y por la evidente violencia focalizada a los líderes sociales (Bringel, et al. 2020). De igual manera se destaca la contradicción frecuente entre autoridades locales y gobiernos centrales. Además de esto se pretende exponer las actividades de planificación de los gobiernos para sostener y estimular los mercados (Weller, 2020).

La crisis del COVID-19 llegó a la región de Latinoamérica en un periodo de crecimiento económico lento y se pronostica por diferentes analistas y estudiosos que genere un impacto profundo en diferentes sectores de la región, específicamente en el turismo, las materias primas, la depreciación de las monedas, la fuga de capitales y el alto desempleo. De igual forma, ha tenido grandes afectaciones en la salud de la población latinoamericana debido a su gran propagación y letalidad del virus presentando tasas de muerte consistentemente más altas comparadas con Asia y Europa. Esto se convirtió en un problema público para todos los países de la región ocasionando una mayor capacidad de respuesta del Estado y su gobierno en la atención de este tipo de crisis que ha afectado todos los sectores de la población.

En este contexto, el documento pretende determinar las tendencias de los diseños y elaboración de las políticas públicas sociosanitarias para enfrentar la pandemia en dos países de Latinoamérica: México y Colombia, con el propósito de describir como respondieron los gobiernos de estos países ante la sorpresiva aparición de un nuevo problema público a nivel global. Es importante resaltar que las respuestas gubernamentales son muy heterogéneas, Colombia con políticas más estrictas en términos de confinamiento y cierre de fronteras, y México con la adopción de políticas más laxas privilegiando el sector económico del país. Aunque cada país ha enfrentado la pandemia en contextos diferentes en materia de capacidades institucionales recursos, situación interna, e impacto del brote, por tal razón es importante reconocer el diseño de una política pública entendida como la transformación de problemas y demandas sociales en programas y respuestas gubernamentales efectivas. Adicionalmente la estructura los sistemas de salud difieren notablemente de un país a otro, así como el alcance territorial de su infraestructura sanitaria, sus modelos de vigilancia epidemiológica y sus políticas respectivas. El periodo de estudio fue desde el primer caso reportado en Latinoamérica el 26 de febrero en Brasil hasta el 31 de diciembre de 2020.

Se destaca el caso de México, por ser una de las naciones Latinoamericanas más afectadas por el brote durante el 2020. Más de 127.213 muertes en el país, según datos de la Universidad Johns Hopkins para el 31 de diciembre de 2020. Este caso está caracterizado por diseños de políticas públicas más laxos en toda la región, caracterizado por la estrategia poco estricta que consistía en la promoción tardía de medidas de distanciamiento social, con pocas pruebas realizadas del virus ocasionando una débil detección de los casos activos para su aislamiento, modelos de vigilancia epidemiológica poco convincentes y una estrategia poco clara acerca del cierre de sus fronteras en el caso de México (Paz, 2020). También se analiza el caso de Colombia,

cuyo país ha tenido uno de los brotes más importantes de la región y se encuentra entre los 10 países con más casos confirmados (Horton, 2020). Con un total de 1.448.755. de contagios para el mes de diciembre de 2020 según los informes del Ministerio de Salud y Protección Social, este país se caracterizó por establecer diseños fuertes y estrictos en el sector de políticas públicas, dándole privilegio al confinamiento total de la población y fuertes restricciones a los movimientos internacionales.

Este documento se constituye como herramienta para empezar a demostrar un desafío completamente distinto en materias del estudio de las ciencias sociales, que a lo largo de los años se han diversificado y han adquirido un alto nivel de especialización, así mismo este tipo de emergencias requiere esfuerzos de los Estados para enfrentar esta coyuntura, que generan aportes para la discusión pública y la toma de decisiones. La región de Latinoamérica requiere el fortalecimiento del rol del Estado y la consecuente protección de las garantías de los individuos, especialmente a los grupos de población más vulnerables.

En este sentido, se puede argumentar que este trabajo de investigación se está generando un estudio con gran valor analítico debido a que a los Estados no se habían enfrentado a una crisis de esta proporción en los últimos años, por este motivo es importante estudiar el diseño y los instrumentos que pueden ser apropiados para momentos determinados para que los gobiernos puedan incluirlo en sus políticas públicas. El estudio de las políticas públicas y los determinantes sociales durante la pandemia del COVID-19 posee un gran valor analítico debido a que pueden surgir nuevos enfoques a través de la generación de conocimiento de manera empírica sobre asuntos de interés público y social con la aparición de nuevos escenarios y nuevas problemáticas que han exigido la inclusión en la agenda política y con ello, el surgimiento de las dificultades en cuanto al diseño de políticas públicas de acción rápida, en un escenario latinoamericano

caracterizado por los pocos recursos económicos, por sus sistemas políticos, sus brechas en la implementación de políticas, y la necesidad de hacer evaluaciones con resultados inmediatos para contener la pandemia.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Analizar la capacidad sanitaria de Colombia y México en materia de políticas públicas y capacidad de preparación y respuesta sanitaria para atender la pandemia del COVID-19 en el 2020.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los principales elementos que determinan la capacidad de respuesta por parte de los gobiernos de Colombia y México en tiempos de COVID-19.
- Analizar el contexto prepandemia en la región latinoamericana en política pública de salud durante la última década.
- Identificar los principales factores sociales, económicos y culturales que han influenciado en la salud de México y Colombia manifestados en el panorama del Covid-19 en la región durante 2020.

1.4. Hipótesis

La pandemia amplió las brechas de desigualdades en contra de las poblaciones más vulnerables históricamente en los países latinoamericanos, y debido a las condiciones socioeconómicas de los gobiernos, no se logró establecer respuestas suficientes por parte de las autoridades locales y nacionales. Las inequidades en los determinantes sociales de la salud como la pobreza, el acceso a la atención de la salud, la débil capacidad de los sistemas sanitarios y factores conductuales y biológicos existentes en las comunidades de Colombia y México han tenido mayor incidencia en las tasas de fallecimientos debido a la propagación del COVID-19 en grupos vulnerables que se

encuentran en una situación de riesgo que les impide incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar debido a que tiene menos factores protectores o recursos para hacer frente a la pandemia.

Las medidas de protección personal y social implementadas por los gobiernos para mitigar los efectos de la pandemia no fueron suficientes, esto se debe a que carecen de la capacidad de sistemas integrales de salud y protección social, además de presentar otras problemáticas como la falta de presupuesto para la ejecución de políticas públicas, acceso de agua potable, acceso a equipos de protección personal, número insuficiente de equipos de respiradores y camas hospitalarias. Adicionalmente a estos retos sociales y económicos del COVID-19, existe el impedimento por diagnosticar la dimensión y evolución de esta problemática en la región, lo que impide y limita la toma de decisiones informadas y, por lo tanto, la elaboración de políticas públicas acordes para este tipo de escenarios.

Capítulo II. Globalización de la salud y nueva realidad, antecedentes y conceptos.

2.1. Marco Teórico

2.1.1. Concepto de globalización

Durante las últimas décadas, el desarrollo y el alcance de las interconexiones humanas se han consolidado y se han hecho cada vez más fuertes en todos los ámbitos de la vida de los ciudadanos, desde la comunicación con la aparición de tecnologías y redes sociales hasta el comportamiento de las instituciones del Estado, cambiando aspectos de la política, cultura y economía. La velocidad con la que crecen estas interconexiones humanas, a escala global, es lo que se le denomina “globalización”.

La globalización de orígenes liberales por parte de Estados Unidos y sus aliados, se ha caracterizado por incluir procesos que contribuyen a la intensificación de las relaciones humanas en todas sus esferas, caracterizado por sus valores occidentales acerca de la democracia liberal y libre mercado, se ha expandido a través de las diferentes fronteras existentes entre los individuos y las sociedades a nivel mundial. Sin embargo, los actuales procesos de globalización han generado la superación de la bipolaridad presentada en el Sistema Internacional (oriente-occidente; Norte-Sur) con el surgimiento de nuevos polos económicos regionales como la Unión Europea, Nafta (Tratado de Libre Comercio de América del Norte) y Comunidad Económica del Pacífico Asiático, lo cual ocasionó un debilitamiento en las antiguas hegemonías territoriales, presentándose así una de las principales características de la globalización: su policentralidad. (Stienen, 2001)

El concepto de globalización ha sido utilizado en distintos contextos e interpretaciones, aunque presentan elementos comunes que construyen su definición, muchos autores y profesionales han desarrollado escritos y discursos sin acordar o afirmar una definición clara sobre el fenómeno de la globalización. Si bien el término se ha expandido y popularizado por todo el

mundo, no deja de ser ambiguo y complejo de entender, sin embargo, tras la dificultad que presenta ofrecer una definición irrefutable y convincente, autores como James H. Mittlenman (1996), profesor estadounidense de relaciones internacionales e investigador en economía política internacional, considera que “La globalización es una fusión de procesos transnacionales y estructuras domésticas que permiten que la economía, la política, la cultura y la ideología de un país penetre en otro. La globalización es inducida por el mercado, no es un proceso guiado por la política”

Para Anthony Giddens (2000), la globalización es un proceso complejo de múltiples interrelaciones, dependencias e interdependencias entre unidades geográficas, políticas, económicas y culturales; es decir, continentes, países, regiones, ciudades, localidades, comunidades y personas. Esto quiere decir que de igual manera la expansión, multiplicación y profundización de las relaciones sociales y de las instituciones a través del espacio y tiempo, de modo que las actividades cotidianas resultan cada vez más influidas por los acontecimientos y hechos que acontecen en distintas partes del globo, así como las tomas de decisiones y acciones de grupos y comunidades locales pueden alcanzar importantes repercusiones globales. (Fernandez, 2013).

De acuerdo con Manfred Steger (2010), la globalización puede ser un proceso, una condición, un sistema, una fuerza, una época histórica, una evolución o una ideología. *“Dado que cada término tiene un significado diferente, su utilización indiscriminada es generalmente oscura e invita a la confusión. Por ejemplo, con frecuencia, se repite la perogrullada que la globalización [el proceso] conduce a una mayor globalización [la condición], lo que... no permite sacar distinciones analíticas significativas entre las causas y los efectos”* (Steger, 2010). Como se observa, la globalización ha sido tema de estudio para una gran variedad de investigadores y

académicos de distintas disciplinas y áreas del conocimiento, en donde se detecta un gran número de perspectivas, alcances y pretensiones que han sido muy heterogéneas. A pesar de la abundancia literaria y la explosión de trabajos respecto a este fenómeno, no se ha logrado llegar a un consenso entre los estudiosos acerca de la naturaleza de la globalización (Paez, 2012).

Ahora bien, Klaus Bodemer, investigador alemán en economía política internacional, plantea que existen dos caminos de interpretación acerca del fenómeno de globalización, una versión optimista y una pesimista. Para los optimistas, de corte neoliberal, observan los procesos de la globalización como el origen de una nueva riqueza y crecimiento económico con oportunidades para nuevos actores entre ellos, los países menos desarrollados. Según esta perspectiva, el fenómeno de la globalización de la producción y los mercados mejoran las oportunidades de incrementar las ganancias a nivel mundial, presentándose una lucha distributiva a nivel nacional (Bodemer, 1998). En cuanto a los pesimistas, de ideología de izquierda, siguen los planteamientos de Carl Marx o Rudolf Hilferding acerca del capital financiero, se refieren a temas relacionados con el predominio del capital, el imperialismo, el poder de una minoría sobre las mayorías lo que genera marginación y desigualdad en las sociedades y en los países menos desarrollados.

Para diversos científicos sociales, la principal característica que distingue a la globalización es la interdependencia generada a nivel mundial por cuenta del desarrollo de las tecnologías de comunicación y que ha sido objeto de diferentes disciplinas científicas. Uno de estos es Manuel Castells (Castells, 2001) señala que el papel predominante de las tecnologías digitales de la información y de la comunicación permitirían el surgimiento de una estructura social en red (la sociedad red) en todos los ámbitos de la actividad humana, y cómo esta actividad favorecería a la interdependencia global (Palomo, 2012). Esto generó un nuevo sistema internacional que contiene

dimensiones globales y se caracteriza por dos aspectos: el agotamiento del espacio físico y las nuevas reglas que ordenan las relaciones entre los actores.

En relación con el agotamiento del espacio físico se puede observar que el sistema internacional tiene menos límites, porque se presenta un cambio de percepción del espacio. El sistema internacional abarca todos los acontecimientos, fenómenos y relaciones que se producen con los diferentes actores a nivel planetario. Dentro de este entorno está conformado por una serie de factores que influyen en el funcionamiento del Sistema Internacional y encaminan el proceso de la globalización.

Estos factores son el producto de diferentes circunstancias o situaciones que son ocasionadas por cada uno de los actores y su contribución al diseño del entorno del sistema y demostrar su capacidad de influencia para defender su interés (Palomo, 2012). Con el crecimiento demográfico presentado en el último siglo a nivel global, ha provocado profundas alteraciones al sistema como la gran desigualdad en la distribución de la población produciendo bajas tasas de desarrollo económico, especialmente en América Latina. Además de la circulación de las poblaciones a través de las fronteras desencadenando diversos flujos migratorios que producen una serie de acontecimientos que afectan el equilibrio de las sociedades y su relación entre sí. Con la pandemia del COVID-19 se ha visto afectados los migrantes por las medidas de contención y migración implementadas para enfrentar el brote con acciones como las restricciones de movimientos, el cierre de fronteras, el endurecimiento de las políticas migratorias, la pérdida de fuente de empleos y la estigmatización que sufre esta población.

Por otro lado, se han desarrollado nuevas reglas que ordenan relaciones entre los actores, caracterizado por la regulación y ordenamiento dentro del sistema internacional. Este conjunto de normas, costumbres, usos y prácticas son reconocidas y aceptadas por los diversos actores

globales, ya sean normas institucionalizadas o simplemente admitidas por consenso y concesión. (Palomo, 2012). Con la creación de estas nuevas reglas de juego, se da una nueva institucionalización y creación de lineamientos de políticas gubernamentales para que los Estados sigan estas tendencias, surge la creación de nuevos entes reguladores cuya principal finalidad es reglamentar el funcionamiento del sistema y de resolver los conflictos que puedan surgir entre ellos. En este caso, se tendrá en cuenta el papel de la Organización Mundial de la Salud como ente que promueve políticas respecto a la salud, preservación de la salud mundial y servicio a las poblaciones vulnerables y como una problemática global como la pandemia del COVID-19 ha reforzado su papel de guía con propuestas de medidas en forma de soluciones para que los gobiernos enfrenten estas crisis por las que pasa el mundo.

2.1.2.2. Globalización de la salud

La globalización incorpora los diversos procesos que ayudan a intensificar la actividad humana en un gran rango de esferas (Social, ambiental, política, económica) a través de sus fronteras que han separado a los individuos y las sociedades. Una de las principales características del mundo globalizado es la concentración de la riqueza con ello el incremento de la desigualdad y la distribución de la pobreza. El problema fundamental del desarrollo y determinante de la pobreza es la desigual y evidente concentración del capital además de la muy injusta distribución de la riqueza social. Es un modelo de producción que concentra riqueza y genera desempleo y pobreza (Feo, 2003). En un mundo cada vez más polarizado existen cambios profundos en la sociedad, algunos procesos sociales que amplifican el proceso de globalización, cada vez más importante por las implicaciones que trae sobre los temas de salud.

En este sentido, el concepto de salud ha cambiado considerablemente a lo largo de los años, durante mucho tiempo se consideró a la salud como una cuestión fundamentalmente humanitaria

basada en mantener un estado de salud en equilibrio. La concepción tomada por la Organización Mundial de la Salud a mitad del siglo XX “es un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no meramente la ausencia del mal o la enfermedad” (Mata, 2019). Por lo tanto, contempla el estado saludable de la persona desde el punto de la calidad de vida y no simplemente desde la manifestación de síntomas o el padecimiento de enfermedades. Esto generó que se contemplará una visión más amplia abarcando las diferentes facetas del desarrollo humano.

Han existido una gran variedad de enfermedades a lo largo de la historia del ser humano, siendo diferentes dependiendo la época y los factores que la generaban. Por esta razón, el ser humano evolucionó a través de diversos procesos que aplicaban las sociedades para entender, cuidar, mantener y definir a salud en términos de diagnóstico y tratamiento, y el procedimiento para prevenir y evitar enfermedades. Por ejemplo, la promoción a la salud y protección específica, así como el método de transmisión y propagación de las enfermedades. De este modo se puede afirmar que todos estos acontecimientos han demostrado que las problemáticas relacionadas con salud y enfermedades es de carácter global al generar afectaciones por el tránsito ya sea nacional o internacional a través de las fronteras. Adicionalmente, con los avances tecnológicos se han detectado agentes que fueron ignorados por mucho tiempo, se evidenció el potencial pandémico de algunas enfermedades llevándolo a ser un riesgo potencial para la salud de toda la población mundial específicamente las más vulnerables y desprotegidas por los Estados (Perez, et. Al, 2010).

En una sociedad global en donde por los procesos de globalización son encaminado por pautas internacionales, en ámbitos tecnológicos, económico, político y social, el tema de salud y su proporción por parte de los Estados resulta un poco contraproducente por su naturaleza de derecho social y fundamental para la vida de las personas (Vargas, 2017). Los temas de salud llevan una estrecha relación con la realidad de las comunidades o grupos sociales, por lo que está

problemática debe afrontarse desde una perspectiva en conjunto. Uno de los principales factores que afecta a la salud de la población mundial es la brecha entre ricos y pobres, presentado entornos frágiles y vulnerables caracterizado por diferentes crisis prolongadas con poca ayuda estatal, problemas como la escasez de agua, el hambre, los conflictos y el desplazamiento de la población, más de 1.600 millones de personas (22% de la población mundial) viven en esta condición. (Organización Panamericana de la Salud, 2019). La globalización ha hecho susceptible a la población de padecer diferentes enfermedades específicamente en las naciones menos desarrolladas, en estos países se presenta una estrecha relación con el débil desarrollo económico. En este caso Latinoamérica, presenta diversos determinantes sociales relacionados con el deterioro de la salud en sus poblaciones como la inequidad de género, el analfabetismo, la pobreza y la violencia (OPS, 2021).

En este marco, la globalización de la salud se comprende como un problema global alrededor de un derecho esencial, indivisible, centrado a la prestación oportuna, adecuada y profesional de carácter mundial. (Perez, Globalización de la Salud, 2010). Con el auge y desarrollo del capitalismo, el crecimiento de nuevas industrias, la contaminación atmosférica, y el calentamiento global, además la aparición de nuevas enfermedades y afecciones generadores de altas tasas de mortalidad, constituyen un grave problema para la salud mundial.

También es importante enfatizar en que el crecimiento de las economías y de los ingresos en los países debido al neoliberalismo, son elementos determinantes de la salud mundial actual; explicando los problemas de esta por medio de la pobreza y la exclusión social, que perjudica a muchas sociedades del mundo. Esto se debe a él acrecentamiento de las interdependencias entre los Estados, la aparición de nuevos actores, la cooperación y formación de alianzas, y el surgimiento de diferentes factores que influyen en la salud de las personas. La situación de la salud

pública se empeora por distintos factores, entre ellos el más importante la pérdida de poder de los países al actuar y ejecutar políticas sobre diferentes determinantes fundamentales de la salud y la importancia de la inversión en salud para el desarrollo económico de los Estados. (Guerra, 2006)

El paso de enfermedades a través de las fronteras es uno de los principales riesgos de los procesos de globalización como consecuencia del tránsito de personas y mercancía entre los Estados, generando un impacto bidireccional y provoca la reaparición de enfermedades transmisibles en países desarrollados (Frenk, 2007). Por otra parte, los países subdesarrollados están en un contexto de precariedad económica – social en donde las tasas de morbilidad y mortalidad son muy altas debido a las condiciones de sus sistemas sanitarios caracterizados por ser precarios y poco eficientes respecto a las cifras de muertos. Esta situación respecto a la salud ha llamado la atención y ha tomado un lugar preponderante en las altas esferas de discusión, al ser considerada como un problema de seguridad, aspecto fundamental en políticas externas, macroeconomía, derechos humanos; vista además como bien público global y elemento básico en la seguridad. (Marimon, 2009)

Por esta razón, a raíz del virus originado en Wuhan, China a finales de 2019 y que se ha expandió por todo el mundo, ha reabierto el debate sobre los efectos de la globalización. La pandemia del COVID-19 ha llevado a replantear las formas y procesos de diseñar e implementar políticas públicas en un mundo en donde son cada vez más grandes las brechas de desigualdad en su población. Restricciones a los movimientos internos e internacionales, con ello frenó considerablemente el turismo, las migraciones, los movimientos internacionales de estudiantes y deportistas, afectando directamente a una de las tres dimensiones de la globalización (económica, militar y blanda), en este caso a la blanda. (Olivé, 2020).

Esta dimensión blanda derivada de la teoría del poder blando del politólogo estadounidense Joseph Nye, hace referencia a la habilidad de un Estado para persuadir a otros países evitando el uso de la fuerza o la coerción, valiéndose de medios más sutiles, como su cultura, su modelo social o sus valores políticos (Nye, 1990). En esta dimensión coexisten formas tan variadas de proyección exterior como las migraciones, el turismo, los deportes, la cultura, la información, la tecnología, la ciencia, la educación y la cooperación al desarrollo. En este sentido, la crisis de la Covid-19 trae un momento de oportunidad para cambiar la hiperglobalización comercial y financiera por una mejor globalización, focalizada en la salud pública y en el clima, que son verdaderos bienes públicos globales (Costas, 2021).

2.1.2.3. Sociedad en Riesgo y COVID-19

La teoría de la sociedad del riesgo planteada por el sociólogo alemán, Ulrich Beck, en su artículo “Elementos de una teoría de la sociedad de riesgo” en 1986, demuestra como la dinámica de la sociedad global, en la que las comunidades se encuentran en constante interacción y movimiento cotidianamente, tienen una elevada probabilidad de “riesgo” relacionada con las actividades de tecnología y sistemas productivos que se desarrollan en las sociedades contemporáneas. Durante esta época, la sociología se percató de los cambios culturales que sufrían los países, así como la racionalidad administrativa e industrialización en los Estados (Ballesteros, 2014).

El proceso de modernización ha generado de manera sistemática la producción de riesgos en el entorno de las sociedades cuya principal finalidad es obtener mayor riqueza social. La progresión y aumento de estos nuevos riesgos ha tenido consecuencias políticas claras. En primer lugar, la implementación, por parte de los gobiernos, de políticas orientadas al control y a la reducción de los riesgos. Y, en segundo lugar, está relacionado con el fracaso de dichas políticas de control y con la opacidad informativa que, generalmente, practican los gobiernos y que,

forzosamente, conduce a la deslegitimación de las instituciones públicas. (Sanjuán, 2006). Por esta razón, se puede decir que la sociedad del riesgo tiene su origen cuando las instituciones del Estado y los sistemas normativos fallan cuando se trata de brindar la seguridad requerida ante los peligros que se presentan en las sociedades derivados de la toma de decisiones (Ballesteros, 2014).

Por lo tanto, el concepto de seguridad es de vital importancia en las sociedades actuales. Este concepto tiene un carácter pluridimensional en conexión con las instituciones del Estado (jurídicas, económicas, políticas, policiales y asistenciales), el cual constituye el orden que exige la población en donde los riesgos se presentan como algo natural del proceso de interacción (Cabello, 2006). De este modo, la sociedad global está enfrentada a continuas transformaciones que presentan diferentes riesgos que lo diferencian de épocas pasadas. Estos riesgos exigen una estructura para gestionar la problemática, debido a que las sociedades deben enfrentar constantes amenazas y se ha perdido nivel seguridad ofrecido por los Estados.

La principal característica que plantea Beck es que el riesgo es inherente al ser humano, es decir, la omnipresencia del riesgo que distingue fronteras (García, 2021). Teniendo en cuenta el anterior argumento, Beck (2007) plantea: la definición del riesgo es fruto de relaciones de poder, donde los gobiernos occidentales y los centros económicos deciden qué es lo riesgoso (y cómo caracterizarlo y enfrentarlo), en tanto su definición depende de decisiones humanas e intereses predominantes que no siempre convergen con las demandas y prioridades de los colectivos sociales, lo que permite aseverar el papel subsidiario de la ciudadanía en cuanto a la definición primigenia del riesgo en cuestión.

Desde esta visión, los seres humanos se muestran indefensos e incapaces de enfrentar los riesgos que aparecen de las distintas interacciones que hay en la sociedad. En consecuencia, las sociedades se enfrentan a una pérdida creciente de la soberanía cognitiva (Korstanje, 2010) por

parte de la ciudadanía, que, frente a esta imposibilidad de reconocer y anticipar los riesgos propios del desarrollo productivo a gran escala, cede involuntariamente su capacidad de percepción a expertos, gobiernos y medios de comunicación derivado de su incapacidad cognitiva para su aprehensión (García, 2021).

Por lo tanto, esta “nueva sociedad” inherente al peligro, demuestra que nadie esta inmune al peligro y de este modo se eliminan todo tipo de fronteras. Estos nuevos riesgos afectan de diferentes maneras a los Estados y su situación interna en términos económicos, sociales y culturales reflejando las evidentes asimetrías existentes entre los países desarrollados y los países en vía de desarrollo. Estas asimetrías se ven manifestadas en el poder político, financiero y científico-tecnológico y capacidad de injerencia y toma de decisiones en el andamiaje de la maquinaria global. Además, la sociedad del riesgo se caracteriza por la desigual distribución de los riesgos generados por vínculos transnacionales entre países, territorios y grupos sociales. (Beck, 1986)

A partir de esta conceptualización, la crisis del COVID-19 es vista como una manifestación de un “riesgo global”. Los daños que ha generado no solo en el número en crecimiento exponencial de infectados, víctimas mortales, sino en el confinamiento de la población y la consecuente paralización de todas las actividades económicas y sociales en diferentes países, determinaron que los gobiernos adoptaran medidas de emergencia sanitaria que en consecuencia debía acatar la población mundial. Muchas de estas tomas de decisiones han sido muy heterogéneas, de acuerdo con Anthony Giddens: “La característica de la nueva situación de riesgo es que los expertos no están de acuerdo entre ellos. En lugar de un conjunto claro de conclusiones que ofrecer a los responsables políticos, la investigación genera conclusiones ambiguas e interpretaciones controvertidas” (Giddens, 1990: 59).

En la actualidad, con la presente pandemia de COVID-19 se puede observar un mundo en el que la gobernanza económica mundial se ha visto debilitada y no se ha logrado una respuesta colectiva fuerte, en donde el Sistema Internacional es asimétrico, dejando en una situación vulnerable a los países en vía de desarrollo (Kaufmann, 2020). En el caso de Latinoamérica se refleja poca preparación para estas crisis y poca resiliencia social, evidenciando grandes brechas sociales que junto con la pandemia se han vuelto más insostenibles. Es importante observar la vulnerabilidad en el contexto de la región latinoamericana, debido a que la exposición al riesgo es más intensa en poblaciones vulnerables generando situaciones peligrosas que se vuelven más extensas y multidimensionales, afectando distintos ámbitos de la sociedad. Las respuestas hacia al COVID-19 se han tomado de manera compleja, pero al ser un riesgo global, estas han sido más efectivas a escala local y requieren de todos los niveles de los gobiernos, como la participación de la sociedad en acciones individuales y colectivas basadas en las experiencias internacionales.

2.1.2.4. Cambio de comportamiento y “nueva realidad”

Los cambios que trae consigo las epidemias y las pandemias conllevan a un nuevo paradigma que debe ser analizado desde los comportamientos del ser humano y la relación con su entorno. El comportamiento humano es la compleja forma en la que procede el individuo influenciado por el entorno en el cual vive, se desarrolla y evoluciona. Cada interacción es un proceso largo por el cual pasa la persona y/o la sociedad, y a su vez presenta una serie de retos que hacen que se modifique su comportamiento en diversas situaciones generando dificultades en diferentes ámbitos de las relaciones humanas (Bavel, 2020). El análisis del comportamiento contemporáneo proporciona elementos teóricos y metodológicos que son convenientes para analizar el comportamiento humano en sus dos dimensiones: Individual y grupal, como base para encontrar principios generalizables para luego aplicarlos a casos únicos (Biglian, 1995).

Los valores culturales de las comunidades determinan sus conductas en la interacción social además de sentirse identificadas por ciertos elementos. Estos valores diferencian a los ciudadanos de cada país, los elementos que diferencian a una cultura de otra se evidencian en sus formas de respuesta frente a la autoridad, y en la percepción que de sí mismos tienen los individuos como seres en el interior de la sociedad (Clouet, 2020). Aunque en el caso Latinoamericano, se comparten valores similares por razones históricas y geográficas. De este modo, el cambio de valores culturales es un proceso complejo y tardío que puede tomar mucho tiempo. No obstante, existen fenómenos traumáticos que pueden acelerar este proceso como lo es el caso de una guerra o un desastre natural. Actualmente, las sociedades atraviesan una crisis profunda ocasionada por el COVID-19, que evidentemente cambiará los valores culturales de muchos países.

De este modo, un acontecimiento o fenómeno social puede tener más de una explicación teniendo en cuenta quien lo interpreta, pese a que hay consensos culturales que se asumen como verdades absolutas, cada grupo cultural posee consensos diferentes, trayendo como consecuencia un amplio conjunto de “verdades” posibles (Cienfuegos, 2016). La forma en cómo se entiende se comprende, se percibe, se produce y se reproduce el mundo depende de diversas condiciones (biológicas, sociales, culturales, psicológicas e históricas) en las que el individuo está situado y en la interpretación de que estas tienen en contextos específicos.

A partir de los planteamientos de Hofstede (2011), quien desarrolla un modelo de cinco dimensiones para demostrar que existen agrupamientos culturales en contextos regionales y nacionales que persisten en el tiempo y que afectan el comportamiento de las sociedades y organizaciones, es decir que se puede identificar los patrones culturales de cada grupo de individuos (Tarampuez, 2016). Cada una de estas manifiestan un hecho básico y duradero sobre la

sociedad de cada país, en otras palabras, es lo que cada sociedad responde de manera específica ante un problema general con el que cualquier sociedad humana debe enfrentarse.

En este sentido, Hofstede propone las siguientes dimensiones para entender la cultura nacional: a) Distancia de poder (desigual versus igual); b) Individualismo/colectivismo; c) Masculinidad/feminidad) aversión a la incertidumbre e) orientación a corto/largo plazo. En este marco y a pesar de las críticas recibidas, las dimensiones de Hofstede son de gran utilidad para hacer análisis de una cultura específica y; de esta manera encaminar hacia una mejor toma de decisiones por parte de las políticas públicas, ofreciendo un marco para examinar como los valores culturales afectan al comportamiento y dan señales de porque los individuos de una cultura se comportan de cierta manera (Taranpuez, 2016).

En este caso, se tomará en cuenta la segunda dimensión propuesta por Hofstede, Individualismo versus Colectivismo para describir el comportamiento de las sociedades latinoamericanas en la pandemia del COVID-19. En esta dimensión, Hofstede propone que existen dos tipos de sociedades: Individualistas y colectivistas. En cuanto a las sociedades individualistas, son caracterizadas por tener a personas que se sienten independientes, en lugar de ser interdependientes como miembros de un todo más grande (Durán, 2018). Además, señala, que en las sociedades individualistas son las que priorizan las necesidades y el bienestar individual en los grupos o comunidades. De acuerdo con Hofstede, los países con mejor desarrollo económico tienden a ser más individualistas que los países más pobres. En los países con altos niveles de individualismo está caracterizado por tener personas más autosuficientes, en donde la autonomía y la seguridad financiera individual son valores importantes. Algunas culturas nacionales individualistas son: Los Estados Unidos, Australia, e Inglaterra.

Por otro lado, están las sociedades colectivistas las cuales le dan más relevancia a las decisiones de grupo debido a que construyen estructuras sociales muy cercanas, en las que el ciudadano se identifica como miembro del grupo y su comportamiento es la base de las normas internas del colectivo (Triandis, 1989). En base al colectivismo, estas sociedades priorizan los objetivos grupales sobre los individuales, además priman valores como el bienestar. Suelen promoverse las modas y normas mayoritarias, y las disidencias no son toleradas. Por este motivo, la tradición suele ser muy importante y se le da gran importancia al pasado. Adicionalmente, en las sociedades colectivistas, las relaciones y la armonía del grupo son importantes. Algunas culturales nacionales colectivistas son: Guatemala, Pakistán e Indonesia.

Según las dimensiones de la cultura de Hofstede, se enfatiza el colectivismo como una característica particular de la cultura oriental. Al referirse a lo oriental hace alusión a China y su influencia en la cultura asiática (Taiwán, Corea, Japón, Singapur, entre otros). Adicionalmente, esta cultura comparte el rasgo estar dispuestas a sacrificar sus beneficios personales e individuales por el bienestar colectivo, debido a que su educación se basa en la obediencia y la responsabilidad hacia la comunidad, sacrificando su libertad e independencia personal. Por otra parte, las sociedades occidentales catalogadas como individualistas se encuentra Europa anglosajona, Estados Unidos y con menos fuerza Hispanoamérica. Su educación está basada en la libertad y la independencia (Lan, 2015).

Como se ha dicho antes, el actual desafío a nivel sanitario derivado de la pandemia se ha convertido en un elemento de incidencia sociocultural y política a nivel mundial. El coronavirus ha expuesto al mundo a un desafío cultural poniendo en prueba a las practicas sociales. Por tal razón, los gobiernos se enfrentan a desafíos en cuanto a el funcionamiento de sus instituciones en los diferentes niveles y la capacidad de los sistemas políticos para gestionar los riesgos mundiales

derivados del virus. En consecuencia, las prácticas sociales, las actitudes y los comportamientos públicos requieren una atención especial a la hora de diseñar y establecer medidas para hacer frente a esta crisis (Clouet, 2020).

La crisis sanitaria requiere de un cambio de comportamiento a gran escala y se requiere de una gran carga psicológica para los individuos, por esta razón se pueden utilizar elementos de las ciencias sociales y del comportamiento. En este sentido, han surgido argumentos sobre por qué algunos países han lidiado con el COVID-19 mejor que otros (Van Bavel, 2020). A parte de la comparación de los resultados, se debe entender como las políticas de salud pública han sido influenciadas por otros factores como el sistema de gobierno, las instituciones políticas formales y la capacidad del Estado (control de sistema de salud y la administración pública) han moldeado las respuestas del gobierno frente a la pandemia (Uchoa, 2021).

Al no contar con vacunas ni tratamientos para el COVID-19 en el año 2020, las estrategias que pusieron en marcha los científicos y gobiernos son guiadas por las ciencias del comportamiento que han ocupado un papel fundamental en el control de los contagios. Los científicos del comportamiento han estado realizando recomendaciones a los gobiernos y a sus instituciones de salud en varios países alrededor del mundo, sobre las mejores formas de ayudar a las personas a adherirse colectivamente a nuevos patrones de comportamiento que mitigue la propagación del virus (Ortega, 2021). La comunicación para el cambio de comportamiento ha ofrecido mejores resultados debido a que estos países han logrado informar, persuadir, y cambiar el comportamiento de sus ciudadanos para que adopten las medidas que minimizan el riesgo de contagio (distancia, tapabocas, higiene) (Lopez, 2020). Sin embargo, los gobiernos tienen muy poca información sobre los niveles de adhesión a las medidas de cuarentena y sus políticas se reducen a controles poco efectivos (Ibañez, 2020).

Diferentes expertos en la psicología social y en comunicación han llevado a cabo una serie de modelos para llevar a la población a un comportamiento determinado. Debido al hecho de que el COVID-19 fuera desconocido hasta el momento de su aparición implicó que los sistemas sanitarios de los diferentes países se hayan enfrentado a las consecuencias del virus sin herramientas básicas como las vacunas o los medicamentos. De este modo, la única alternativa para combatir esta enfermedad radica en alinear las conductas de comportamiento con las medidas que ayuden a prevenir el contagio (Wills, 2020). Durante las crisis sanitarias, en su etapa inicial, se suele dar énfasis a la planificación de los posibles escenarios y previsibles actuaciones futuras dando contribución a una mejor gestión de la problemática de los gobiernos, además de no minimizar el alcance o la gravedad de la crisis. Durante esta etapa, es relevante elaborar estrategias de comunicación para transmitir a las poblaciones las mejores prácticas y recomendaciones para el fenómeno que se presenta (Crespo, 2020).

A través de la teoría de las representaciones sociales propuesta por el psicólogo social rumano Serge Moscovici en 1961 en su tesis doctoral; adicionalmente otras modalidades de comunicación es posible promover el cambio de comportamientos individuales y colectivos de manera decisiva para evitar el incremento de contagios (Wills, 2020). La expansión del COVID-19 ha producido una explosión global de información en temas de salud, importante para la toma de decisiones de los individuos y además puede promover cambios en los comportamientos de las poblaciones para contener el virus. El problema derivado de esta expansión de información es la excesiva cantidad de noticias falsas, datos incorrectos, cifras inexactas. De esta manera, es relevante que los gobiernos hagan énfasis en el contenido de campañas de información para contribuir al manejo de correcto de la información y no produzca un impacto negativo en su población (Moyano, 2021).

Las representaciones sociales son definidos por Moscovici como un corpus organizado de conocimientos y actividades psíquicas que inciden en la elaboración de comportamientos y procesos comunicativos que están arraigados a un sistema de valores, nociones y prácticas, que permiten a las personas orientarse en un contexto social para actuar sobre él (Gárce et. al, 2021). Considerando el contexto de pandemia, el análisis de las representaciones sociales es importante para futuras intervenciones en situaciones de crisis o emergencia, de igual manera para la comprensión de estructuras de pensamiento que dirijan el comportamiento de los individuos en este tipo de situaciones.

La pandemia de Covid-19 ha planteado desafíos sin precedentes para los derechos humanos en todo el mundo. La mayoría de los países latinoamericanos concentró su actividad en imponer medidas restrictivas para frenar la expansión del virus. Medidas de confinamiento que han reducido las libertades individuales, como la libertad de movimiento y de reunión (Voule, 2020). En varios países se han aprobado leyes que limitan las reuniones públicas, así como la libertad de movimiento. Las restricciones se basan en preocupaciones de salud pública están justificadas, cuando son necesarias y proporcionadas a la luz de las circunstancias. Además, las organizaciones de la sociedad civil no han sido consultadas en el proceso de diseño o revisión de medidas de respuesta apropiadas y, en varios casos, los procesos a través de los cuales se aprobaron tales leyes y reglamentos han sido cuestionables por la población (Voule, 2020).

El confinamiento tiene un efecto muy contraproducente en la economía de un país. Además, tiene muchos efectos negativos en la salud mental de las personas y otros indicadores sociales. La única manera que se conoció de controlar el virus mientras no había vacuna, es por medio del cambio de comportamiento de la población. La naturaleza del virus lleva a considerar la relevancia que logren obtener medidas efectivas enfocadas en el comportamiento. Hasta que el

acceso a una vacuna se extienda de forma que una gran mayoría de la población esté inmunizada, se necesitan medidas de contención que los expertos han llamado “intervenciones no farmacéuticas”, en las que se encuentran el uso de mascarillas, lavado de manos y distanciamiento social. Es decir, cambios de comportamiento (Cuello, 2021).

La única forma de evitar la propagación del virus es eliminando la exposición de las personas a las demás o mediante actos personales de higiene, incluido el uso de mascarillas o tapabocas. Por lo tanto, la amenaza puede ser controlada de manera efectiva solo evitando total o parcialmente la exposición al virus, con la vacunación masiva o por medio del desarrollo de autoinmunización en la comunidad expuesta, en otras palabras “la inmunidad de rebaño”. La amenaza, por lo tanto, puede modificarse tanto por el comportamiento humano como a través de medidas estructurales para neutralizar el virus (Lavell, 2020). Adicionalmente, se han realizado diversas campañas informativas acerca del distanciamiento social, el lavado de manos y el uso de mascarillas, aunque no se ha logrado cambiar verdaderamente la conducta de los individuos (Armeyones, 2020).

Algunos de estos comportamientos como el lavado de manos frecuentemente se desarrollan en torno a hábitos ya previamente existentes. El acceso al agua limpia es indispensable, sin embargo, muchas poblaciones del mundo siguen sin disponer de acceso a instalaciones básicas para poder hacerlo, especialmente en África y Latinoamérica. Por consiguiente, esas poblaciones olvidadas serán más vulnerables y su vida estará amenazada por la pandemia. Sólo tres de cada cinco personas en todo el mundo disponen de instalaciones básicas para esta elemental norma de higiene. Las muertes por no hacerlo ascienden a cientos de personas cada día, la mayoría niños (We are water , 2020). En zonas industrializadas y con mejor desarrollo, el lavado de manos y la higiene en general son prácticas habitualmente realizadas en entornos individuales y sociales. Con

esto, se puede decir que el 40% de la población mundial, alrededor de 3.000 millones de personas, no tiene instalaciones de lavado de manos con agua y jabón en sus hogares.

Aunque otros comportamientos son totalmente nuevos, por ejemplo, el distanciamiento social. Esto genera obstáculos adicionales para la población a la hora de cumplir algunas de estas medidas y esto lleva a la interrogante que tienen las políticas públicas durante años de como incorporar elementos de la ciencia de comportamiento. El confinamiento en los hogares es una situación sin precedentes recientes a nivel mundial y es predecible que tenga impactos negativos en aspectos psicológicos y de bienestar a las poblaciones. De acuerdo con el estudio de Sprang y Silman (2013), las poblaciones que han vivido en cuarentena durante enfermedades pandémicas están más expuesto a presentar trastorno de estrés agudo y de adaptación y dolor. La interrupción de hábitos durante el confinamiento y la instauración de otros poco saludables, entre ellos los malos hábitos alimenticios, patrones de sueño irregulares, sedentarismo y mayor uso de las pantallas pueden derivar en problemas físicos (Brooks, 2020).

El cumplimiento de estas medidas tiene un efecto directo en la salud pública de los países, asimismo de impacto en las oportunidades para salvar miles de vidas y evitar lo máximo posible los contagios. Cuando un comportamiento se multiplica y repite por toda la población, se presenta una alteración que tiene el poder de acelerar o frenar una pandemia. Esta problemática enfatiza el estudio y análisis de los comportamientos en el centro de las decisiones públicas.

Actores no estatales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) han recalcado que a través de una perspectiva del comportamiento de las sociedades se obtiene información valiosa para la planificación de medidas correctas para contrarrestar los efectos del COVID-19 (OMS, 2020). La experiencia de la OMS a lo largo de los años, combatiendo a distintas epidemias y pandemias, les ha expuesto la importancia de contener enfermedades cambiando

comportamientos. En este aspecto, las medidas son mucho más cognitivas que médicas. Los *nudges* (o impulsos, en español) son estímulos que conscientemente se ponen en el entorno o en los mensajes que reciben las poblaciones para guiar sus decisiones. Muchos de ellos resultan de la investigación experimental y están dirigidos a mejorar aspectos de la educación o de la salud de la población. Son herramientas indispensables para establecer los hábitos de comportamiento, especialmente tras la primera ola de contagios cuando los ciudadanos dejaron de sentir el riesgo inmediato y existe una sobrecarga psicológica por el shock de la situación. (Cuello, 2021). Para diseñar un nudge que sea efectivo, antes hay que analizar los comportamientos deseables y entender cuáles son las barreras que están impidiendo su cumplimiento.

Adicionalmente, muchos expertos en salud pública han investigado estos estímulos, destacando la dificultad que implica que la población comprenda los mensajes fundamentados en la salud pública. Esta información está basada en el cuidado personal y colectivo. De esta manera, se han creado herramientas como la Communication for Behavioural Impact (COMBI), un método de planificación enfocada a diseñar programas de comunicación conductual efectivos para lograr resultados específicos en la salud y en el desarrollo social. Esta herramienta utiliza técnicas de la comunicación tanto del sector público como del privado con una debida investigación previa acerca de los comportamientos para lograr unos resultados precisos (Communication for Behavioral Impact, 2021).

Por tal razón, expertos en psicología social, economía del comportamiento y diseños de nudge insisten en el cuestionamiento acerca de qué tipo de barreras cognitivas están presente e imposibilitan la adopción de comportamientos esperados en esa localización geográfica o sector de la población (Abendroth-Dias, 2020). Debido a que la naturaleza de la pandemia del COVID-19 exige intervenciones que motiven el cambio de comportamiento en todos los niveles (macro y

diversos sectores), se han presentado diferentes nudges y otras intervenciones en los diferentes países de Latinoamérica y el mundo.

En pleno auge de la pandemia del COVID-19 genera una gran expectativa colectiva en torno al retorno de la normalidad. El impacto para las poblaciones al ver truncada su cotidianidad y las grandes tasas de mortalidad por el virus, ha generado una reflexión colectiva acerca del retorno a una nueva normalidad postpandemia. El concepto “nueva normalidad” fue introducido en 2008 haciendo alusión a las condiciones económicas que surgieron antes las crisis financieras y gran recesión mundial que tuvo su epicentro en los Estados Unidos (Zerón, 2020).

2.1.2.5. El rol del Estado en época de crisis

El papel del Estado es una pregunta comúnmente realizada pero que tiene un grado de complejidad al responderla. En estos tiempos de globalización en todos los aspectos: económica, política y social, se han generado variaciones en las estructuras de los gobiernos y sus relaciones socioeconómicas, debido a la interdependencia que existe en la sociedad global y la interconexión y rompimiento de fronteras a través de los procesos tecnológicos desarrollados durante los últimos tiempos. Con la consolidación del capitalismo y la globalización como ideología predominante en el mundo actual, y además con el carácter supranacional de este fenómeno, el estado ha perdido soberanía y ha abandonado su tradicional papel de regulador de la economía en su territorio además de cambiar su funcionamiento frente a la sociedad internacional.

Con el nuevo orden mundial después de la guerra fría, ocasionó cambios significativos y heterogéneos en todos los ámbitos de las relaciones internacionales caracterizado por procesos desiguales entre los países. Por este motivo, el Estado-nación se ha debido adaptar a un sistema internacional cada vez más complejo e interdependiente, siempre manteniendo su papel como

unidad básica y central del sistema internacional. La figura del Estado ha estado relacionada con la geopolítica, donde la diplomacia y el mercado en la visión justa del espacio vital han sido los dos grandes motores de desarrollo político y económico que llevan por misión el compromiso de evitar choques y fragmentaciones (Morales, 2003).

De esta manera, el Estado-Nación en el Nuevo Orden Mundial no tiende a desaparecer ni a reforzarse, solamente cambia algunos conceptos como el de soberanía y redefine sus funciones en un nuevo marco mundial, en donde los procesos de la globalización lo vinculan a las políticas globales que se desarrollan a la par en los países y lo vinculan a los desafíos que de una u otra manera que serán problemas que afectan a todo el planeta, evidenciando grandes desigualdades y brechas entre los países ricos y pobres, lo que no implica una homogeneización ni una equidad entre los países. (Nye J. , 2003)

En América Latina, el Estado-nación se ha destacado por su rol interventor y conductor del proceso económico, político y social. El estado latinoamericano ha tenido variaciones a lo largo del siglo XX, estados populista, oligárquicos, y neoliberales ha incidido en su proceso de evolución frente a las necesidades de sus poblaciones y afectado de manera notoria su comportamiento. Un ejemplo de esto es que la mayoría de los mecanismos de regulación han desaparecido. Los instrumentos tradicionales de mediación entre el Estado y la sociedad civil (sindicatos, partidos u organismos públicos) están en crisis. Ya no enmarcan ni aseguran (o lo hacen cada vez peor) la transmisión de demandas sectoriales o sociales hacia lo político. (Couffignal, 2013)

Es una problemática fundamental la toma de decisiones y el rol del Estado en tiempos de COVID-19, donde los efectos de la pandemia se han extendido a todos los ámbitos de las sociedades latinoamericanas paralizando la economía y generando grandes cambios en su desarrollo y estructuras políticas. Según Barona (2000), expone que en circunstancias económicas

y financieras donde se da un cambio en la productividad con aumento del consumo para mantener la competitividad, el papel activo del Estado ha experimentado un retroceso, siendo las consecuencias de esta ideología económica sobre los servicios públicos, en especial sobre la sanidad, devastadoras: recortes en el gasto con eliminación y/o limitación de programas, y tratamientos, así como privatización de los servicios. (Barona, 2000).

Desde el inicio de la pandemia, los gobiernos latinoamericanos han adoptado diversas medidas, la mayoría originadas desde el Poder Ejecutivo, como el cierre de sus fronteras (aéreas, terrestres y marítimas), declaración de emergencias sanitarias, restricción a la circulación de personas, además de diversos derechos que se han visto afectados por la pandemia. Estas políticas gubernamentales han sido cuestionadas a escala nacional e internacional, respecto a las respuestas institucionales a la crisis en lo que se refiere al respeto de los derechos humanos. Se ha manifestado preocupación por la posibilidad de que las medidas de excepción adoptadas en esta emergencia de salud se transformen en permanentes, bajo el nombre de “nueva normalidad”, o de que sirvan para que ciertos grupos políticos y sociales acumulen poder en perjuicio de otros (CEPAL, 2020).

Por esta razón cabe resaltar que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2005, planteó un plan mundial para enfrentar y reconocer las fases de una pandemia con el propósito de ayudar a los Estados Miembros de la OMS y a los líderes de salud pública, líderes médicos y a los encargados de los preparativos para situaciones de emergencia a responder a las amenazas de las pandemias. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2009).

En cuanto a la CEPAL, creó un Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe, para analizar el impacto social y económico de la pandemia, haciendo un seguimiento del progreso a mediano y largo plazo del brote. También pone a disposición una serie de políticas públicas para que la región limite el impacto de la región en los sectores económicos y sociales que se verán

mayormente afectados. La CEPAL en un informe especial del COVID, analiza la manera en que la pandemia enfrenta a Latinoamérica que tiene una posición más débil en comparación al resto del mundo. Esta organización plantea que la región se verá afectada en mayor parte por los siguientes canales de transmisión: La disminución de la actividad económica de sus principales socios comerciales, la caída de los precios de los productos primarios, la interrupción de las cadenas globales de valor, la menor demanda de servicios de turismo y la aversión al riesgo y el empeoramiento de las condiciones financieras mundiales. (CEPAL, 2020)

En cuanto al World Economic Forum hace una estimación del impacto del coronavirus en el PIB de América Latina, además recalca el papel de la comunidad internacional para la reconstrucción de las estructuras económicas de los países latinoamericanos, instituciones como Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial, y el grupo BID, serán actores fundamentales para proporcionar liquidez a las economías emergentes y países golpeados por la crisis (Parrado, 2020).

2.1.2.6. Promoción de la Salud y escenario latinoamericano contemporáneo

Las políticas públicas en el sector de la salud, juntamente con las de otros sectores, tienen un gran valor y potencial debido a que hace alusión a garantizar la salud y el bienestar de las comunidades. Estas trazan un complemento relevante en las reformas de la cobertura universal y de la prestación de servicios, aunque en la mayoría de las sociedades este tipo de políticas es desaprovechado y comúnmente no se implementa de manera eficaz a otros sectores. Las personas y las comunidades desean vivir en entornos que les garanticen y promuevan la salud. Elementos como la atención primaria, el acceso universal y la protección social representan los grandes desafíos a cumplir para los diferentes países. Por esta razón, las sociedades exigen a sus gobiernos que instauren una serie

de políticas públicas cuyo ordenamiento abarque desde el nivel local hasta el supranacional y sin las cuales la cobertura universal y la atención primaria perdería gran relevancia.

La salud es una condición indispensable para el cumplimiento de propósitos planeados en las políticas sociales diseñadas en los diferentes planes nacionales de crecimiento económico y de bienestar, incluyendo el desarrollo social y de la salud. Por esta razón, la salud pública ha sido una constante preocupación a nivel mundial por sus diferentes implicaciones económicas, sociales y políticas. De esta manera se ha generado un debate por diferentes expertos y naciones en diferentes espacios internacionales, en donde la promoción de la salud ha logrado tener un papel crucial en la formulación de políticas (Coronel, La promoción de la salud: evolución y retos en América Latina, 2017). Esto se sustenta en una amplia base teórica conformada por una serie de conceptos, principios básicos y métodos, que han sido divulgados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través de una serie de informes, documentos, reuniones y programas para los países.

Desde la antigüedad, las diferentes sociedades y culturas han desarrollado acciones encaminadas a la salud pública, pero es hasta el inicio del siglo XX cuando se establecen conceptos sobre la relación de la medicina y los servicios públicos, a fin de mejorar la calidad de vida de la población además de la institucionalización y construcción de estructuras organizativas que contribuyera a la toma de conciencia por parte de los gobiernos. Uno de los principales pioneros de la medicina social fue el médico y político alemán, Rudolf Virchow, quien hizo un acercamiento entre la medicina y la política. Virchow argumentaba que la medicina era una ciencia social. Esta afirmación incluyó al aspecto de lo médico hacia una dimensión social y cultural como elementos que influyen en la calidad de vida y el bienestar de las comunidades. Además, consideraba que la

estructura social y política era el origen de los males de la pobreza, y se debería considerar la acción política en el campo de la medicina.

Por otra parte, Henry Sigerist en 1945 fue el primero en utilizar el concepto de “Promoción de Salud” para tratar problemáticas de la educación sanitaria y mejorar las condiciones de vida de las personas. Además, hace alusión a la promoción de la salud como las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida y relaciona la promoción de la salud con la vida decente, las condiciones de trabajo, educación, descanso y recreación. Sigerist define las cuatro funciones de la medicina y la salud pública: 1) la promoción de la salud, 2) la prevención de la enfermedad, 3) la restauración de los enfermos, y 4) la rehabilitación, y afirmó que debe establecerse un esfuerzo coordinado de los políticos, los sectores laboral e industrial, los educadores y los médicos (Lizarazo, 2012).

El concepto de promoción de salud se viene formulando desde casi principios del siglo XX, pero no es hasta los años setenta en que su teoría y su práctica empezaron a ocupar un lugar muy importante en el marco de la salud pública internacionalmente. Con la la Conferencia Internacional en Atención Primaria en Salud en Alma Ata, celebrada en Kazajistán en 1978 se consideró la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de los sistemas y personal de salud y desarrollo, y de la comunidad internacional para impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en todo el mundo y específicamente en los países en desarrollo, a través de cooperación técnica y junto con otros organismos internacionales como la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ratificar el compromiso para ofrecer una asistencia técnica y financiera a las comunidades (OMS, 1978).

Esta conferencia estableció las bases de la promoción de la salud, además del suministro de alimentos y nutrición adecuada, el agua potable y el saneamiento básico, la lucha contra

enfermedades crónicas regionales, la prevención, las inmunizaciones, el suministro de medicamentos esenciales y el debido tratamiento de enfermedades comunes. Por esta razón, Alma-Ata estableció una serie de valores y principios para una organización sanitaria y una variedad de pautas a seguir para abordar las necesidades de las poblaciones (Torres, 2018).

Adicionalmente, documentos como el informe de Lalonde (1974) y el informe “un pueblo saludable” (1979) ejercieron gran influencia en el análisis de las problemáticas, carencias, necesidades e infraestructura de la salud en los diferentes países del mundo en donde se evidenció un gran crisis institucional provocada por la débil capacidad institucional de prestación de la salud para manejar de manera eficaz los evidentes problemas sanitarios de los países en vía de desarrollo producto de la desigualdad y la existencia de diferentes enfermedades crónicas (Coronel, 2017). No obstante, es hasta 1986 con la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Ottawa, donde emite la conocida “Carta de Ottawa” dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000."

Con la Carta de Ottawa se produjo un cambio importante en la dirección fundamental en el campo de la salud pública en América Latina y el Caribe. Esta carta respondió a la demanda de crear y desarrollar nuevas orientaciones en materia de salud además de presentar enfoques, estrategias y proposiciones que son consideradas indispensables para avanzar de manera significativa en el progreso y la promoción de la salud (Ballesteros, 2017). Además, esta carta define cinco grandes líneas de acción de la salud: 1) Elaboración de políticas públicas y legislación saludables, 2) creación y protección de ambientes saludables, 3) fortalecimiento de la acción comunitaria, 4) desarrollo de aptitudes personales, y 5) reorientación de los servicios sanitarios. Por un lado, se vio un planteamiento político dirigido al desarrollo de políticas saludables según

las necesidades de las comunidades, además, de ser una oportunidad para legitimar la necesidad de centrar esfuerzos en los sistemas de salud de todo el mundo.

Posteriormente en 1997, se da otro acontecimiento importante en la Cuarta Conferencia Promoción de la Salud organizada en Yakarta, capital de Indonesia, siendo destacada por ser la primera en realizarse en un país en vía de desarrollo y ofrecer la participación del sector privado en el apoyo de la promoción de la salud. Además, se presentó en un momento crítico para la formulación de estrategias internacionales de salud y reconsiderar factores determinantes de la salud para detectar las dificultades que se presentaban en cuestión. Durante esta conferencia, se destacaron aspectos de la capacidad de promoción de la salud en el abordaje de los determinantes de la salud, incluyendo aspectos como la responsabilidad social, la necesidad de inversión en el desarrollo de salud y la consolidación de alianzas estratégicas en beneficio de la salud de las comunidades (OMS, Conferencias mundiales de promoción de la salud , 2017).

Más adelante, con la Carta de Bangkok en 2005, se evidencia en el documento el establecimiento de una serie de medidas, compromisos y promesas para abordar factores determinantes de la salud con miras a contribuir a reducir las desigualdades en materia de salud en un mundo globalizado. Los cuatro compromisos clave de esta declaración son: a) Lograr que la promoción de la salud sea un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial, b) Una responsabilidad esencial de todo el gobierno, c) Un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil, y d) un requisito de las buenas prácticas empresariales (OMS, 2005).

En años más recientes, la OMS sostiene con mayor fuerza que las condiciones sociales influyen fuertemente en la posibilidad de tener buen estado de salud. Por tal razón, en el 2008, La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, definió a los Determinantes Sociales como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen,

incluido el sistema de salud". Es decir, la salud de las personas está determinada por componentes biológicos, psicológicos y sociales que están interrelacionados con las enfermedades. De este modo, la salud de las comunidades esté ligado al momento histórico de desarrollo de cada sociedad (Dávalos, 2010). La mayor parte de los problemas de salud están vinculados de una u otra manera a las condiciones socio económicas de la población que los padece. Aunque, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas", tales como acciones sobre el entorno social.

Luego, en la Octava Conferencia de Promoción de Salud en Helsinki en 2013, recopila las bases y lineamientos establecidos en las anteriores reuniones, y se identifican acciones intersectoriales y políticas públicas saludables como elementos centrales de la promoción de la salud y el entendimiento de la salud como un derecho humano. Su principal objetivo fue integrar la salud en el entorno político con el fin de que las metas del gobierno sea vincular otros sectores muy ligados a la salud como la pobreza, el acceso al agua, el saneamiento, la seguridad y el desarrollo social y económico sostenibles (Coronel, 2017).

Y, por último, la Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: La promoción de la salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Shanghai (China) durante el 2016, siendo la conferencia más reciente en donde los Estados Miembros de la OMS se comprometen a la formulación de políticas para situar la promoción de la salud en el centro del desarrollo sostenible (OPS, 2016). Esto constituye un trabajo proyectado a los años futuros en la Agenda 2030 pero podría ser puesto en riesgo debido a la actual crisis sanitaria que no había tenido antecedentes de la misma magnitud.

De esta manera, los aspectos anteriormente analizados son espacios en donde se ha realizado las bases y aproximaciones de la promoción de la salud, con un total de nueve conferencias mundiales y la elaboración de distintos marcos de seguimiento para los países. Además, se puede evidenciar, que estas bases no son dirigidas únicamente a la capacidad sanitaria y servicios de salud, sino que implica otros campos como economía, política, cultura, elementos conductuales y de comportamiento, entre otros y que son determinantes de la salud.

Análogamente, estas bases teóricas y prácticas respecto a la promoción de la salud ha sido un proceso para reconocer las principales debilidades de las instituciones políticas y sociales que han existido, principalmente retomar valores como la equidad y seguir un enfoque renovado debido a elementos de la globalización que facilitan los procesos de comunicación y avances tecnológicos para el mejoramiento de la salud de todos los países, y particularmente en América Latina, donde se han presentado notables problemas relacionas con el desarrollo y salud de sus poblaciones.

La situación de la salud en América Latina son aspectos importantes porque afectan de manera directa o indirecta todos los aspectos de la vida cotidiana, los comportamientos y la toma de decisiones. Esta región es la más volátil del mundo económica y financieramente (Rojas, 2009). Lo que está estrechamente relacionado con su historia, cultura y procesos de desarrollo en la región. Aunque existe gran heterogeneidad y diversidad de países, muchos comparten retos y problemáticas comunes en materia de salud. Factores como la inequidad social y la pobreza han hecho complejo el proceso de cumplimiento de metas establecidas en el ámbito sanitario. Durante la actualidad, los efectos de la pandemia han producido un escenario de agudización de lo que ya era un contexto desalentador, tanto a nivel nacional como en sus debilitados mecanismos de cooperación regional.

El punto de partida es la Carta de Bogotá en 1992, producto de Conferencia de la Promoción de la Salud, que implicó la búsqueda de creación de condiciones que garanticen una relación de mutua determinación en salud y el desarrollo. Aquí se debatieron dos aspectos fundamentales en problemáticas principales en materia de salud pública para la región: las inequidades sanitarias y las condiciones sociales (Coronel, La promoción de salud para la creación de entornos saludables en América, 2017). Además, se estableció como tema central y requisito fundamental, el logro de la equidad y se planteó como el gran desafío de la Promoción de la Salud en la América Latina la transformación social que posibilite conciliar los intereses económicos con la búsqueda del bienestar y la equidad social. Posteriormente en el año 2000 los países miembros de la OMS firman la Declaración del Milenio con el objetivo de erradicar la pobreza extrema y mejorar la salud y el bienestar de las personas más pobres del mundo en un periodo de 15 años.

La región latinoamericana se ha enfrentado a diferentes desafíos como consecuencia de los grandes cambios sociales económicos y demográficos; además de combatir graves problemas de salud como las enfermedades contagiosas, crónicas, degenerativas e infecciones, altas tasas de mortalidad materna e infantil, por otro lado, las problemáticas producto del desarrollo y la globalización. Muchas de las estrategias empleadas frente a la promoción de la salud en Latinoamérica durante el siglo XXI desarrolladas por cada país han tenido avances, pero no los resultados esperados.

En el 2015, con los últimos años relacionados con el desarrollo, la sostenibilidad, y la importancia del sistema nutricional y con los objetivos de disminución de hambre y malnutrición se alcanza la meta 1C de los Objetivos del Milenio, “Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padecen hambre” antes del tiempo esperado debido a la iniciativa de América Latina y el Caribe sin hambre que estableció un compromiso político de erradicar el

hambre en la Región, fue presentada y adoptada por 33 miembros de la Comunidad de Estados de América Latina y el Caribe (CELAC) (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Sin embargo, durante el último sexenio antes del COVID-19 (2014-2019) ha sido el de menor crecimiento económico para la región desde la década de 1950 según señala la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) con una tasa de incremento del PIB en el acumulado de estos años en tan solo 0.4% (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (cepal), 2020). Esto comparado con la “década perdida” en los ochenta tuvo un ritmo inferior debido al impacto de la crisis de la deuda con el menos 2%. Esto se explica a través de la trayectoria económica de las dos principales economías sudamericanas, Brasil y Argentina, que después de una década inicial del siglo XXI con gran desarrollo, han enfrentado esta última década caracterizada por la presencia de recesiones e inestabilidad económica (Caetano, 2021).

Según CEPAL: “Desde 2015 ha tenido lugar un aumento en los niveles de pobreza, y especialmente de pobreza extrema, en la región, aun cuando dicha tendencia perdió fuerza entre 2017 y 2018. Con todo, en 2018 tanto la pobreza como la pobreza extrema presentaban incidencias más altas que las registradas entre 2012 y 2015. A pesar de este panorama desfavorable en el promedio regional, entre 2017 y 2018 la pobreza disminuyó en la mayoría de los países” (CEPAL, 2019).

Durante la última década, se lograron muchos objetivos propuestos que permitieron reducir la desigualdad, pero esta evolución se ha detenido en los últimos años. No solamente diversos avances en materia social se han desacelerado o estancado en un contexto económico poco dinámico, sino que también se vislumbran importantes señales de retroceso. Los principales problemas que vivió la región son las crecientes tasas de endeudamiento tanto público como privado, y derivado de esto un mayor peso financiero para los países. Adicionalmente la

disminución del espacio fiscal y las políticas de ajuste que afectaron la cobertura y la continuidad de las políticas de combate a la pobreza y de inclusión social y laboral (Cecchini, 2019).

Para 2016, la región empeoró con los niveles de pobreza de pasar de 164 millones a 181 millones de latinoamericanos. Con el transcurso de los años la tendencia ha continuado, con datos de pobreza estimados para 2019 que sobrepasan la barrera de los 190 millones, lo que supone casi un tercio de la población de la región. La misma tendencia se observa en materia de pobreza extrema, que en 2019 alcanzó a 11.5% de latinoamericanos (Caetano, 2021). Otro factor que pone en evidencia los problemas de la región es la desigualdad de ingresos, un rasgo persistente en Latinoamérica que se ha mantenido inclusive en momentos de crecimiento económico. Todo este conjunto de factores llevó a que la economía de los países latinoamericanos se frenara en el contexto internacional, en donde se presenta una reducción del espacio fiscal disponible y haciendo que los gobiernos llevaran a cabo diferentes políticas de ajuste, incremento de la deuda externa y subida de la presión fiscal disponible. De esta manera se pone en cuestión los mecanismos de ayuda para los ciudadanos impulsados por los gobiernos latinoamericanos, especialmente en los estratos medios (Traversa, 2017).

Capítulo III. Metodología y análisis de información.

3.1. Tipo de estudio

La presente investigación se fundamentó en el método fenomenológico debido a que se buscó un paradigma que pretende explicar la naturaleza de las cosas, la esencia y la veracidad de los fenómenos. El objetivo que persigue es la comprensión de la experiencia vivida en su complejidad; esta comprensión, a su vez, busca la toma de conciencia y los significados en torno del fenómeno (Fuster, 2019). Este método científico es el camino de deducciones lógicas para llegar a conclusiones particulares a partir de la hipótesis propuesta, que posteriormente se comprueban con la información recolectada. De este modo se aplica este método con el fin de obtener teorías con un mayor grado de generalidad, para luego comprobar su validez a través de la comparación de sus implicaciones empíricas con los hechos observados.

A partir del objetivo de investigación, el fenómeno a estudiar es el impacto de la pandemia del COVID-19 en Colombia y México y su evolución durante el 2020, además de las políticas sociales y medidas de salud pública implementadas en estos países teniendo en cuenta su capacidad sanitaria. Se utilizó la investigación mixta de revisión teórica, para la cual se efectuó una revisión ordenada mediante búsquedas electrónicas. Se ha elegido el método fenomenológico como herramienta para analizar el tema propuesto debido se busca la construcción de un tipo de conocimiento estructurado acerca de la sucesión de las diferentes políticas *ad hoc* tomadas por los países latinoamericanos para frenar la ola de contagios y la inevitable caída de la economía. Además de estudiar la variedad de fenómenos, la observación será de manera selectiva y habrá una revisión de las teorías y los datos.

Esta investigación se desarrolló por medio del método cualitativo, no obstante, se usaron técnicas cuantitativas que permitieran sustentar la información obtenida cualitativamente y tener una visión más amplia del fenómeno de estudio. La obtención de la información se hizo mediante

la recuperación de documentación oficial de los principales órganos públicos y privados, de instituciones regionales, de análisis de los gobiernos, de institutos de observación y centros educativos como universidades, además de bibliotecas de artículos científicos y ensayos por distintos expertos del tema propuesto. Los datos se obtuvieron del registro *Our World in Data*, página web especializada en cifras y boletines de cada país correspondiente. Se realizó un análisis de correspondencias múltiple entre las medidas de salud pública adoptadas en cada país frente a la pandemia de COVID-19 medido a través del índice estudio de la Universidad de Oxford), las condiciones sanitarias, demográficas y sociales y los resultados de la evolución de la pandemia.

Para evaluar el nivel de acción de los gobiernos se recopilará información disponible públicamente sobre distintos indicadores de respuestas gubernamentales en el año 2020. Para los criterios de selección de los artículos se tuvo en cuenta que tuviesen información relacionada con las pandemias, el coronavirus SARS-CoV-2, la enfermedad COVID-19, políticas, medidas de protección, contexto de la región, y la pandemia de COVID-19.

3.2. Ruta Metodológica

Una vez culminada la delimitación del proyecto, se procedió a concentrar la metodología para alcanzar en este documento los aspectos empíricos, que se describirán con base a las propuestas investigativas. Esta investigación se concentra en los retos de política pública en gran medida por las condiciones preexistentes en las sociedades de la región y de la respuesta gubernamental, cuyos márgenes de acción también están muy condicionados por lo anterior.

El análisis de las políticas adoptadas en el transcurso de la pandemia del COVID-19, fundamentando en los enfoques de intervención, permite identificar las herramientas utilizadas para mitigar el impacto potencial de las intervenciones. En este punto, a partir de la información obtenida en los diferentes documentos analizados, se analiza la tendencia en la incidencia y mortalidad por COVID-19 en los países de Colombia y México, y su asociación con las políticas adoptadas y con

variables sociales, demográficas y sanitarias como primera aproximación a la capacidad de respuesta de estos países ante la pandemia.

Las políticas contra el coronavirus han sido heterogéneas respecto a estos dos países, por esta razón se utilizó los datos del Rastreador de respuesta gubernamental y del Índice de rigurosidad de la Universidad de Oxford, que ofrece información acerca de las diferentes políticas para contener la propagación de los contagios por COVID-19 a través de tres categorías de análisis: Políticas de contención y cierres, políticas económicas y políticas de salud.

Respecto a las políticas de contención y cierres se hace alusión a las restricciones de circulación de la población, se encuentra las restricciones, cierre de escuelas y universidades, cierre de lugares de trabajo, cierre de transporte público, cancelación de eventos públicos, cuarentenas, restricciones sobre el movimiento interno y restricciones sobre viajes internacionales (cierre de aeropuertos). En lo que respecta a las políticas económicas, es evidente el golpe a la economía en Latinoamérica, por lo que los gobiernos han tenido que actuar de manera rápida y sorpresiva para amortiguar el impacto de la crisis sobre las empresas y los hogares. Dentro de estas políticas se encuentra los pagos directos o a través de bonos a las personas afectadas por la pandemia, congelamiento de obligaciones financieras de las personas, gastos de ayuda para el COVID-19, y estímulos económicos. Por último, en cuanto a las políticas de salud siendo el área prioritaria y de énfasis de políticas públicas ante la pandemia, se tendrá en cuenta las campañas de información pública acerca del COVID-19, inversiones de emergencia en atención médica, acceso a pruebas, rastreo de contactos y posibles planes de vacunación, además de la inversión en infraestructura sanitaria a corto plazo.

Fueron examinados artículos de revisión, originales, comunicaciones oficiales, boletines informativos de ministerios, organizaciones internacionales, regionales y nacionales que abordan

estos temas de pandemias anteriores y la actual; conceptos, epidemias, comportamientos humanos, nueva realidad y en particular políticas de los gobiernos de Colombia y México para enfrentar esta pandemia, percepción del riesgo, su impacto en los diferentes ámbitos de la vida, lo que permitió organizar la información, su análisis, discusión y generar conclusiones.

Entre la información documental recabada en instituciones internacionales estuvo la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Organización Panamericana de la Salud (PAHO), Organización Mundial de la Salud (OMS), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNSDG), Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD), Fondo Monetario Internacional (FMI), Banco Mundial, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), Observatorio Económico Latinoamericano (OBELA), entre otros.

Entre la información documental revisada en instituciones nacionales se encuentra el Instituto Nacional de Salud (INS) de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de Colombia, tablero de datos del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) de México, secretaria de Salud de México, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de México,

3.3. Panorama de la región Latinoamericana antes de la pandemia

Las comparaciones entre los países y a nivel subnacional sobre las estadísticas del COVID-19 varían según la disponibilidad de los datos que ofrecen las diferentes jurisdicciones. Las estructuras en los sistemas de salud y sanidad cambian notoriamente de un país a otro, de igual manera varía sus modelos de control y sus políticas de prevención y control de enfermedades.

Estas disparidades entre comparaciones, disminuye la comparabilidad entre las unidades y puede llevar a conclusiones imprecisas debido a los datos obtenidos a través de la investigación. En el caso de Latinoamérica, arrastraba con problemas de crecimiento económico que fueron agravados por la situación de la pandemia y evidenciaron las brechas existentes que enfrentaba la región.

Con respecto a la crisis producida por el COVID-19, el número de contagiados y fallecidos en los diferentes países de la región han manifestado la débil capacidad que tienen los sistemas sanitarios en cuanto a su infraestructura e inversión en los diferentes niveles que estos presentan y que han sido un detonante para que el número de casos y muertes sea uno de los más elevados del mundo. Por este motivo, los análisis que se realizaron se tuvieron en cuenta la capacidad de medición y las diferentes políticas gubernamentales aplicadas para medir los indicadores. De este modo se evidencia las limitaciones estructurales que imponen las fracturas sociales y la vulnerabilidad económica de estos dos países.

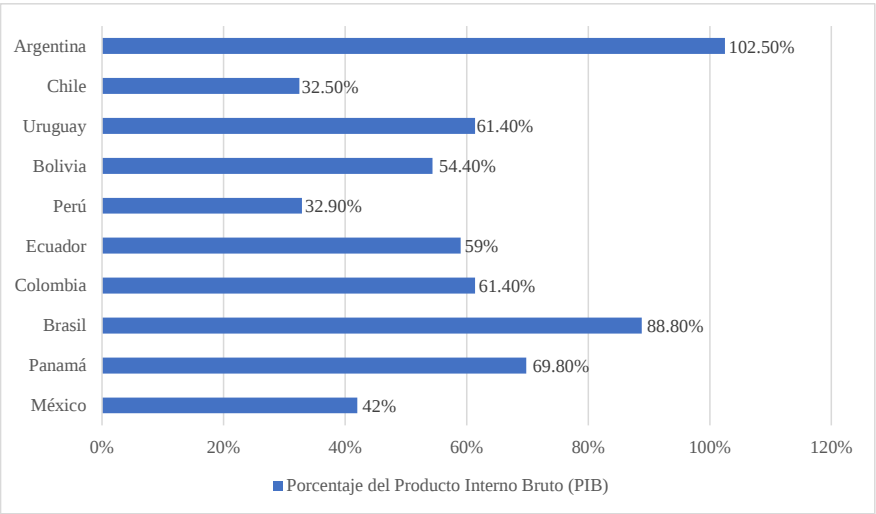
La pandemia del COVID-19 se ha extendido por todo el mundo y puso en prueba a los sistemas de sanidad en su totalidad. La cobertura sanitaria conlleva a garantizar a la población el acceso a los servicios médicos que necesitan sin que estos le generen problemas económicos. Adicionalmente, el papel que tiene la salud en el desarrollo humano y social de las comunidades es muy importante debido a que ofrece mejores niveles de vida de manera individual y colectiva. Sin embargo, los modelos de cobertura universal de salud han sido insuficientes e incapaces de ofrecer un servicio de salud con calidad, equitativo y de fácil acceso. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de la mitad de la población mundial carece de acceso integral a los servicios de salud básicos y más de 930 millones de personas (alrededor del 12% de la población mundial) gastan al menos un 10% de su presupuesto familiar para pagar los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud, 2021).

En cuanto a la región de Latinoamérica, aunque la mayoría de los países han aceptado la noción de salud como un derecho fundamental y han ratificado convenciones internacionales que establecen la implementación de políticas eficaces y equitativas al derecho de la salud como una obligación del Estado, se ha mostrado un notorio comportamiento irregular en cuanto a la reducción de desigualdades frente a los temas de salud y sanidad siendo un compromiso pendiente en la región. Durante la última década se han hecho grandes avances frente a la Cobertura Universal de Salud en Latinoamérica en relación con el perfil demográfico y epidemiológico de la población y cambios frente a la gestión y financiamiento de los diferentes programas enfocados en la salud (Arriagada, 2019), empero la región afrontaba diferentes problemáticas como el endeudamiento, la crisis migratoria venezolana, los estallidos sociales, elevados casos de corrupción, estancamiento económico desde inicios de la década, depreciación de las monedas, y especialmente carencia de la infraestructura sanitaria (Peñafiel-Chang et al, 2020).

Un claro ejemplo de la situación de Latinoamérica antes de la pandemia es el nivel de endeudamiento público de la región. Además, basados en los datos del Banco Mundial, América Latina y el Caribe sumaba en conjunto 1,87 billones de dólares de deuda externa en 2018. Mientras que en el 2019 la deuda pública representaba el 68,9 por ciento del producto interno bruto (PIB) de la región, es decir 2.24 billones de dólares, al cierre del 2020 alcanzó niveles del 79,3 por ciento, es decir, más de 10 puntos porcentuales, de acuerdo con las estimaciones del Fondo Monetario Internacional (FMI), tal y como se observa en la **figura 1**, se puede examinar la deuda pública como porcentaje del PIB en América Latina para el 2020. Por otro lado, antes de la llegada del Covid-19, el Fondo Monetario Internacional ya advertía de los riesgos de esta creciente deuda. Aunque los países de la región estaban inmersos en un proceso de consolidación fiscal, el espacio fiscal era reducido debido a que el desempeño del crecimiento económico estaba estancado ya que

la economía de la región se vio afectada gracias a que en muchos países se presentaron numerosas protestas y manifestaciones en contra de la corrupción y a su vez exigiendo a los gobiernos reformas ante la preocupante situación de la población.

Figura 1 Deuda pública como Porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) en América Latina en 2020.

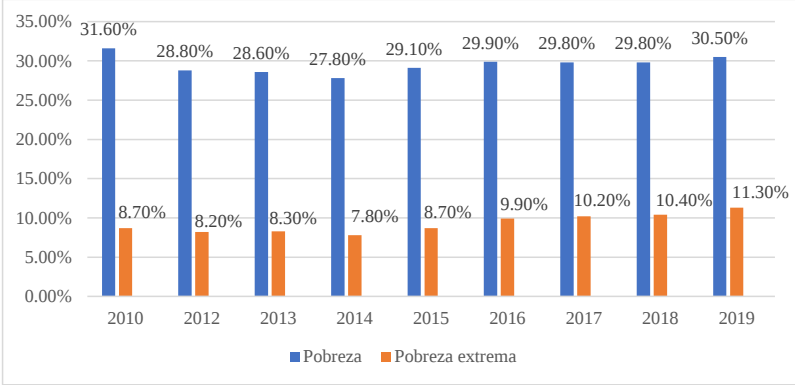


Nota. Adaptada de Tabla de Datos de endeudamiento público, de Banco Mundial, 2020 (<https://www.worldbank.org/en/programs/debt-statistics/statistics>)

Adicionalmente Latinoamérica seguía siendo una de las regiones más desiguales y pobres del mundo antes de llegar el COVID-19. Aunque en la última década hubo avances importantes en la reducción de la pobreza y la pobreza extrema ambas empezaron a aumentar desde 2015. A nivel regional, en 2019, la pobreza y la pobreza extrema aumentaron 0,7 y 0,9 puntos porcentuales, respectivamente, y se generó un incremento de las brechas entre hombres y mujeres. Para el año 2019, el 30,5% de la población de América Latina se encontraba en situación de pobreza por ingresos, porcentaje que equivalía aproximadamente a 187 millones de personas. De estas, 70

millones de personas, que representaban el 11,3% de la población, se encontraban en situación de pobreza extrema como se indica en la **figura 2** (CEPAL, 2020).

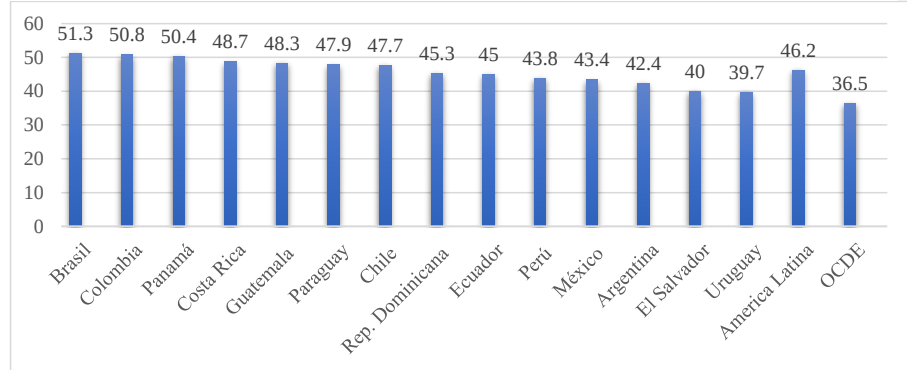
Figura 2 Tasas de pobreza y pobreza extrema y personas en situación de pobreza extrema en América Latina 2010-2019



Nota. Adaptada de Evolución de la pobreza en Latinoamérica antes de la pandemia, de CEPAL, 2020. (https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46687/8/S2100150_es.pdf)

Adicionalmente, la desigualdad es un problema que presenta la región y esta es medida a través del Coeficiente de Gini el cual es un indicador que mide la desigualdad de ingresos de un país, en este caso superan los promedios internacionales y de La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Según un informe del Banco Mundial (2015), se trata además de un fenómeno invasor que caracteriza a cada aspecto de la vida como el acceso, a la educación, la salud y los servicios públicos; el acceso a la tierra y a otros activos; el financiamiento de los mercados de crédito y laborales formales y la participación e influencia política. Según el reporte “Perspectivas económicas de América Latina 2019”, la región posee un coeficiente de Gini de 46.2 y tiene 9.7 puntos por encima de los países de la OCDE.

Figura 3 Coeficiente Gini en América Latina en 2019



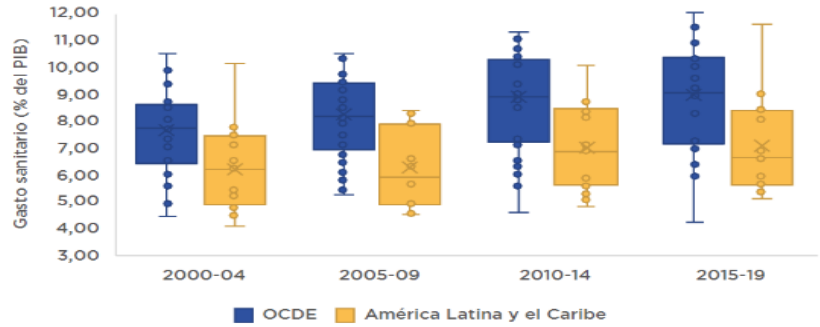
Nota. Tomado de Perspectivas Económicas de América Latina 2019, de CEPAL 2019. (<https://www.cepal.org/es/publicaciones/44525-perspectivas-economicas-america-latina-2019-desarrollo-transicion>).

Como se observa en la **figura 3**, Brasil (51.3), Colombia (50.8) y Panamá (50.4) son los países con mayor desigualdad de la región, mientras que Argentina (42.4), El Salvador (40) y Uruguay (39.7) son los de menor desigualdad de ingresos en América Latina para el 2019. En este reporte de la CEPAL señala que, para mejorar las problemáticas de desarrollo y desigualdad, los países de Latinoamérica deben dinamizar la inversión pública en aspectos de infraestructura y/o investigación y desarrollo (I + D). Para esto el gasto público debe ser realizado eficiente con lo que favorece a la esfera de la educación y la salud, los cuales son fundamentales en la reducción de la desigualdad (Zuniga, 2020).

Como se ha descrito a lo largo del documento, los países de América Latina han demostrado un gran compromiso por ofrecerle a su población un acceso a los servicios sanitarios y garantizar el derecho de la salud durante la última década, como un derecho fundamental para el desarrollo social y económico de las sociedades. Sin embargo, el gasto sanitario de la región sigue siendo bajo en comparación tanto con el de los países de la OCDE como con los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El gasto mediano en Latinoamérica no ha variado mucho durante las últimas décadas, llegando a 6,64% del PIB como se observa en

la **figura 4**. En comparación con el promedio que sugieren los países del OCDE, quienes invierten un 8,97% en gasto sanitario, una diferencia más de dos puntos porcentuales (Busso, 2020).

Figura 4 Gasto en salud en Latinoamérica como porcentaje del PIB



Nota. *Los diagramas de cajas muestran la mediana de los grupos de países (la barra en el centro de la caja), y los cuartiles primero y tercero (parte inferior y superior de la caja) así como los valores mínimos y máximos. Tomado de Indicadores de Desarrollo Mundial, de BID, 2020. p.p 136. (<https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/La-crisis-de-la-desigualdad-America-Latina-y-el-Caribe-en-la-encrucijada.pdf>)

De este modo, la financiación y el gasto son uno de los elementos claves y de mayor relevancia en los sistemas de salud, el conocimiento de estos componentes ayudaría a los formuladores de política a planificar mejor para el futuro (Kea et al, 2011). Sin embargo, el contexto de Colombia y México con el que enfrentó esta problemática en difíciles circunstancias, mostrando la fragilidad de los sistemas de salud, pese al aumento del gasto y las visibles mejoras de los últimos años. Esos sistemas son heterogéneos en cuanto a calidad y cobertura, y están caracterizados por desafíos para ofrecer mejor calidad de vida a su población. Inciden también factores de comorbilidad, como la prevalencia de obesidad y diabetes en el caso de México y el crecimiento económico débil con retrocesos en cuanto a la pobreza y desigualdad como en Colombia. Es decir, un problema crónico que se ha evidenciado durante los últimos años y que

con la pandemia se han agravado generando graves consecuencias para su sistema económico y social.

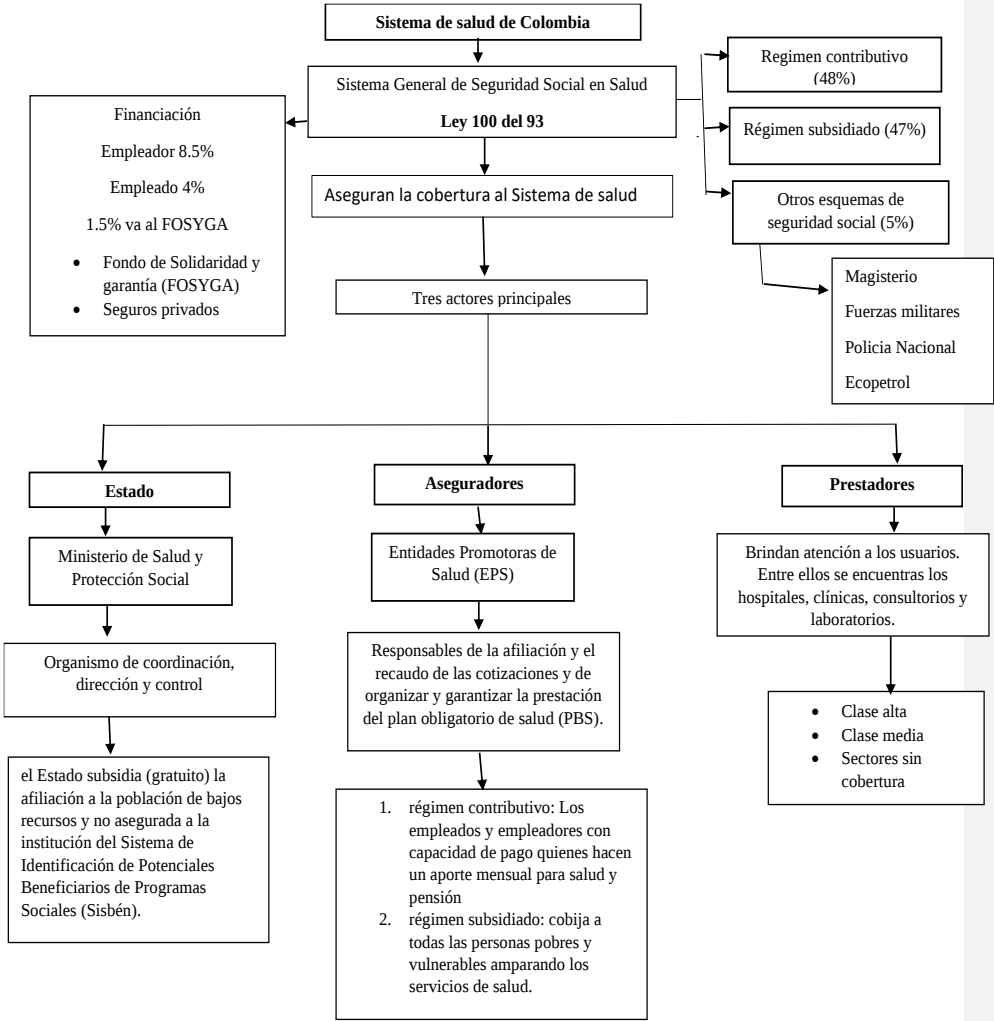
3.4. Caso Colombia.

3.4.1. Sistema de salud colombiano y panorama previo al COVID-19.

Este sistema está conformado por un amplio sector de seguridad social financiado por el sector público y por parte del sector privado. El Sistema de Salud en Colombia está integrado por tres actores importantes: a) el Estado a través del Ministerio de Salud y Protección Social; b) Los aseguradores o Entidades Promotoras de Salud (EPS); y c) Prestadores o Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio, & Vásquez, 2011)

Su eje principal es el Sistema General Social en Salud (SGSSS) que a su vez se divide en dos regímenes. El primero es el régimen contributivo el cual es un sistema que recoge a los trabajadores que aportan una parte de su salario para tener cobertura de salud para ellos y su núcleo familiar. Por otra parte, está el régimen subsidiado que toma a la población que no puede pagar su afiliación a la salud. El sector exclusivamente privado es utilizado por la clase alta del país, y por un sector de la clase media que buscan un mejor servicio. Para mayo de 2020, 95,8% de la población colombiana estaba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud: 43,6% (22,1 millones de personas) al régimen contributivo, 47,8% (24,2 millones de personas) al régimen subsidiado, 4,4% (2,2 millones de personas) a regímenes especiales (Ministerio de Salud y Protección social, 2020).

Figura 5 Estructura del sistema de salud colombiano



Nota: Adaptado del Ministerio de Salud y Protección social

Durante la última década, el Sistema de Salud Colombiano ha implementado medidas que han sumado importantes resultados en objetivos en materia de salud; por ejemplo, un plan de beneficios al que tiene acceso la población más pobre sin capacidad de pago. Sin embargo, se han

evidenciado dificultades como el número insuficiente de médicos que den respuesta a la demanda de atención en salud (Vélez, 2016), la persistencia de inequidades para la prestación del servicio de salud, problemas en el acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud (Consejo Privado de Competitividad , 2021), las deficiencias en la calidad de atención, la corrupción de funcionarios, y escasa modernización de los hospitales públicos (Orozco-Gallo, 2015).

Otra causa de vulnerabilidad económica en Colombia que influye en los Sistemas de Salud corresponde a los continuos déficits fiscales derivados de la caída del petróleo en 2014. Esta senda de déficits elevó el nivel de deuda pública en el país pasando de 39,9% del PIB en 2014 a 50,3% en 2019 (Andrián, 2020). Esto implica un gran reto para el gasto en salud, debido a que Colombia no ha logrado potenciar la capacidad fiscal para sostener el sistema de cobertura universal, siendo los recursos públicos la principal fuente de financiamiento del país.

Bajo esta premisa, el gasto en salud en Colombia se divide en dos categorías según la fuente de financiación, gasto público y gasto privado, los cuales se subdividen a su vez en varios componentes. Durante los últimos cinco años, los gasto en salud han venido creciendo un punto porcentual por año en el Presupuesto General de la Nación. Para el año 2020, año que empezó la pandemia, el gobierno del presidente Iván Duque priorizó la salud como uno de los factores más importantes para mejorar la sociedad con un presupuesto de 31.8 billones de pesos, este tuvo un incremento de 8,12% frente al 2019, cuando fue de 29.5 billones de pesos. De esta manera, el sector de salud fue el segundo con más inversión enfocándose aseguramiento, salud pública, oferta y otros programas prioritarios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Tabla 1 Evolución del gasto en salud en Colombia

Año	Presupuesto		Gasto en Salud PIB	Gasto per cápita en Salud (usd)
	Gasto en Salud (billones de pesos cop)	% PIB		
2015	18.9 billones	5,7%		\$311
2016	15 billones	5,7%		\$288

2017	23.3 billones	5,8%	\$311
2018	24.7 billones	5,8%	\$395
2019	29.5 billones	5,9%	\$384
2020	31.8 billones	5,8%	\$340

Nota. Tomado de Presupuesto General de la Nación correspondiente a cada año, del gobierno de Colombia.

Para el año 2020, Colombia afrontaba un panorama difícil debido a que se encontraba en una crisis social y política que se reflejó en numerosas protestas en diferentes ciudades del país al finalizar el año 2019. El país estaba en un contexto de desigualdad, desempleo, migración y división política. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Colombia es un territorio en el que el 37,9% vive en condiciones de pobreza subjetiva y en el que el 19% no tiene empleo. Adicionalmente, el país estaba afectado económicamente por la caída de los precios del petróleo, volatilidad en los mercados y la desaceleración económica regional (Pinzón, 2020).

Colombia confirmó su primer caso de COVID-19 el día 6 de marzo de 2020, se trataba de un caso importado de Italia, al igual que en América Latina, la mayoría de los casos iniciales provinieron de Estados Unidos y Europa debido a que son los países que albergan una mayor cantidad de migrantes colombianos y con los que se mantiene una relación activa de flujo de personas (Rodríguez, 2020). La pandemia, aunque se convirtió un problema global, se tuvo que enfrentar de manera local por los diferentes gobiernos en turno. Desde la primera semana desde que se detectó el primer caso, la nación latinoamericana que posee un poco más de 49 millones de habitantes, alertó al Gobierno Nacional para activar los planes de contingencia para enfrentar el COVID-19.

Colombia poseía una capacidad sanitaria desigual debido a que en materia de indicadores sanitarios el país estaba por debajo de la media de la OCDE, aunque tenía mejores cifras que los demás países latinoamericanos. Según datos del Ministerios de Salud, el presupuesto de salud para

el 2020 fue de 31.8 billones de pesos colombianos, un 5.9% del porcentaje del PIB total (unos 328 dólares per cápita al año). Además, cuenta con 1800 hospitales, 43935 camas de hospitalización, 1602 sedes prestadoras de salud, 3345 ventiladores, con un total de 122.800 médicos (2.2 médicos por cada 1000 habitantes) entre ellos 87 mil médicos generales y 28.800 médicos especialistas, unas 5436 camas de cuidado intensivo UCI y con una esperanza de vida de 76 años.

En tal sentido, el país cuenta con un sistema sanitario bien financiado, sin embargo, en términos de calidad y acceso se presentan evidentes desigualdades en las diferentes regiones de Colombia y entre la población según su régimen de afiliación. La desigualdad no es únicamente en la prestación de servicio sino en la modernización y dotación de infraestructuras y capacidades sanitarias en el país. Un claro ejemplo de esto es, que de los 32 departamentos en los que se divide Colombia, cinco no cuentan con ninguna de cama UCI y menos del 15% tienen las infraestructuras adecuadas (Rodriguez , 2020).

Además, Colombia ha sido un país cuya mortalidad es más por enfermedades que por hechos de violencia. Según un estudio del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), revelan que la principal causa de muerte antes de llegar la pandemia en Colombia es las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades pulmonares y respiratorias crónicas, enfermedades cerebrovasculares, hipertensión esencial y neumonía (Coosalud, 2020). Así mismo, durante 2019 y 2020, en gran parte del territorio colombiano se estaba haciendo frente a una epidemia de dengue, con más de 27.000 casos hasta mediados de febrero de 2020, enfermedad que se enfrentaba hace más de 10 años, lo que aumentaría las personas afectadas en todo el país.

La violencia es una problemática que aqueja el país. Además de sufrir un conflicto interno armado de más de 50 años, Colombia durante las últimas décadas ha presentado altos niveles de violencia que se ha reflejado en índices y cifras desfavorables para la situación colombiana. El

impacto del incremento de la violencia sobre el goce de los derechos humanos es el reflejo de la expansión de distintos grupos armados no estatales y organizaciones criminales en varias ciudades de Colombia durante los últimos años.

Dichos grupos armados no estatales y organizaciones criminales emplean diferentes mecanismos para poder controlar a la población en los territorios en los que mantienen su presencia activa. Estos mecanismos de control social incluyen diversas formas de violencia, medidas coercitivas o amenazas directas contra la población, para controlarla y que no ponga en riesgo el desarrollo de sus actividades (Oficina de Alto comisionado de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2021).

Durante los cinco últimos años, han incrementado los casos de homicidios a personas defensoras de derechos humanos, líderes y lideresas sociales verificados por los altos comisionados de la ONU. Durante el 2020, además de las más de 40.000 muertes que dejó el COVID-19 en Colombia, pasaron lejos del radar nacional las peores cifras en materia de líderes y defensores de Derechos Humanos en una década. El aumento en los asesinatos de esta población con relación al 2019 fue del 60%. Comparados con los 124 asesinatos de líderes ocurridos en 2019 en el país, los 199 registrados en 2020 representan un incremento del 60%. El año de la pandemia también fue el año de la matanza contra los líderes en Colombia (ONU, 2021).

Adicionalmente, en el 2020 en total se registraron 21.602 decesos violentos y el 51% corresponden a homicidios según el Instituto de Medicina Legal en su informe anual. De acuerdo a este documento, de los 11.013 asesinatos, 865 de las víctimas fueron mujeres. Aunque hubo una reducción importante respecto al año anterior debido a las cuarentenas decretadas por los gobiernos locales debido al COVID-19.

Adicionalmente, la corrupción es una de las principales problemáticas que afectan el país influyendo en gran manera en las diferentes instituciones públicas, afectando desfavorablemente en el desarrollo natural de las actividades estatales cuya función principal es el correcto manejo otorgados por el estado para la prestación de servicios, como en este caso la salud. Según el índice de percepción de corrupción de Transparencia Internacional, que consiste en tomar diferentes fuentes para evaluar que tanto afecta la corrupción al sector público de cada país, demuestra que desde 2011 hasta la fecha, Colombia ha obtenido bajas calificaciones, oscilando entre los 39 y 60 puntos. Para 2021 Colombia obtuvo 39 puntos sobre 100, entendiendo que 0 representa una corrupción muy elevada, mientras que 100 equivale a la ausencia de corrupción. (Transparencia Internacional, 2021).

La corrupción afecta a la vida política, económica, cultural y social de un país, además del deterioro moral de su población. El 80% de los colombianos considera que es el mayor problema del país (Santaaulalia, 2022). Según una encuesta del periódico país, el 80% no está satisfecho con el funcionamiento de la democracia y de las instituciones públicas. Según la encuesta de Invamer entre el 20 de diciembre del 2021 y el 3 de enero del 2022, los colombianos consideraron que la corrupción es el segundo problema más importante del país, después del desempleo. En 2018, la consulta anticorrupción obtuvo más de 11 millones de votos (cerca del 31% del Censo Electoral) y el tema hizo parte de múltiples protestas públicas durante los últimos años (Bonet, 2022).

A pesar de los esfuerzos realizados, como la creación del estatuto anticorrupción con la Ley 1474 de 2011, Colombia no ha mostrado avances significativos en materia de lucha contra la corrupción en los últimos años. La corrupción es uno de los principales obstáculos al desarrollo socioeconómico, la consolidación de un Estado eficaz y eficiente y el fortalecimiento de la democracia en Colombia (Kahn, 2021).

Código de campo cambiado

El sector salud ha sido uno de los más afectados por esta problemática, se ha perdido cerca de 1,2 billones de pesos colombianos según la fiscalía general de la Nación para el año 2021. En esta problemática se ven implicados el Gobierno, la justicia, y los mismos ciudadanos que se prestan para esas prácticas delictivas con la finalidad de obtener beneficios económicos, causando desempleo y pobreza, generando falta de credibilidad de las instituciones del Estado y la democracia, siendo este el principal problema de la Nación Colombiana (Díaz, 2020).

La corrupción de la salud es un tema de debate, polémica, de conflictos y de procesos judiciales en la vida diaria de los colombianos. El llamado “carrusel de la salud” es como se le ha denominado a este caso de corrupción en el país, caracterizado por la interacción delincinencial entre funcionarios del Estado y empresarios privados que compiten en la sagacidad de sus prácticas para apoderarse de los dineros públicos (Galindo, 2013). Estos escandalos de corrupcion le han costado millonarias perdidas al pais, y lo mas alarmante es conocer que estos recursos desviados colocan en riesgo la vida de la población debido a que dichas pérdidas se representan en menos centros de atención, menos personal sanitario, recorte a los programas y menos dispositivos e insumos que permitan brindar una atención de calidad y dar cobertura a todos los ciudadanos, es decir que la corrupción es causa de la ineficiencia del sistema de salud (Forero, 2021).

Para 2022, la Fiscalia General de la Nación presentaba 5 investigaciones activas y 26 indagaciones más por casos de posible corrupción en el sector de la salud, en 9 departamentos del país, y ha obtenido 22 condenas por la mala utilización de recursos destinados a garantizar la atención médica de la ciudadanía. Los casos mas comunes de corrupcion de salud en el país son la utilizacion de pacientes fantasmas para justificar cobros fraudulentos ante el Estado por enfermedades con tratamientos costosos como el cancer, hemofilia entre otros. Ademas, es muy común la desviacion de fondos y dineros para cubrir obras, viajes y gustos personales de los

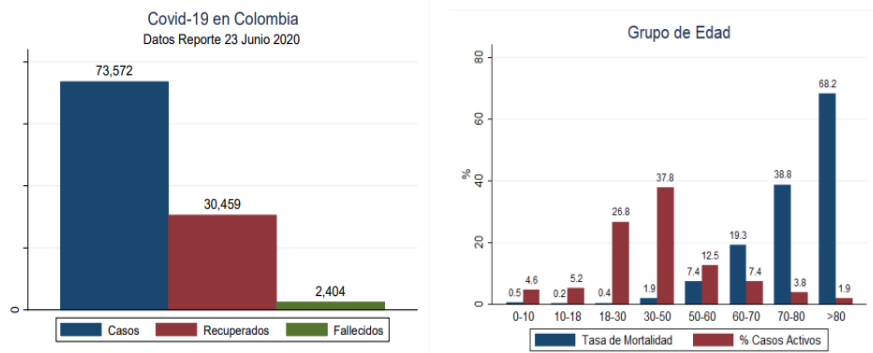
contratistas de la salud y el pago de dádivas para quedarse con millonarios contratos (Sandino, 2022).

3.4.2. Impacto del COVID-19 y tasa de fallecimientos

De esta manera, en marzo de 2020 cuando comenzó la crisis del coronavirus en el país, el sistema de salud ha sido centro de discusión entre los gobiernos y el poder legislativo respecto a las acciones que reflejen un fortalecimiento de la red sanitaria y produjeran una mejor calidad de servicio entre los usuarios. Desde ese momento, el COVID-19 se ha ido expandiendo a lo largo del territorio colombiano, pero se vieron más casos en las zonas con mayor concentración poblacional, que son con las que cuentan más recursos, por ejemplo, Bogotá y Medellín. Por otra parte, los déficits de cobertura y calidad sanitaria afectaron a las poblaciones más vulnerables en los departamentos más pobres.

Según el boletín del instituto Nacional de Salud (INS) del 03-10-2020, existían 848.147 casos con infección confirmada por SARS-Cov-2 de los cuales fallecieron 26.556 pacientes, evidenciando una tasa de letalidad por casos confirmados, a nivel nacional del 3.13%. Para junio de 2020 en Colombia, se registraron 73.572 casos confirmados en Colombia como se muestra en la figura 5. Al igual que en los otros países, el Covid-19 se concentra entre los 18 y los 50 años y su mortalidad es mayor a 20% después de los 60 años. (Cárdenas, 2020). La mayoría de los fallecimientos corresponden a personas cuyas comorbilidades principales eran la hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad renal y enfermedad respiratoria, según varios reportes generados por las secretarías de Salud Departamentales y Distritales de ciudades.

Figura 6 Casos de COVID-19 en Colombia para junio de 2020



Nota. Adoptado de datos del Instituto Nacional de Salud de Colombia, junio de 2020.

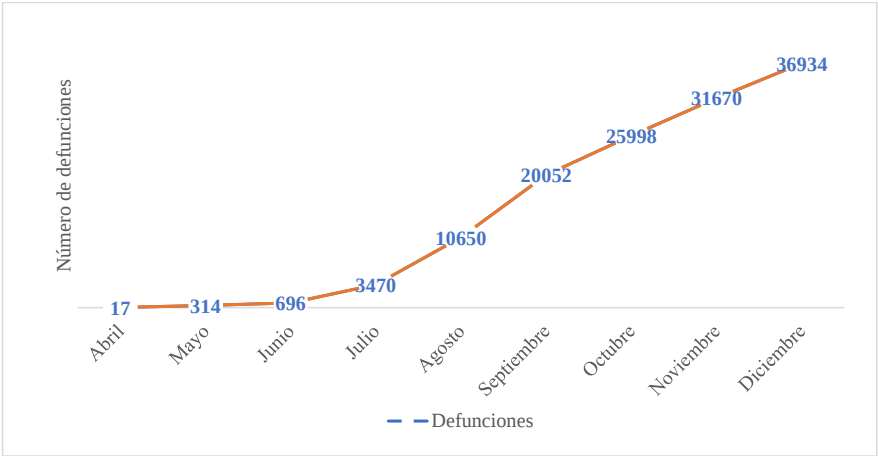
El comportamiento de la pandemia en el país ha generado diferentes cuestionamientos sobre una posible concentración de las mortalidades en la población con cierto grado de vulnerabilidad. Esta población vulnerable no son solo las personas mayores, las personas con mala salud y comorbilidades, o las personas sin hogar o con poca vivienda; sino también las personas de un gradiente de grupos socioeconómicos que podrían tener dificultades para hacer frente financiera, mental o física con la crisis (Escallón, 2020).

De igual manera, esta brecha socioeconómica en Colombia ha demostrado como las poblaciones más vulnerables tienen menos oportunidades de trabajos formales o teletrabajos, generando que hagan parte de la informalidad laboral, condiciones de trabajo variables, ingresos fijos inestables, obligándolos a no cumplir con la cuarentena y buscar un sustento para sobrevivir. En Colombia un 47% de los trabajadores está en la informalidad y un cuarto de la población trabaja en micronegocios según datos de DANE.

Para el mes de enero de 2021, Colombia presentaba 1.702.966 casos positivos y 44.428 fallecidos por COVID-19 de las cuales correspondían 64,4% a hombres y 35,6% a mujeres. De

esta manera se observa que la tasa de mortalidad nacional es 882 muertes por cada millón de habitantes. Además, para enero de 2021, había 11.555 camas UCI de las cuales el 67,5% (7.798) estaban ocupadas a nivel nacional. Del mismo modo se reportó para el mismo mes, el procesamiento de 6.267.030 pruebas PCR en 155 laboratorios adjuntos para diagnóstico de COVID-19 (Organización Panamericana de la Salud , 2021).

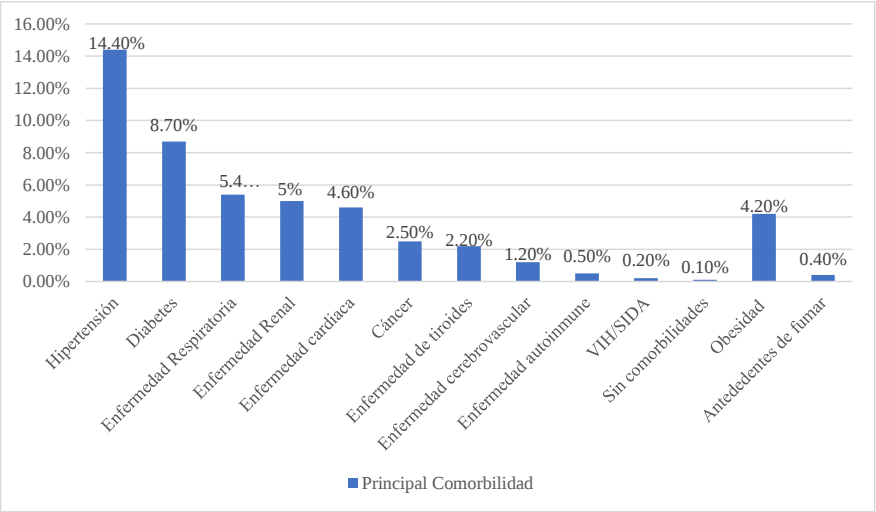
Figura 7 Defunciones causadas por el COVID-19 en Colombia durante 2020



Nota. Adaptado de reportes de situación del COVID-19 en Colombia, de Organización Panamericana de la Salud, 2020.

En cuanto a las principales comorbilidades como se observa en la figura 7, entre los casos de defunciones por COVID-19 se reporta Hipertensión (14,4%), seguido de Diabetes (8,7%), enfermedad respiratoria (5,4%), enfermedad renal (5%), enfermedad cardiaca (4,6%), obesidad (4,2%), Cáncer (2,5%), enfermedad tiroides (2,2%), enfermedad cerebrovascular (1,2%), enfermedad autoinmune (0,5%), VIH/SIDA (0,2%), sin comorbilidades (0,1%) y antecedente de fumar (0,4%) (Organización Panamericana de la Salud , 2021).

Figura 8 Principales comorbilidades en los fallecidos por COVID-19 durante 2020



Nota. *Con base en los datos publicados por Instituto Nacional de Salud, de Reporte de Situación COVID-19, 2021.

Durante el 2020, Colombia fue el segundo país con más contagios por COVID-19 de Latinoamérica al alcanzar 1.9 millones, seguido por Argentina con 1.79 millones, México con 1.64 millones, Perú con 1.06 millones y Chile con 669 mil casos. Adicionalmente Colombia fue el tercer país con más muertes por COVID-19 detrás de Brasil y México según el balance realizado por la Universidad John Hopkins (Sedano, 2021).

3.3.3. Respuestas gubernamentales frente al COVID-19

Desde el primer caso de COVID-19 en el país, el gobierno puso en marcha una serie de medidas que le permitió contener la tasa de contagios y defunciones, a través de una estrategia construida por el Ministerio de Salud, se llevó a cabo un conjunto de gestiones, acciones y respuestas para la contención y mitigación del virus colocando en prueba su infraestructura sanitaria, por este motivo implementaron medidas no farmacológicas antes la falta de vacunas y tratamientos efectivos. A continuación, se recopiló información disponible públicamente y se tomó en cuenta tres categorías:

Políticas de contención y cierres, políticas económicas y políticas en el sistema de salud durante el 2020 en Colombia.

3.4.3.1. Políticas de contención y cierres

Ante la crisis sanitaria generada por el COVID-19, Colombia enfrentó diferentes desafíos sin precedentes en términos de magnitud y complejidad en su reciente historia. El ministerio de salud confirma el primer caso de COVID-19 el 6 de marzo de 2020, tras hacer análisis a un viajero del exterior, cuatro meses después de haberse detectado los primeros casos en China y en Europa ya estaba provocando grandes problemas a los sistemas de salud. Con el propósito de detener el avance de la enfermedad en el territorio colombiano, el Gobierno Nacional decretó la “Emergencia Económica, Social y Ecológica en el país”. Posteriormente, a este anuncio le siguió el 21 de marzo el decreto de un “Aislamiento Preventivo Obligatorio” con el objetivo de contener la propagación del virus como se observa en la **tabla 2**.

Colombia implementó intervenciones en los primeros quince días de la detección del primer caso. El martes 24 de marzo se decretó una cuarentena en todo el país que terminaría el 25 de mayo. Sin embargo, al presentarse una elevada tasa de contagios y muertos, el gobierno decidió extenderla para conseguir tiempo y evitar el colapso en los sistemas de salud (Chaves, 2021). Desde esta fecha, la cuarentena y las medidas de aislamiento fueron respetadas por la población, sin embargo, para junio se flexibilizaron las medidas sanitarias debido a las numerosas presiones del sector comercial que se vio afectado por el confinamiento. Por tal razón, el gobierno permitió la apertura de centros comerciales y establecimientos con ciertas restricciones y paulatinamente, lo que generó un incremento de contagios en el país. La tabla 2 presenta diferentes medidas de contención y cierres implementadas por el gobierno colombiano con sus respectivas fechas.

Tabla 2 Respuestas gubernamentales de contención y cierres en Colombia

Fecha	Respuesta del gobierno
16 de marzo	*Suspensión de la formación presencial de los centros de formación y educativos del país. *Los extranjeros no pueden entrar. Los residentes pueden ingresar, pero en un confinamiento de 14 días.
18 de marzo	*El gobierno nacional anuncia alerta amarilla tras la declaración de pandemia de la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS). *Cancelación de eventos con más de 500 personas. 14 días de cuarentena obligatoria para cualquier persona llegada de Asia. La restricción de todo tráfico aéreo de personas.
20 de marzo	Varios municipios (que representan cerca del 45% de la población total) impusieron cuarentenas y toques de queda generalizados.
21 de marzo	El Gobierno declaró el confinamiento en todo el territorio nacional a partir del 24 de marzo e inicialmente hasta el 13 de abril. La cuarentena se extendió hasta el 25 de mayo, con una reapertura gradual de las manufacturas y la construcción a partir del 27 de abril, y la incorporación de segmentos del comercio a partir del 11 de mayo.
5 de abril	Las ciudades capitales (excepto Bogotá) limitan las salidas de casa (para comprar víveres, atender emergencias médicas, etc.) según el "pico y cédula" (último número de identificación).
28 de mayo	Se extiende la cuarentena nacional, pero con menos restricciones (centros comerciales abiertos, museos, peluquerías)
1 de junio	Se amplía el aislamiento preventivo obligatorio: El gobierno nacional permite a alcaldes y gobernadores levantar medidas del aislamiento preventivo obligatorio en su territorio.
3 de junio	Protocolos para la alternancia de la educación a partir de agosto
08 de agosto	Aislamiento selectivo: se adoptan medidas tales como prohibir los eventos de carácter público o privado que impliquen la concurrencia de más de 50 personas. Los eventos públicos o privados en los que concurran hasta 50 personas

deben garantizar que no exista aglomeración y el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

27 de septiembre	Proceso gradual de apertura de sectores, sin aglomeraciones ni espacios de entretenimiento.
25 de noviembre	Emergencia sanitaria se extiende hasta el 28 de febrero de 2021

Nota. Adaptada de datos del Ministerio de Salud, gobierno de Colombia, 2020.

3.4.3.2. Políticas económicas

Las políticas económicas se orientaron a disminuir las consecuencias de la pandemia a través de un mayor gasto público. Es evidente que la crisis económica generada por la pandemia afectó severamente a Colombia. Las medidas de distanciamiento físico, como el confinamiento y el límite de personas en lugares públicos, han afectado el funcionamiento del mercado. En este impacto social y económico se evidencia que es más difícil para las poblaciones vulnerables respetar medidas como la cuarentena y medidas sanitarias debido a la alta tasa de informalidad, desempleo y sin acceso a servicios públicos (Rico, 2020).

Una de las consecuencias inmediatas fue la caída de la producción en diferentes sectores económicos, la reducción del consumo privado y la pérdida de empleos. Además, Colombia tuvo un crecimiento anual negativo equivalente a 15,8%, siendo un aspecto nada alentador porque en los últimos años se estaba presentando un alza (PNUD, 2021). En este contexto socioeconómico, y para evitar un gran número de contagios, el gobierno nacional implementó una serie de medidas con el objetivo de salvaguardar su economía y ofrecer ayuda a la población más vulnerable como se indica en la **tabla 3**.

La toma de decisiones por parte del gobierno colombiano demuestra que se requiere un balance entre la salud pública y los efectos socioeconómicos. Aunque las respuestas gubernamentales han sido implementadas con el fin de proporcionar bienestar a la población ha

conllevado a efectos negativos sobre el mercado laboral, la inequidad, la producción y los ingresos. Desde que se reportó el primer caso, los indicadores económicos y sociales han reportado retrocesos negativos, lo que requiere acciones que permitan mejorar las condiciones de la población.

Tabla 3 Respuestas económicas de Colombia

Fecha	Principales respuestas del gobierno
19 de marzo	El gobierno decreta que el COVID-19 no es una razón aceptable para despedir empleados.
22 de marzo	Decreto 458 de 2020: Entrega de transferencias monetarias en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional para los hogares en condición de pobreza en todo el territorio nacional.
25 de marzo	Aplazar los pagos parafiscales del sector cultura (espectáculos públicos de artes escénicas, desarrollo cinematográfico, etc.).
27 de marzo	Gobierno destina \$20 billones de pesos colombianos a micro, pequeña y mediana empresa y ofreció \$70 billones de pesos en créditos para distintos sectores de la economía.
28 de marzo	*Familias en acción: El gobierno entrega donaciones para más de 2.6 millones de hogares en situación de pobreza o pobreza extrema. *Jóvenes en acción: El gobierno ofrece incentivos económicos para más de 204 mil beneficiarios. *Fortalecer el fondo nacional de garantías.

31 de marzo	El Gobierno, a través del Ministerio de Vivienda, anunció medidas para arrendatarios de vivienda y micro, pequeñas y medianas empresas entre ellas, prohibición del desalojo de arrendatarios durante la emergencia y hasta por dos meses más, prohibición del aumento del valor de cánones de arrendamiento durante la emergencia, no se podrá aplicar penalidades ni cobrar intereses por mora durante el período de emergencia y los contratos de arrendamiento que tengan fecha de vencimiento durante la emergencia serán prorrogados automáticamente hasta que finalice la misma.
1 de abril	El Ministerio de Agricultura anunció que todos los productores agropecuarios del país pueden solicitar a su banco de confianza el crédito “Colombia Agro Produce”, lo que les permitirá afrontar la crisis generada por la pandemia del COVID-19 dando la posibilidad mantener la productividad en el campo y superar la coyuntura del Covid-19.
2 de abril	A través del Ministerio de Trabajo se informa que se ofrecerá un seguro de desempleo para trabajadores afiliados a una Caja de Compensación. 2 salarios mínimos pagados en 90 días.
7 de abril	Ingreso solidario: Programa impulsado por el gobierno de Iván Duque para hacer transferencias monetarias no condicionada a favor de más de tres millones de hogares en situación de pobreza y pobreza extrema con un valor de 160.000 pesos colombianos (aprox 40 dlrs) por mes.
10 de abril	*Esquema de compensación del IVA: Compensación en favor de la pobreza extrema a través de canales masivos de pagos eficientes y de bajo costo. *Colombia mayor: El Gobierno Nacional brindó un pago excepcional a los adultos mayores beneficiarios del Programa Colombia Mayor con el fin de que cubrieran sus necesidades básicas durante el periodo de Cuarentena Preventiva Obligatoria.
15 de abril	El gobierno anuncia ingresos extras para excombatientes armados ilegales en proceso de reinserción.
16 de abril	El Gobierno lanzó nuevas medidas de alivio económico para el pago de los servicios.
24 de abril	Reactivación progresiva de algunos sectores de la economía a través de unos estrictos protocolos.
2 de mayo	El gobierno lanza una logística para que 6 millones de familias reciban el Programa de Alimentación Escolar (PAE) en casa.
4 de mayo	Campaña Colombia está contigo: Entrega de más de 1 millón de mercados, entrega de agua potable y entrega de kits de bioseguridad para las más familias más vulnerables pertenecientes a diferentes comunidades.
18 de mayo	El Ministerio del Trabajo definió normas sobre la relación laboral de la modalidad de "trabajo de casa". El gobierno anuncia que habrá 3 días en los que los colombianos no deberán pagar IVA. Se suspende el impuesto al consumo correspondiente al 8%, que pagaban los restaurantes.
4 de junio	El gobierno anuncia que se dará un salario extra extraordinario a los trabajadores rurales que han visto una reducción del 20% en sus ingresos.

10 de agosto	El presidente de Colombia anuncia transacción de 207.000 pesos colombianos (aprox 55 dls) a beneficiarios del régimen subsidiado de salud que se contagian de covid-19.
17 de agosto	El ministerio de hacienda anuncia que se pagará 7 días de salario mínimo diario a contagiados por COVID.
6 de octubre	Colombia estructuró marco de trabajo diplomático de respuesta al Impacto Socioeconómico del covid-19 en temas de cooperación, y en políticas migratorias y fronteras.
9 de octubre	Gobierno implementa un aumento del 50% del subsidio de nómina para las mujeres trabajadoras del país.
13 de octubre	Aumento del 50% del subsidio de nómina para los trabajadores del sector turístico del país.
16 de octubre	El Ministerio de Minas y Energía incrementa el alivio en la factura de gas para estratos 1 y 2.
19 de octubre	Gobierno lanza 12 herramientas para impulsar la reactivación económica de las Mipymes del país por \$19 billones de pesos colombianos.
4 de noviembre	Anuncio de pago anticipado de la prima de Navidad a más de 1,2 millones de servidores públicos con el fin de impulsar la reactivación económica del país.

Nota. Adaptado de Ministerio de Salud, gobierno de Colombia, 2020.

3.4.3.3. Políticas del sistema de salud

Al no existir un tratamiento efectivo o vacuna durante la primera ola de la pandemia, se debieron tomar medidas preventivas como el distanciamiento social (recomendado mantener distancia física con otras personas) y aislamiento social (prevención de interactuar con otras personas), además de higiene personal como el lavado de manos. De esta manera, el alarmante escenario sanitario que el COVID-19 ha generado para la salud pública, ha puesto en evidencia la debilidad del modelo de desarrollo de Colombia, en todos los aspectos, demostrando un alto grado de vulnerabilidad en el país.

Durante el 2020, las medidas frente a la salud de la población estuvieron guiada por tres aspectos importantes: 1) prevención, 2) contagio/brote, y 3) tratamiento médico a los enfermos con COVID-19. Al inicio de la pandemia, el principal objetivo de las medidas tomadas por el gobierno de Colombia era lograr aplanar la curva de contagios para dar tiempo a los servicios de

salud de prepararse de la mejor manera para evitar altas tasas de fallecimientos. En la **tabla 4** se observa las principales medidas de salud implementadas por Colombia durante el 2020.

Tabla 4 Medidas de salud en Colombia

Fecha	Respuesta del gobierno
12 de marzo	Se establece estado de emergencia sanitaria nacional
23 de marzo	Aislamiento preventivo obligatorio que después se extendiese por más tiempo con el propósito de “aplanar la curva” y ganar tiempo para preparar la infraestructura de salud y la estrategia de prevención de contagio. Divulgación de un protocolo de medidas preventivas para la población general (uso de guantes, mascarilla, cambios posturales, suministro de medicamentos, etcétera) y estableciendo protocolos para las firmas de los sectores activos.
26 de marzo	El largo período de espera para la aprobación de suministros médicos se acorta considerablemente durante la crisis.
27 de marzo	El ministerio de Salud firmó la compra de 1510 ventiladores para el país.
31 de marzo	Colombia declara el inicio de la fase de mitigación (más del 10% de los casos no se pueden rastrear) cambiando la política pública de los infectados a la población en general
1 de abril	El gobierno articula esfuerzos con laboratorios universitarios y hospitales para aumentar el número de pruebas.
2 de abril	Cooperación con Corea del Sur para la realización de miles de pruebas para avanzar en la detección rápida y efectiva del virus.
4 de abril	Uso obligatorio de tapabocas en todo el país.
8 de abril	Llegada de 47.500 pruebas rápidas para COVID-19 en el país.
12 de abril	Gobierno expidió decreto para el fortalecimiento de los servicios de la salud con la habilitación de nuevos espacios hospitalarios, optimización de las unidades de cuidado intensivo y cuidado intermedio, impulso a la telesalud y reconocimiento económico para los trabajadores de la salud expuestos al contagio. Todos los médicos y estudiantes de medicina están obligados por ley a estar listos para ser convocados a trabajar durante la crisis.
15 de abril	El gobierno elimina el IVA para la importación y venta de bienes médicos como tapabocas, equipos de salud y respiradores entre otros.
29 de abril	Colombia fortalece su capacidad diagnóstica con la adquisición de diferentes elementos tanto a nivel hospitalario como de laboratorios.
30 de abril	El gobierno reporta 5.845 UCI disponibles.
15 de mayo	El gobierno aumenta su capacidad de realizar pruebas en todo el territorio pasando de 2 mil y 3 mil pruebas por día a una capacidad que estaría entre 12 mil y 15 mil pruebas al día.
24 de junio	El Gobierno Nacional lanzó una cobertura del seguro de vida para 585 mil trabajadores del sector sanitario.
17 de agosto	Se aplican menos restricciones a la producción de bienes relacionados con la salud.
18 de agosto	Colombia regula costo de atención de UCI en hospitales
1 de septiembre	La emergencia sanitaria recibe prórroga.
16 de septiembre	Colombia ingresa a Covax, coalición mundial de países para garantizar adquisición de vacunas contra covid-19
28 de septiembre	Colombia preside Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en reconocimiento a manejo de la pandemia
2 de octubre	Gobierno cumplió la meta de duplicar las UCI, logró pasar de 5.346 camas en el mes de febrero a 10.691

6 de octubre		El gobierno aumenta del 10 al 20 por ciento cupo en Covax, coalición mundial de países, para acceder a una vacuna contra el COVID-19.
15 de octubre		Bonificación especial para trabajadores de la salud que han estado en la primera, segunda y tercera línea de atención a la pandemia del COVID-19
10 de noviembre		Colombia obtiene un acuerdo de confidencialidad con Pfizer para acceso de vacuna contra COVID-19.
16 de diciembre		El gobierno negoció 10 millones de dosis de las vacunas de AstraZeneca. Para llegar en lotes.
17 de diciembre		El gobierno negoció 10 millones de dosis de la vacuna de Pfizer. Para llegar en lotes
22 de diciembre		Se distribuyeron 44 congeladores para la vacuna Pfizer entre las principales ciudades.

Nota. Adaptado de Ministerio de Salud, gobierno de Colombia, 2020.

3.5. Caso México

3.5.1. Sistema de salud y panorama previo al COVID-19

El derecho a la salud en México se ha ido transformando paulatinamente. Si bien los sistemas de salud se fomentaron a finales del siglo XIX, tomo forma después de la Revolución Mexicana. En sus inicios los principales programas sanitarios recayeron en el Departamento de Salubridad y en 1934 se creó un sistema de coordinación de actividades de salud pública entre el gobierno federal y los estados y territorios. Además, se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Estas instituciones encaminaron al desarrollo en materia de salud pública en dos aspectos: uno dirigido a los trabajadores del sector privado (IMSS) y el otro a la población sin cobertura de seguridad social contributiva encargado de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) (Lomeli, 2020). Es hasta 1982 que, a raíz de la sustitución del Código Sanitario por la nueva Ley General de Salud, que la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambia su nombre por el actual de Secretaría de Salud y los servicios de salud para la población no asegurada se descentralizan a los gobiernos de los estados.

Actualmente en México se reconoce la salud como un derecho humano fundamental incluido en el Artículo 4 de su Constitución Política. De este modo, para hacer efectivo este

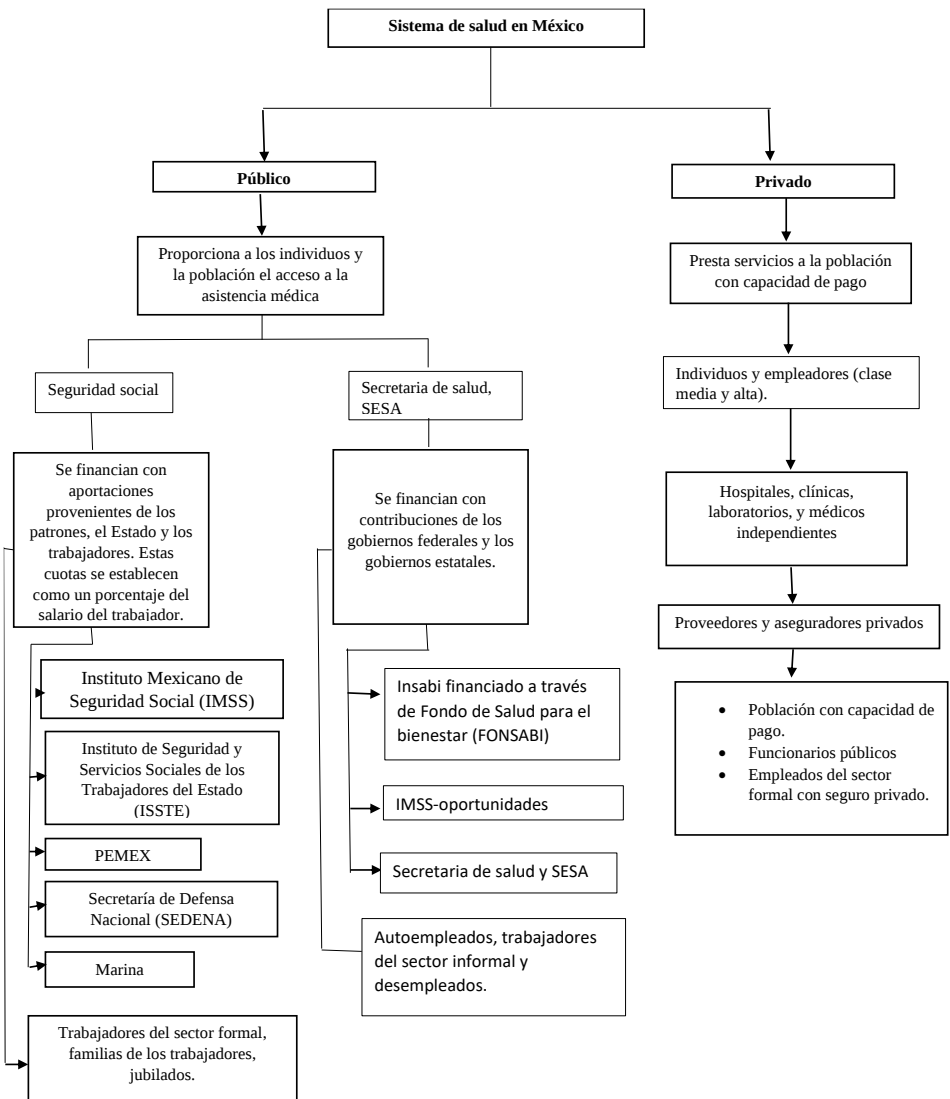
artículo, se desarrolló la Ley General de Salud aprobada por el Congreso de la Unión en 1983 que reglamentó el derecho a la protección de la salud que tiene cada persona, la cual dio paso a la creación el Sistema Nacional de Salud, que se encuentra fragmentado atendiendo a la condición laboral y así atribuir unas prestaciones u otras (Ley General de Salud, 2020). Del mismo modo, estableció las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la asistencia de la federación y las entidades federativas en relación a la salubridad en general.

Asimismo, presenta algunas modificaciones. Se reforma la Ley General de la Salud en 2003 y entrando en vigor en 2004 con la creación de el esquema de seguridad universal denominado Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) (Seguro Popular), cuyo finalidad era permitir el acceso igualitario a un aseguramiento médico público a la población que carece de dicha protección. Igualmente, durante 2019 se hicieron diversas modificaciones respecto a la prestación de servicios de la salud, la protección social en salud y el control sanitario de medicamentos (Secretaría de Salud , 2020). Para el mismo año, se da la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), un organismo descentralizado resultado de un decreto presidencial de Andrés Manuel López Obrador, sustituyendo al Seguro Popular.

El sistema de salud mexicano está conformado por dos sectores: público y privado. Dentro del sector público, se compone por esquemas de seguro social basados en el empleo y servicios de asistencia pública para los no asegurados. Entre ellos se encuentran las instituciones de seguridad social: El sector público incluye a las instituciones de seguridad social Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos ([PEMEX](#)), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y las instituciones de seguridad social para los trabajadores de los gobiernos estatales, así como a las instituciones y programas que protegen o prestan servicios a la población

sin seguridad social tradicional: Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O) y el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y los prestadores de servicios desvinculados del sector público, que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa (Gomez, 2011).

Figura 9 Estructura del sistema de salud mexicano



Nota: adaptado de Secretaría de salud de México.

A principios del siglo XXI, el país destinaba un bajo porcentaje del PIB al gasto público en sanidad, lo cual generó consecuencias tanto en materia de bienestar demográfico como en lo concerniente a los principales indicadores de salud e infraestructura sanitaria. Durante la última década, el gasto público ha sido uno de los rublos con más dinamismo en México. Históricamente, el Estado mexicano ha venido destinando alrededor del 3 % del Producto Interno Bruto como gasto público para la salud. Durante el 2018 la cifra destinada, en términos absolutos es de \$564,313 mdp (**tabla 5**), que corresponde al 3.1 % del PIB. El Presupuesto de Egresos de la Federación (PPEF) 2019 establece una asignación de \$597,147 mdp y para el 2020 se propone un presupuesto neto para el Sector Salud de 634,388.2 mdp.

Tabla 5 Presupuesto gasto en salud en México

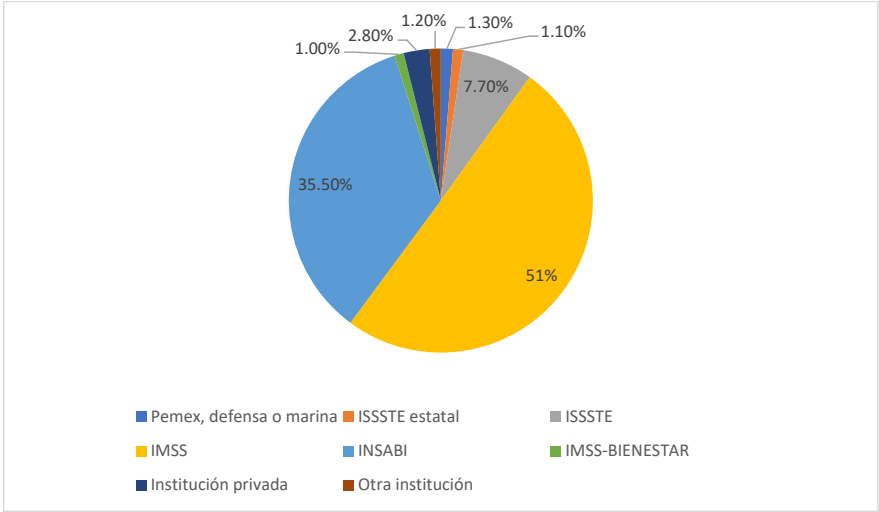
AÑO	PRESUPUESTO GASTO EN SALUD (MILLONES DE PESOS MEXICANOS)
2015	\$511.434
2016	\$523.223
2017	\$535.645
2018	\$564.313
2019	\$597.147
2020	\$634.388

Nota. Con base en los datos proporcionados por el Proyecto del Presupuesto de Egresos de la Federación (PPEF), de secretaria de Hacienda y Crédito Público de cada año correspondiente.

Durante la última década se ha presentado una situación compleja, la población crecía en casi 13 millones de habitantes, hasta alcanzar los 127 millones, el gasto en salud pública registró una contracción, al pasar paulatinamente de un 2.8%, en 2012, a un 2.5% para el año 2020. Según datos de INEGI, de los 127 millones de habitantes de México en 2020, el 73.5%, es decir 92 millones 582 mil 812 personas, están afiliadas a servicios de salud. Por otra parte, el 26.5% de los mexicanos, es decir, 33 millones no cuentan con ningún tipo de afiliación a servicios de salud ni público ni privado como se señala en la **figura 10**. Por esta razón, al presentarse una gran cantidad de ciudadanos que no son derechohabientes de cualquier institución pública del Sistema Nacional

de Salud, se crea el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) en 2020 tras un decreto del presidente Andrés Manuel López Obrador sustituyendo al Seguro Popular.

Figura 10 Población afiliada por Institución de salud en México



Nota. Adaptado de Población con afiliación a servicios de salud por entidad federativa según institución, de Inegi, 2020.

Para el año 2020, durante el gobierno de López Obrador se presentaba un contexto de varias décadas de bajo crecimiento económico, alto porcentaje de población en situación de pobreza extrema, baja tasa de formalización de empleo y una marcada polarización social. De acuerdo con el estudio Medición de la Pobreza 2020 del Coneval, se contabilizaron 55.7 millones de personas en situación de pobreza, es decir, el 43.9% de la población mexicana, y 10.8 millones de personas viven en pobreza extrema. Además según el reporte del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en México un millón 976 mil 60 personas no tuvieron empleo durante los primeros tres meses de 2020, es decir un 2,9% de la población, y adicionalmente los resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) indicaban que, en el primer trimestre

del año 2020 todas las modalidades de empleo informal sumaron 31 millones de personas, es decir, éste aumentó en 0.8% respecto al 2019 y representó el 56.1% de la población ocupada (INEGI, 2020).

El primer caso de COVID-19 en México se presentó el 27 de febrero de 2020 detectado en la Ciudad México importado de un viajero de Italia. La secretaria de Salud era la responsable a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y sus equivalentes de la organización y coordinación de las acciones de preparación en cuanto a la seguridad en la salud. La capacidad sanitaria instalada a través del Sistema Nacional de Salud para enfrentar el COVID-19 contaba con 49.083 camas hospitalarias, 2.446 camas de terapia intensiva, 9.071 camas de urgencia, 356 unidades de terapia intensiva, 9.090 ventiladores mecánicos, 1.040 ambulancias, 2855 hospitales y con un total de 37.596 médicos generales como se indica en la tabla 6. Cabe resaltar que más allá de este panorama general, la distribución de estos elementos por entidades federativas en relación con su población tiende a no ser proporcional generando que el país presente un grado de insuficiencia de infraestructura hospitalaria (PNUD, 2020).

Tabla 6 Infraestructura sanitaria de México para combatir el COVID-19.

	IMSS/IMSS BIENESTAR	ISSSTE	SALUD	PEMEX	SEDENA	SEMAR	Total
Unidades terapia intensiva	79	55	204	10	*	8	356
Camas hospitalaria	7035	700	39.483	1022	756	87	49083
Camas de terapia intensiva	430	330	1553	82	0	51	2446
Camas de urgencia	3064	800	5001	130	68	8	9071
Ventiladores mecánicos	2896	330	5335	198	62	110	9090
Ambulancias	481	61	174	120	171	33	1040
Hospitales	*	*	*	*	*	*	2855
Médicos generales	*	*	*	*	*	*	37596
Enfermeros	*	*	*	*	*	*	112042

Nota. Adoptado de datos de Capacidad Instalada para enfrentar el COVID-19, de Secretaría de Salud de México, 2020.

Además, un alto porcentaje de la población mexicana padece de enfermedades crónico-degenerativas, tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, obesidad y tabaquismo. Durante los últimos años, el sistema de salud mexicano ha tenido que enfrentar una población con elevados índices de enfermedades crónicas que demandan tratamientos costosos y prolongados que han puesto en prueba la capacidad de las políticas públicas establecidas por los gobiernos (Jiménez, 2016). De igual modo, además de la tasa de fallecimientos, estas enfermedades exigen al Estado mayores recursos presupuestarios para su atención al transcurrir los años.

Las principales causas de defunción en México han sido por enfermedades, problemas de salud y homicidios violentos (INEGI, 2022). La obesidad en México es uno de los problemas más graves en cuanto a su sistema de sanitario debido al alto impacto que genera sobre la salud, el bienestar y la economía de la población. En México el sobrepeso y la obesidad son un desafío que se presenta desde la primera infancia, es decir, entre cero y cinco años. Al menos uno de cada 20 menores de cinco años padece obesidad, lo que favorece el sobrepeso durante el resto de su vida y los pone en riesgo de sufrir enfermedades circulatorias, del corazón y de los riñones, diabetes, entre otras (Tenorio, 2021).

Se ha evidenciado que algunas de las comorbilidades asociadas con la obesidad, como la diabetes y la hipertensión, contribuyen a un gran porcentaje de mortalidad, discapacidad y muerte prematura en la población mexicana. México tiene una de las tasas más altas de obesidad de la OCDE: casi uno de cada tres adultos es obeso. Es decir, la tendencia hacia la obesidad comienza desde muy temprana edad, y un total de casi las tres cuartas partes (72,5%) de los adultos en México tienen sobrepeso u obesidad (OCDE, 2019). El modelo de consumo alimentario ha

desempeñado, un papel fundamental en el desarrollo de tales enfermedades, con un predominio de alimentos procesados y ultra procesados y con déficit de alimentos saludables (Roldan, 2021).

Otro problema que afecta gravemente el funcionamiento del sistema de salud México es la corrupción. Para la edición 2021 del Índice de Percepción de la Corrupción de Transparencia Internacional, México mantuvo una calificación de 31, ubicándose en la posición 124 de los 180 países estudiados. Además, México es el peor país evaluado de los 38 países que conforman la OCDE. Según el estudio de Transparencia Internacional, la lucha contra la corrupción ha sido el eje principal de la administración federal 2018-2024 que en esta agenda cuenta con un amplio apoyo social para avanzar, sin embargo, los casos de corrupción definidos como emblemáticos — Estafa maestra, Odebrecht, Agro Nitrogenados, expresidentes, entre otros—, no han sido aún sancionados en materia penal (Transparencia Internacional, 2021).

El sistema de salud mexicano es particularmente susceptible a la corrupción debido a la gran cantidad de recursos, la asimetría de la información, la gran cantidad de actores, la complejidad y fragmentación del sistema y la naturaleza globalizada de la cadena de suministro de medicamentos y dispositivos médicos (Husmann, 2020). Según Forbes, la corrupción de la salud en México implica la pérdida de entre 20/% y 40% de los 560,000 millones de pesos que en promedio destina el gobierno mexicano al sector salud, es decir, entre 110,000 y 220,000 millones de pesos.

La salud ha sido una de las principales problemáticas para la población mexicana. El caso de corrupción más común es la desviación de recursos públicos en el sector salud, en donde operan diferentes redes de corrupción desvían miles de millones de recursos públicos a través de empresas fantasma en completa impunidad. Entre el 2014 y 2019 se identificaron 2,933 facturas falsas en el

sistema de salud pública, en donde 30 de los 32 estados se han utilizado estas facturas para desviar recursos públicos, así como de instituciones federales como el **IMSS** y el **ISSSTE** (Tron, 2020).

La institución con mayor adjudicación de contratos es el IMSS, con un gasto total de más de cinco mil 900 millones de pesos, 1748 contratos que han beneficiado a 619 proveedores; seguido del ISSSTE con un gasto de más de 300 millones, 446 contratos que beneficiaron a 225 proveedores; en tercer lugar, se encuentra la secretaria de Salud, que ha gastado más de 200 millones mediante 46 contratos con 41 proveedores distintos (Ramirez, 2021).

La corrupción en el sector salud no sólo implica la desviación de recursos ni la compra de medicamentos, según el entrenador anticorrupción de la Alianza para la Integridad, Arturo Cervantes existe:

Una corrupción sistémica en rectoría y gobernanza, en prestación de servicios, en recursos humanos, la corrupción está presente en todos los bloques, entonces la receta y la cura no es en las compras, no va a resolver nada. Es un problema sistémico es como si le das un curita a un paciente que se está muriendo de cáncer, en realidad tienes que trabajar en los seis bloques con múltiples estrategias (Navarro, 2019, párr. 4).

De esta manera, las normas de comportamiento instauradas durante varios años como la permisividad de la corrupción, la impunidad, el engaño, el nulo respeto a las leyes mexicanas, entre otras, han ocasionado que la pandemia del COVID-19 se agravara en México.

Adicionalmente, la violencia y la criminalidad ha sido instituyente en la sociedad mexicana moderna. Durante las últimas décadas se ha incrementado la presencia de diferentes formas de violencia, un desafío crucial para la gobernabilidad democrática y el desarrollo humano, pues en su núcleo se encuentra la violencia generada por los conflictos producidos socialmente (Valero, 2015).

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), dio a conocer las estadísticas a nivel nacional de los homicidios registrados en el país durante el 2020 revelando 36 579 homicidios en México. Es decir, una razón de 29 homicidios por cada 100 mil habitantes a nivel nacional, tasa que es igual a la registrada en 2019. De esta cifra el 88% fueron hombres, 11% mujeres y en 1% no pudieron reconocer el sexo de la víctima.

De acuerdo con estos datos, el impacto de la inseguridad en la economía de México ascendió a 4.71 billones de pesos, lo que equivale al 22.5% de su PIB. El costo implica 36,893 pesos por persona, casi el triple del salario promedio mensual, y un monto siete veces mayor que el gasto público en salud y más de seis veces mayor que la inversión en educación. La mayoría del impacto económico, el 47.4%, corresponde a los homicidios, casi ocho veces el promedio mundial de 7% (FORBES, 2021).

3.5.2. Impacto COVID-19 y tasa de fallecimientos

Desde que inicio el contagio por COVID-19 el 27 de febrero de 2020 en Ciudad de México, el número de contagios y de defunciones ha ido incrementando en los diferentes estados del país. Tras la primera defunción el 18 de marzo de 2020 por COVID-19 en México, el sistema de salud ha sido debilitado debido a que se presentaron muertes más allá de los niveles esperados en un año normal, ya que se redujo el tratamiento para otras afecciones.

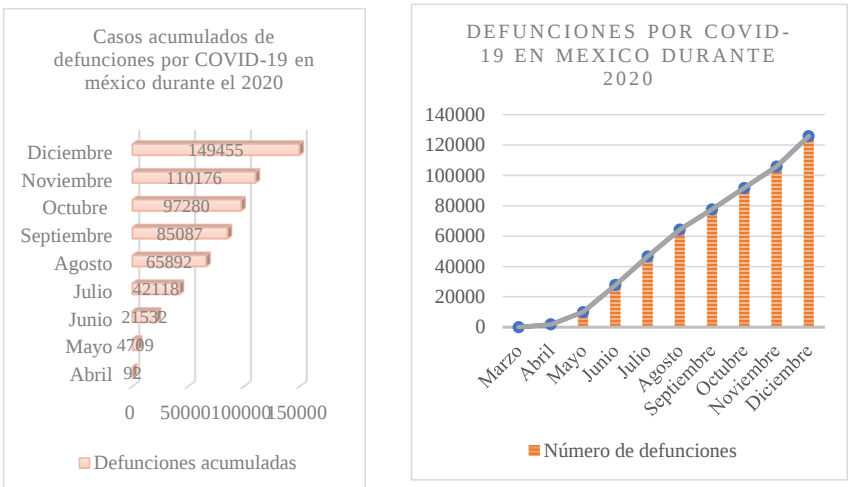
A través del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) se ha monitoreado las tasas de contagios y fallecimientos por COVID-19 en el territorio mexicano y han presentado reportes a lo largo del año. De acuerdo con los datos disponibles en el sitio sobre COVID-19 del Gobierno de México, para el 24 de marzo de 2020 se habían detectado 475 casos confirmados y un total de 5 fallecimientos y a su vez, se decretó la Fase 2 de "contingencia sanitaria", con medidas más estrictas de distanciamiento social, confinamiento y restricción laboral debido a que el virus estaba llegando a todos los estados de la República (Escudero, et al., 2020). Conforme se ha

expandido la pandemia, las cifras de mortalidad ha cobrado mayor relevancia y ha sido objeto de atención tanto en los gobiernos de los diferentes estados como por especialistas de diversas disciplinas.

Del mismo modo, según reportes del gobierno mexicano, Ciudad de México ha sido la zona más afectada por la crisis sanitaria en términos de casos y defunciones durante el 2020, sobre todo por su número de habitantes y su densidad poblacional. Durante la primera oleada de contagios y de muertes por COVID-19 crecieron más en los sectores populares de la capital, sureste y zona metropolitana (Galindo J. , 2021).

Para agosto de 2020, México se consolidaba como el tercer país con más decesos del mundo, solo por detrás de Estados Unidos y Brasil. Según el reporte de la Secretaría de Salud federal, el territorio mexicano acumulaba 65.892 fallecidos por COVID-19 como se indica en la **figura 11**. Esta elevada tasa de fallecimientos dio paso a la caída de la atención hospitalaria en donde el sistema de salud se enfocó sobre todo en los pacientes contagiados por COVID-19, dejando sin atención oportuna al resto de enfermos (Roldán, 2020).

Figura 11 Casos acumulados de defunciones por COVID-19 en México durante 2020



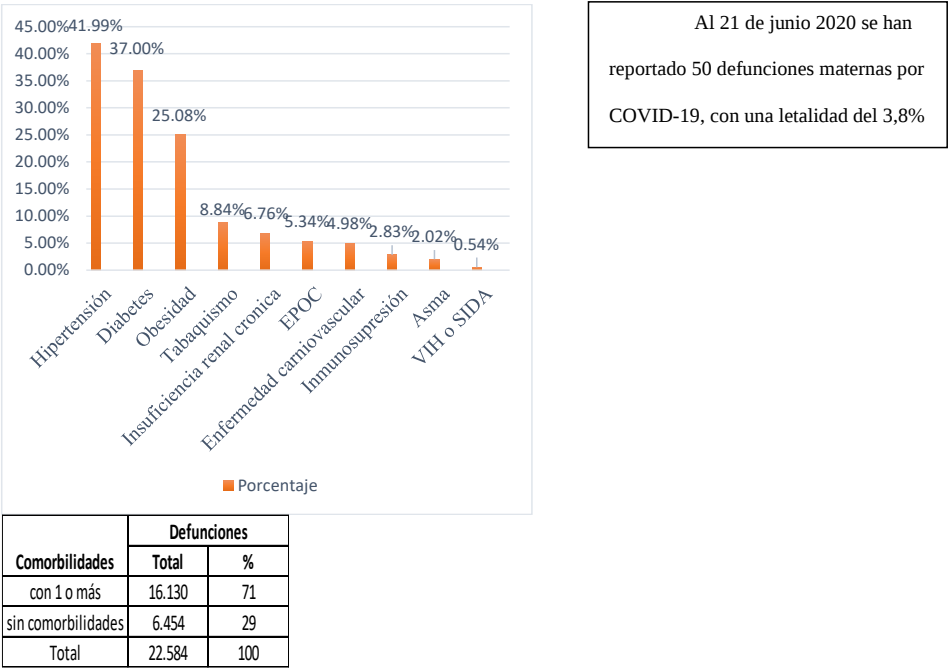
Nota. Adaptado de Datos de COVID-19, de secretaria de salud del Gobierno de México, 2020.

Cabe resaltar que a causa del COVID-19, otras enfermedades no fueron atendidas y/o personas a las que les dio miedo acudir a un hospital para tratarse, fallecieron en sus casas. Este fue el impacto que generó la pandemia sobre el sistema salud mexicano (Angel, 2022). La presencia de comorbilidades son factores de riesgo para la mortalidad por COVID-19 e influyó en el aumento de casos de fallecimientos durante el 2020. En México, la prevalencia de obesidad, diabetes mellitus e hipertensión entre la población adulta mexicana es de 30%, 9.2% y 40%, respectivamente (PNUD, 2020).

De esta manera, un informe técnico de la Secretaría de Salud de México para mediados del año 2020 indica que las comorbilidades asociadas a defunciones por COVID-19 son hipertensión, 41.99%; diabetes, 37%; obesidad, 25.08%; tabaquismo, 8.84%; insuficiencia renal crónica, 6.76%; EPOC, 5.34%; enfermedad cardiovascular, 4.98%; inmunosupresión, 2.83%; asma, 2.02% y VIH o SIDA, 0.54%. Del total de las defunciones, el 71% tenía una o más comorbilidades asociadas y

en 29% no se registró que tuviera alguna. Al 21 de junio se han reportado 50 decesos de mujeres embarazadas o en puerperio; representan el 0.2% de las comorbilidades como se indica la **figura 12**.

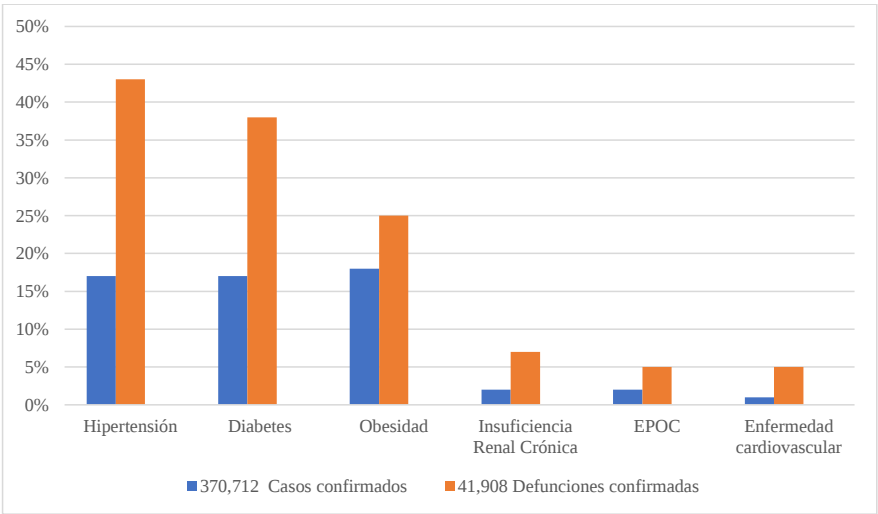
Figura 12_ Comorbilidades asociadas en defunciones acumuladas de COVID-19 en México. 2 de junio de 2020



Nota. Adaptado de Comorbilidades asociadas en defunciones acumuladas de COVID-19, de secretaria de Salud de México, 2020.

De esta manera, como indicó el subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud de México, Hugo López-Gatell, hasta el 23 de julio habían muerto un total de 41 mil 908 personas por COVID-19. Hasta ese momento, el 73 por ciento de las personas con la infección tenían al menos una comorbilidad, y de ellas, 67 por ciento tenía una de las cuatro enfermedades mencionadas como indica la **figura 13**.

Figura 13 COVID-19: Presencia de comorbilidades en las defunciones confirmadas por COVID-19.



Nota. Adaptado de Frecuencia de comorbilidades en defunciones y casos confirmados a COVID-19, de secretaria de Salud de México, 2020.

Para el 31 de diciembre de 2020, la secretaria de salud junto con su subsecretaria de prevención y promoción de la salud reportaron un acumulado de 144.495 defunciones atribuidas al COVID-19, además la distribución por sexo de los casos acumulados tiene un predominio en hombre (50,4%), con una mediana de edad en general de 43 años (Secretaria de Salud, 2020). De igual manera, el INEGI confirmó que el COVID-19 fue la segunda causa de muerte en México durante 2020, lo que representó casi una cada de cinco defunciones durante el año. El INEGI detectó 1,075,779 muertes por todas las causas, por encima de las 749,500 esperadas con base en el promedio de los últimos cinco años, con base en la metodología de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Forbes, 2021).

De acuerdo con la base de datos de la Universidad John Hopkins, los registros oficiales reflejan una tasa de mortalidad de 103 casos por cada 100.000 habitantes en un país donde residen casi 130 millones de personas. Por lo tanto, México contó con la segunda mayor tasa de letalidad del coronavirus cuando esta se mide por el número de casos fatales sobre el total de infecciones confirmadas (Pasquali, 2021). Adicionalmente, según cifras oficiales de secretaria de Salud, para el 10 de enero las camas en unidades de cuidados intensivos (UCI) para COVID-19 están ocupadas en 58.78 por ciento a nivel nacional, mientras que la ocupación hospitalaria general está en 51.65 por ciento y la ocupación de camas con ventilador es de 43.60 por ciento. Para final de 2020, más de 106 hospitales en México, reportados hasta la fecha, se han declararon al 100% de su capacidad de hospitalización debido a la alta tasa de contagios que registraba el país (Moreno, 2020).

3.5.3. Respuestas gubernamentales frente al COVID-19

La pandemia global provocada por el COVID-19 ha generado efectos severos y desiguales entre familias y empresas. Al inicio de la pandemia, el gobierno de México tuvo que enfrentarse a diferentes desafíos para lograr garantizar el derecho a la salud de toda su población sin importar su condición socioeconómica, teniendo como principal propósito resguardar la salud de los mexicanos y de sus trabajadores de salud y de igual manera, evitar la propagación y las elevadas tasas de fallecimientos por COVID-19. Durante el primer año de pandemia se ha logrado evidenciar las condiciones de vulnerabilidad económica, social y de los sistemas de salud pública del país, de tal manera que el gobierno tuvo que hacer una planificación de políticas públicas encaminadas a enfrentar dicha crisis.

Sin embargo, la profunda crisis producida por la pandemia se ha manifestado en diferentes ámbitos: social, sanitario y económico; y a su vez han interactuado entre sí, obstaculizando los objetivos de las respuestas implementadas por los gobiernos para mitigar estas consecuencias. Cabe destacar que la probabilidad de que se presentaran más contagios y muertos no depende

únicamente de elementos asociados a la salud, sino que también depende de componentes económicos y políticos que son sumamente importantes para la reacción y ejecución de las políticas públicas para mitigar dicha crisis. Para el caso particular de México se tendrá en cuenta las políticas del gobierno de López Obrador durante el 2020 en cuanto a políticas contención y cierres, económicas y de salud.

3.5.3.1. Políticas de cierre y de contención

El gobierno federal comenzó a trabajar en la pandemia desde principios de enero, a través de diferentes medidas, pero una de las fechas más relevantes fue entre 19 y 24 de marzo, cuando la reunión del Consejo de Salubridad General (CSG), declaró a la pandemia de coronavirus como “una enfermedad grave de atención prioritaria”. De esta manera, el gobierno se vio obligado a realizar estrategias multidimensionales, interinstitucionales y regionalizadas para fortalecer sus capacidades para cumplir con su función de proteger la salud de los habitantes.

A partir de este momento, el gobierno puso en marcha una amplia gama de medidas entre estas, las políticas de contención y cierre como restricciones al movimiento, cierre de centros educativos se indica en la **tabla 7**. Cabe resaltar que El gobierno no impuso restricciones a la entrada, tránsito o salida de ciudadanos extranjeros durante la emergencia por el brote de COVID-19. Adicionalmente, México y Estados Unidos acordaron restringir los cruces no esenciales a través de su frontera común, solamente para trabajadores transfronterizos y asistencia médica.

Tabla 7. Políticas de contención y cierres en México

Fecha	Respuesta del gobierno
15 de marzo	*Ocho estados de México cierran escuelas. *Ciudad de México cancela eventos masivos privados y públicos para evitar contagio
17 de marzo	La UNAM suspendió clases y las universidades estatales públicas y privadas, así como las instituciones independientes de educación superior tomaron medidas similares.
23 de marzo	*El gobierno federal ordenó que los empleados trabajaran desde sus hogares durante la emergencia sanitaria; también permitió que los trabajadores con niños menores de 12 años pudieran alternar sus días de trabajo.

	*El gobierno federal cierra las escuelas.
24 de marzo	*Los viajes no esenciales entre Estados Unidos y México están restringidos. Las actividades comerciales no se ven afectadas. *El gobierno entró en la fase 2 de la pandemia y estableció la “Jornada Nacional de Sana Distancia” para promover medidas básicas de higiene y distanciamiento social, urgiendo a los ciudadanos a quedarse en casa y recomendando la suspensión de actividades no esenciales en los sectores público, privado y social.
28 de marzo	El gobierno Federal hizo un llamado nacional a permanecer en casa y solo salir por actividades esenciales, asimismo, reafirmó la suspensión de las actividades gubernamentales no esenciales y pidió al sector privado a unirse a estos esfuerzos.
30 de marzo	El Consejo General de Salubridad declara emergencia sanitaria por COVID-19. Suspensión de todas las actividades no esenciales.
31 de marzo	*Se firmó un acuerdo entre el gobierno federal y gobiernos estatales para coordinar las medidas establecidas ante la emergencia sanitaria. *Se suspenden actividades no esenciales y mandata el resguardo domiciliario parcial hasta el 30 de abril, y se posponen hasta nuevo aviso los censos y encuestas cara a cara.
6 de abril	El gobierno lanza la campaña "quédate en casa" con el objetivo que la población se aislé en sus hogares.
20 de abril	México entró a la fase 3 de la pandemia y extendió la suspensión de actividades no esenciales hasta el 30 de mayo.
13 de mayo	Anuncio del plan de reapertura para una “nueva normalidad”. Una estrategia de reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas.
18 de mayo	En los municipios donde no existían contagios por COVID-19 y que no tienen vecindad con municipios de contagio, regresaron a actividades escolares y se abrieron lugares públicos y laborales incluyendo a las personas vulnerables al contagio.
1 de junio	Inicia el plan de reapertura independientemente del aumento en los casos.

Nota. Adaptado de datos de Our World un Data, datos sobre la pandemia del COVID-19, 2020.

3.5.3.2 Políticas económicas

La crisis sanitaria generada por la pandemia ha producido consecuencias económicas que colocaron en riesgo los avances en desarrollo social y afectando en gran medida a los sectores más vulnerables del país. Según INEGI, entre marzo y abril se perdieron más de 12 millones de empleos y con datos al cuarto trimestre de 2020 persiste una pérdida de 2.35 millones de empleos con respecto al mismo periodo de 2019. Además, la economía mexicana durante el 2020 se contrajo un -8.5% anual, la peor caída en la historia desde 1980 (Brown, 2021).

Para proteger las vidas de los mexicanos y permitir que los sistemas sanitarios puedan hacer frente a esta situación ha sido necesario recurrir a implementar una serie de estrategias multiplazo

a nivel nacional y regional, para disminuir los impactos en la actividad económica y social del país. En cuanto a las políticas públicas en materia económica, se tomó en cuenta lo siguiente: tasa de interés bancaria, paquetes económicos, compra de valores, reserva federal, así como líneas de crédito, como se observa en **la tabla 8**.

Además, las políticas fiscales y monetarias son necesarias para asistir la recuperación económica causada por la pandemia, en un país con un problema estructural debido a los altos índices de pobreza y población vulnerable. Previamente, el 27 de febrero de 2020 el Banco adelantaba riesgos por el menor crecimiento global. En términos generales, los apoyos para reactivar la economía mexicana por parte del gobierno federal se concentraron en la provisión de financiamiento para MiPymes, quienes emplean cerca del 70% de la población ocupada en sectores no agropecuarios que han sido afectados por la crisis (PNUD, 2021).

Tabla 8 Medidas económicas de México

Fecha	Respuesta del gobierno
9 de marzo	Por la mayor volatilidad de fines de febrero y principios de marzo, la Comisión de Cambios adopta medidas como el incremento del programa de coberturas cambiarias.
12 de marzo	El Banco de México advierte que se está presentando problemas con la economía específicamente en un choque de oferta y demanda con efectos a corto plazo.
18 de marzo	La Cámara de Diputados aprobó la creación de un fondo emergente de hasta 180.733 millones de pesos para enfrentar cualquier emergencia, como la pandemia del COVID-19.
19 de marzo	Debido a la mayor volatilidad de finales de febrero y principios de marzo adopta medidas, como el incremento del programa de coberturas cambiarias.
23 de marzo	Se decretan acciones extraordinarias de política sobre el Covid-19, incluyendo acciones económicas.
24 de marzo	La gobernación de Ciudad de México anuncia microcréditos para emprendedores.
27 de marzo	*La Comisión Nacional Bancaria y de Valores (CNBV) emite Criterios Contables Especiales para instituciones de crédito. *El gobierno federal anuncia que se adelanta pago de pensiones de adultos mayores y personas con discapacidad
5 de abril	El presidente de la República anuncia un programa con acciones de contención ante el Covid-19, y de reactivación económica.

16 de abril	El Gobierno de México anunció el otorgamiento de un millón de créditos para pequeñas y medianas empresas registradas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
21 de abril	El Banco de México acuerda medidas adicionales para el comportamiento ordenado de los mercados financieros, fortalecer los canales de otorgamiento de crédito y proveer liquidez del sistema financiero.
22 de abril	El SAT extendió la fecha límite para la declaración del pago de impuestos personales del 30 abril al 30 de junio.
23 de abril	El gobierno federal propone el decreto de austeridad para las dependencias de Administración Pública Federal para permitir aumentar el presupuesto y así financiar programas de créditos a empresas, creación de empleo El decreto expone 38 programas, acciones u obras prioritarias. El Gobierno de la Republica presenta una iniciativa de reforma a la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria para facilitar las reasignaciones de gasto en emergencias económicas con el fin de mantener proyectos prioritarios.
27 de abril	El Instituto Nacional de Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT) anunció que las empresas con hasta 250 empleados podrían diferir las contribuciones correspondientes al Segundo y tercer bimestre hasta septiembre. Las empresas con más de 250 empleados podrían diferir el pago del segundo bimestre hasta julio.
14 de mayo	El gobierno federal anuncia la reapertura de las actividades sociales, educativas y económicas en forma escalonada, comenzando el 18 de mayo con municipios sin contagios, y continuando el 1° de junio conforme a un semáforo por entidad federativa.
15 de mayo	El presidente de la República da a conocer su documento La nueva política económica en tiempos del coronavirus, en el que reitera el diagnóstico de la crisis por sus orígenes en el neoliberalismo.
1 de junio	A través de la Secretaría de Economía se anuncian microcréditos dirigidos a pequeños negocios familiares denominados "Tandas para el bienestar"
30 de julio	El Banco de México anuncia ajustes para fortalecer las facilidades para brindar recursos a las instituciones bancarias para financiar a las micro, pequeñas y medianas empresas, así como a las personas afectadas por la pandemia.
5 de octubre	El Gobierno de México y el Sector Privado firmaron un plan de reactivación económica a través de 39 proyectos de infraestructura en sectores como energía, comunicaciones, agua y el ambiente.
2 de noviembre	El Gobierno de México y el Sector Privado anunciaron la ejecución de 29 proyectos de inversión en infraestructura.
2 de diciembre	El gobierno de México anunció que familiares de personas fallecidas por COVID-19 contarán con apoyo para gastos funerarios.

Nota. Adaptado de datos de Our World un Data, datos sobre la pandemia del COVID-19, 2020.

3.5.3.3. Políticas de salud

En el contexto de la emergencia de salud pública ocasionado por la pandemia, el gobierno de México ha implementado una serie de políticas que han logrado un impacto en los resultados de la salud. Como anteriormente se enunció, México al tener un sistema institucional y sanitario débil, a causa de estar densamente poblados y que cuentan con enfermedades previas que los condicionan y los hace vulnerables al COVID-19. Al declararse emergencia sanitaria la pandemia generada por el virus, el gobierno de México junto con la secretaria de salud, implementaron estrategias sanitarias para la contención y mitigación.

Como se señala en la **tabla 9**, una de las principales estrategias implementadas por México fue la jornada de sana distancia que consistió en la suspensión de actividades laborales, escolares y sociales para reducir los contagios (Secretaría de Salud de México, 2020). Adicionalmente, se diseñó un sistema de semaforización de riesgo epidemiológico en donde se monitoreaba los contagios en los 32 estados del territorio mexicano. Consta de cuatro colores (rojo, naranja, amarillo y verde) y cinco categorías (Medidas de salud pública y del trabajo, Laborales Esenciales/no esenciales, Espacio público abierto/cerrado, Personas vulnerables, Escolares) (Clavellina, 2020).

Otra media importante en cuanto a la salud es la conversión de varios hospitales federales e institutos nacionales de alta especialidad fueron adaptados parcial o totalmente para atender casos de contagio y personas sin servicios de seguridad social. Además, el gobierno adaptó y acondicionó muchos hospitales abandonados y elefantes blancos (hospitales e infraestructuras a medio terminar) por todo el territorio mexicano, muchos de ellos en zonas aisladas y rurales con alta marginación y vulnerabilidad, asimismo el acondicionamiento de hospitales militares y

acuerdo con entidades privadas con el fin de brindar atención de segundo nivel y de esta manera liberar disponibilidad en las instituciones públicas para atender caso de COVID-19 (Ribera, 2020).

Tabla 9 Medidas de salud de México

Fecha	Respuesta del gobierno
21 de enero	Se emitió un “Aviso Epidemiológico” para informar los métodos para la identificación oportuna de casos sospechosos en México y las medidas de prevención pertinentes además de las acciones contra casos sospechosos.
12 de febrero	El Ministerio de Salud emitió los lineamientos nacionales para la atención de pacientes por COVID-19.
23 de marzo	El Consejo de Salubridad General reconoce el COVID como enfermedad grave de prioritaria y establecen las actividades de preparación y respuesta ante la pandemia.
24 de marzo	El gobierno lanzó una convocatoria para contratar 43 mil trabajadores de la salud, que incluyen enfermeras, doctores y especialistas que apoyen en la respuesta de salud ante la crisis incluyendo en áreas marginadas.
30 de marzo	Se publicó el acuerdo nacional de emergencia médica con el papel que juega las diferentes Secretarías para asegurar la disponibilidad de pruebas, equipo y medicinas para enfrentar la crisis.
1 de abril	La Secretaría de Salud lanzó la aplicación “COVID-19MX”, que busca reforzar el conocimiento y promover medidas de prevención y facilitar el intercambio de información entre autoridades de salud y la ciudadanía. La aplicación reúne además datos de los usuarios para determinar sus niveles de riesgo y tener un diagnóstico propio.
3 de abril	El presidente de la República anunció el “Plan DN-III” en el que 20 mil 400 elementos médicos del Ejército participaron en el plan de emergencia.
7 de abril	Se estableció un puente aéreo con China que consiste en 30 vuelos para la compra de equipo médico.
13 de abril	El gobierno firmó un acuerdo con 146 hospitales privados de 27 estados, donde el 50% de sus camas podrían ser usadas por el gobierno federal para atender pacientes no infectados con COVID-19 con el propósito de reducir la presión en los hospitales públicos y le permitiría concentrar hasta 12,500 pacientes con coronavirus.
1 de junio	Inicio del sistema de semaforización a nivel estatal.
10 de junio	Sana Distancia y medidas generales de higiene, principales recomendaciones ante el retorno a la Nueva Normalidad
23 de junio	La Secretaría de Salud advierte que el primer ciclo epidémico iniciado en México el 28 de febrero de 2020 aún no concluye y podría extenderse hasta octubre de 2020, que es muy probable que tenga nuevas oleadas o recaídas y que se pueden extender al menos por dos años o más.
22 de julio	El gobierno anunció medidas para garantizar el suministro de agua a hospitales y zonas marginadas.
25 de septiembre	México firma el acuerdo de compromiso para comprar las vacunas COVID-19 de la OMS a través de COVAX.
2 de noviembre	México acordó con diferentes farmacéuticas internacionales la compra de millones de vacunas contra el COVID-19.
21 de diciembre	El gobierno de México anuncia que el programa nacional de vacunación iniciará a finales de diciembre de 2020 y cuenta con cinco etapas.
24 de diciembre	Inicia la campaña de vacunación contra COVID-19.
	Número de dosis producidas o llegadas al país: 183,921,775

Nota. Adaptado de datos de Our World un Data, datos sobre la pandemia del COVID-19, 2020.

4. Conclusiones

En conclusión, se evidencia que la salud es un eje central para el desarrollo social, inclusivo, económico y sostenible para todos los países, especialmente para los países de la región latinoamericana. La crisis del COVID-19 ha demostrado que la economía ha sufrido graves impactos y su recuperación se ha complicado debido a las grandes brechas existentes en la región. En base al estudio realizado se puede concluir que Latinoamérica estaba en un contexto en el que se encontraban bastantes desigualdades, niveles elevados de trabajo informal e infraestructura sanitaria débil, poblaciones y personas con alto grado de vulnerabilidad.

A modo de cierre, el avance de la pandemia del COVID-19 ha impactado en diferentes ámbitos a los países latinoamericanos durante el 2020. A corto plazo, la crisis generada por el virus golpeó la economía y los sistemas sanitarios de Latinoamérica, como una de sus peores crisis durante los últimos tiempos. La pandemia ha afectado los ingresos y los gastos del sector público debido a que la recaudación de impuestos se vio afectada por el cierre de actividades y por la caída del consumo y adicionalmente se han incrementado los gastos públicos en donde se destaca los gastos destinados para atender los efectos sociales del COVID-19.

Las consecuencias negativas para las perspectivas económicas que generó la cuarentena obligó a los gobiernos a enfrentar grandes retos para normalizar sus economías y obtener resultados que contribuyan a mejorar la salud de sus ciudadanos a través de una serie de respuestas gubernamentales. Estas políticas públicas se presentaron en una atmósfera que obligaba a los tomadores de decisiones a examinar las diferentes situaciones sociodemográficas existentes observando el panorama de capacidad de respuesta frente a los problemas de salud de su población.

El impacto socioeconómico ocasionado por la pandemia fue sentido por las economías del mundo afectando a los países en términos de Producto Interno Bruto (PIB), empleo, formación bruta de capital fijo y comercio mundial. A pesar de las diferentes realidades de los

países latinoamericanos, los gobiernos adoptaron medidas sociosanitarias para contener el avance de los contagios y para mitigar los efectos negativos del virus en la sociedad. Es muy importante que las respuestas gubernamentales sean intersectoriales y protejan a la población vulnerable debido a las diversas crisis que presentaba Latinoamérica previamente.

La pandemia del COVID-19 entendida como un problema público hizo que los gobiernos plantearán una respuesta política coordinada para la crisis, siendo elementos que contribuyen a una rápida recuperación. Sin embargo, los enfoques de intervención de los países no consideraron las causas estructurales de las inequidades de la salud e hicieron énfasis en grupos específicos teniendo como consecuencia la ampliación del coeficiente de mortalidad en la región. Es por esta razón que las políticas públicas de salud deben ser adaptadas a la realidad socioeconómica que viven los países teniendo en cuenta el perfil epidemiológico específico de cada territorio y las condiciones sociosanitarias que afectan la calidad de vida.

El enfoque de las respuestas sociosanitarias fue integral, haciendo que los gobiernos buscarán la participación de sus ciudadanos aumentando la participación y diálogo social por parte de las entidades gubernamentales con el objetivo de encontrar un punto de equilibrio para solucionar las problemáticas derivadas de la pandemia. El impacto tras la crisis fue desigual entre los países latinoamericanos generando mayores consecuencias a aquellos que presentaban vulnerabilidades sociales previas a la llegada de la pandemia. De igual forma fue desigual su recuperación económica durante el 2020 debido a que no lograron disminuir el impacto a las respuestas gubernamentales.

En suma, el principal instrumento de autoridad de los gobiernos fue la declaración de las emergencias sanitarias, siendo una modalidad de los estados de excepción. Estos instrumentos son relevantes para la implementación de estrategias no farmacéuticas de salud pública en particular,

en las cuales son más estrictas como las cuarentenas y los confinamientos de la población. No obstante, condicionamientos en la cultura ciudadana, altos niveles de corrupción, violencia e informalidad laboral, además de las limitadas estrategias gubernamentales para el sostenimiento de los hogares, son sólidos incentivos para el incumplimiento de las estrategias empleadas por los dirigentes haciendo uso de elementos de autoridad como las sanciones, multas y control del orden público a través de la fuerza armada.

En suma, las deficiencias en el modelo de manejo la crisis llevó a una falta de precaución al tratar con una enfermedad desconocida, fallas en la innovación científica y en la capacidad de detección y corrección de errores en las políticas implementadas. Los impactos económicos y sociales derivados del COVID-19 han dejado al descubierto la incapacidad histórica de los países latinoamericanos y de la sociedad para aprender de epidemias y pandemias que anteriormente habían sucedido. Las medidas de respuesta a la crisis han demostrado la falta de inversión en sistemas sanitarios, infraestructura débil, sistemas de protección social y salud insuficientes, altos niveles de corrupción de los recursos de la pandemia, y resurgimiento de la violencia en algunos países.

América Latina enfrenta esta problemática de crisis sanitaria con una infraestructura sanitaria regional muy débil y sin mecanismos de ayuda colectiva que posibiliten respuestas similares y debidamente articuladas frente a la pandemia. Dicha situación de crisis genera la disminución de ingresos, reclusión, pesimismo y muertes en la población. Este análisis demuestra que se debe presentar un fortalecimiento de los presupuestos del sector de la salud con fuentes de financiamiento bastante diversificadas. Además del fortalecimiento de mecanismos de contratación estatal y compras públicas que posibiliten la provisión de equipos e insumos médicos para la atención de este tipo de emergencias como el COVID-19.

La cooperación internacional es clave para que América Latina salga de esta emergencia, redireccionando a la región hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en especial el tercer objetivo de salud y bienestar, que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar en la población. Previamente a COVID-19 se habían logrado notorios avances en la mejora de la salud en territorio latinoamericano en aspectos como el incremento de la esperanza de vida, reducción de la mortalidad infantil y mayor cobertura en servicios de salud; no obstante, se necesitan más esfuerzos para erradicar en su totalidad un gran número de enfermedades y considerar el derecho a la salud de toda la población. La promoción de la salud se constituye como un aspecto fundamental para lograr estilos de vida y comportamientos saludables, que no se logran debido a los altos índices de pobreza y desigualdad social que existente en el territorio latinoamericano, siendo esta un determinante de las inequidades de la salud.

En concordancia con los determinantes sociales de la salud demuestran las desigualdades históricas de la distribución del ingreso y riqueza en la región, provocando desigualdades en la distribución de la salud. La región latinoamericana ha sido una de las más afectadas por el COVID-19, siendo el foco de la pandemia durante el 2020. Aunque tuvo tiempo de prepararse y enfrentar de manera correcta la pandemia, sus evidentes problemas internos hicieron que el continente se transformara en un lugar propicio para la propagación del COVID-19. Una de las revelaciones de la pandemia ha sido la ausencia progresiva del Estado en la atención de problemas colectivos y la carencia de un sistema público de salud capaz de responder de manera eficiente a la demanda de atención hospitalaria generada por el virus.

Además, profundizó factores prepandémicos como desigualdades estructurales con los altos niveles de informalidad, desprotección social, baja productividad, crecientes tensiones sociales, hacinamiento y densidad poblacional dejando al descubierto las

evidentes problemáticas en salud. Estas limitantes hicieron que Latinoamérica se convirtiera en un territorio más riesgoso debido a que la reacción de los países como de la población para cumplir las medidas como la cuarentena se complican.

En este documento se hizo análisis de dos casos diferentes: México y Colombia. Se dice que presentan realidades diferentes porque poblacionalmente México está dos veces más poblada, ambas con población altamente vulnerable, México con 129 millones de habitantes y Colombia con 51 millones respectivamente, pero que comparten realidades similares y características comunes en su población, lo que permitió la observación realizada entre ambos territorios.

En el caso de Colombia, el gobierno se vio obligado a tomar decisiones más rápido de lo usual y con menos tiempo para diseñar, analizar y estimar los posibles efectos que resultarían de su implementación, como fue el caso las políticas sanitarias y su efecto en la economía del país. Colombia fue uno de los primeros países de Latinoamérica en decretar cuarentena obligatoria. En este contexto, se incrementaron los costos debido a la mayor cantidad de equipos médicos que se adquirieron para los trabajadores de salud y se presentó baja disponibilidad de unidades de cuidado intensivo.

En Colombia, la pandemia llegó en un momento con malas perspectivas económicas, gran desigualdad estructural y una gran inestabilidad sociopolítica, que generó diferentes manifestaciones en el país. El gasto de salud variaba por año un punto porcentual, y este estaba enfocado a financiar a la población afiliada al régimen subsidiado, mientras se descuidó la acción para la prevención de enfermedades y no hubo mayor inversión en la red hospitalaria e infraestructura sanitaria. Aunque los recursos aumentaron en los periodos estudiados, la inversión en la red pública hospitalaria fue baja generando consecuencias negativas en la población como la

falta de modernización de los hospitales públicos, inversión en tecnologías, renovación de equipos y generación de profesionales capacitados para su gestión y servicio.

Las consecuencias de la limitada capacidad de acción en el sistema de salud se ven reflejado en condiciones que dificultan la prestación de servicios. Una de ellas es que existe una baja disponibilidad de camas de cuidado intensivo. De igual modo existe el riesgo de la dificultad de atención a enfermedades crónicas y baja calidad en las prestaciones de servicios de salud. Como consecuencia, se presenta el aumento de acelerado de ocupación de unidades de cuidados intensivos en las ciudades principales y el crecimiento de contagios alcanza cifras récord.

El modelo de salud colombiano presenta muchas inconsistencias, debido a que la salud es tomada como una mercancía. Es utilizada por los actores privados para servir como intermediarios con el objetivo de generar ganancias. El problema de este modelo es que incrementa la inequidad en la salud, aumenta los costos para la población sin mejorar la calidad del servicio, dejando a un lado el bienestar de los colombianos. La incapacidad de las aseguradoras de salud para responder con sus obligaciones ha generado una crisis sectorial que ha afectado el derecho de la salud y la garantía al acceso, uso y calidad de los servicios.

En el contexto de la pandemia, existe una respuesta desigual que se ha implementado en las diferentes regiones del país, en donde la mayor de infraestructura sanitaria y personal médico se encuentra en la ciudad capital y en las ciudades principales que reaccionaron con mayor eficacia que otras regiones, produciendo desigualdad social que se vio reflejado en el incremento de contagios en otras ciudades del país. Si bien el gobierno colombiano implementó diferentes medidas para disminuir los efectos del virus, estas respuestas han sido débiles e insuficientes para mitigar la precariedad histórica de la infraestructura hospitalaria del país y carencia de un servicio de calidad.

A pesar de la evolución positiva en algunos indicadores en torno al derecho a la salud, las respuestas gubernamentales han sido limitadas para atender la emergencia sanitaria. Al no existir una vacuna en el primer año de pandemia, el gobierno tomó una serie de medidas no farmacéuticas como el aislamiento social preventivo, el uso de tapabocas y gel antibacterial, pero no tuvo resultados eficaces debido a la ausencia de programas sociales efectivos que tuvieran un impacto en la pobreza, en el desempleo y empleo informal, y las demás personas que son vulnerables al impacto del COVID-19.

Uno de los grandes retos para el país en materia de salud pública se encuentra en generar un equilibrio entre las notables diferencias existentes en sus diferentes grupos poblacionales. Con la emergencia sanitaria se aumentaron las brechas sociales e inseguridad en las poblaciones más vulnerables. Además, la pandemia ha amplificado los problemas que presenta el sector salud colombiano, debido a la falta de políticas públicas eficaces y la presencia estatal efectiva en los diferentes territorios del país.

En concordancia con lo expresado, las consecuencias sociosanitarias que produjo la pandemia pusieron en descubierto las diferencias socioeconómicas en las diferentes regiones del país. Esto se ve reflejado en la desigualdad en el desarrollo de infraestructura necesaria para la atención de la población con casos más graves por el COVID-19 en regiones aisladas del país, donde se encuentran los grupos poblacionales más vulnerables, adicionalmente las medidas implementadas generaron retrasos en la atención oportuna a personas con otras condiciones diferentes al virus, especialmente personas con enfermedades crónicas, constatando de esta manera la ineficiencia de la respuesta estatal en la mitigación del riesgo y el desarrollo de estrategias para dicha población.

En cuanto al caso de México, el país se encontraba en el segundo año de mandato del presidente López Obrador, en un contexto de desaceleración económica, condiciones constantes de pobreza, precariedad laboral y salarial, altos niveles de violencia y profundas desigualdades que afectaban a la población mexicana. En este panorama, la crisis sanitaria golpea al país en medio de una emergencia social que se ha extendido por todo el territorio y se ha mantenido durante los últimos años.

El ejemplo de México es interesante debido a que ya tenían experiencia de epidemias y pandemias en su territorio como la crisis de la influenza H1N1 en 2009, y adicionalmente se prepararon con anticipación organizando protocolos de respuesta para el COVID-19 siendo uno de los 25 países mejores preparados según estudios de la Universidad John Hopkins.

La pandemia impuso fuertes exigencias a la operatividad del sistema de salud mexicano, que se vio afectado por las consecuencias del virus. Además, la pandemia desencadenó y profundizó la crisis social y económica del país. Esto fue consecuencia de las estrategias débiles que desempeñaron las autoridades mexicanas para contener la expansión del COVID-19.

En primera instancia, las respuestas del gobierno mexicano consistieron en implementar medidas de distanciamiento social y confinamiento parcial provocando choques de oferta y demanda que produjeron que la economía del país se contrajera en cifras negativas siendo una de las peores caídas desde 1980. Sin embargo, esta tendencia se presentó durante los últimos años, lo que demostró un dinamismo decreciente y una perspectiva poco favorecedora que se ve reflejada en la disminución del gasto público como de inversión.

El gasto público en salud en México durante los últimos 5 años ha sido insuficiente, solamente destinando cerca del 3% su PIB cuando la OCDE y otros organismos internacionales sugieren que se destine cerca del 7%. Por esta razón, las políticas públicas de salud se han visto

afectadas con brechas significativas en los recursos disponibles para ejecutarla y con problemas para atender a tantas personas afectadas. Durante los últimos años, el presupuesto para salud como porcentaje del PIB más alto se registró el 2020 a causa de la pandemia del COVID-19.

Igualmente, se observó durante el análisis realizado en el documento que las principales problemáticas que presenta el sistema de salud mexicano es la ineficiencia de los recursos económicos destinados a la salud, la mejora de la infraestructura sanitaria especialmente en zonas rurales, mejora en la calidad de servicio, corrupción en los recursos utilizados, educación y promoción de la salud, accesibilidad física y monetaria, y exceso de comorbilidades.

Con la llegada de pandemia, las dificultades del sistema de salud público quedaron expuestas y se dificultaron por las decisiones erróneas del gobierno de México. Entre las principales políticas de atención a la población más vulnerable frente al COVID-19 se encuentra el adelanto de transferencias anticipadas de algunos grupos sociales con el objetivo de disminuir los efectos económicos entre las personas afectadas. Sin embargo, estas ayudas no se dirigieron a extender la cobertura a la población más afectada como madres trabajadoras y adultos mayores lo que significó una política deficiente ya que no representa una ayuda idónea para los más afectados. La ayuda a grupos vulnerables ha carecido de planificación y de elementos suficientes para lograr resultados esperados sobre las principales afectaciones que se dieron con la pandemia.

Por ende, en México se ha destacado por el exceso de mortalidad asociada al COVID-19 con un aumento anormal respecto al año anterior. Esto se debe a que los sectores más vulnerables socialmente sumaron altas tasas de defunción por la pandemia debido a que se han encontrado más expuestas por diferentes elementos como el hacinamiento en los hogares, la falta de acceso a servicios básicos, el uso del transporte público, la precariedad del empleo, condiciones de informalidad y gastos del bolsillo extraordinarios.

Al ser una investigación exploratoria, se plantea como hipótesis que la variable independiente es la infraestructura hospitalaria, capacidad de respuesta y factores conductuales y biológicos existentes en la población de México y Colombia, y como variable dependiente la tasa de contagios y de fallecimientos ocurridos durante el 2020 en dichos países. Se llega a la conclusión que la hipótesis es correcta porque estos dos territorios presentan gran vulnerabilidad en su sistema de salud debido a que históricamente la condición de sus infraestructuras sanitarias, han sido débiles, desiguales e insuficientes, lo que impide el control de la pandemia en los territorios estudiados, y obligaron a emprender estrategias y respuestas en diversos ámbitos para fortalecer sus capacidades y cumplir su función para salvaguardar la salud de su población.

Para finalizar, se toma en consideración que el problema de América Latina existe numerosos sistemas de salud que tienen como finalidad la cobertura universal de la salud, pero en la práctica persisten muchas barreras. Es relevante destacar que las respuestas de los gobiernos deben estar enfocadas en las necesidades y circunstancias de la población. Estas medidas se deben ajustar y focalizar a todos los grupos del territorio, logrando contribuir a la disminución del riesgo de transmisión entre los grupos más vulnerables. Tanto las medidas no farmacéuticas, como el lavado de manos y uso de tapabocas, son tan relevantes como las políticas sociales y económicas que implementa el gobierno para salvaguardar el bienestar de su población.

Referencias

- Abendroth-Dias, K. (2020). Can behavioural science prepare us for the next pandemic? *Apolitical*.
- Andrián, L. (2020). Colombia: desafíos de desarrollo en tiempos de Covid-19. *Banco Interamericano de Desarrollo*.
- Angel, A. (2022). La pandemia provoca que diagnósticos de enfermedades como cáncer o diabetes caigan hasta 50% en México. *Animal politico*. Retrieved from <https://www.animalpolitico.com/2020/09/cae-deteccion-enfermedades-no-son-covid-cancer-diabetes/>
- Armayones, M. (2020). El comportamiento: una bala contra el COVID-19. *Mente y cerebro*, 22-28.
- Arriagada, I. (2019). Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas. *Serie Políticas sociales. División desarrollo social de la CEPAL*, 4-9.
- Ballesteros, B. (2014). Reflexión sobre la teoría de la sociedad del riesgo. *Temas sociales*.
- Ballesteros, C. (2017). La carta de Ottawa ¿el salto hacia el cambio de paradigma o una utopía? *Europubhealth*.
- Banco Mundial. (2020). *La economía en los tiempos del COVID-19*. La oficina del economista jefe para américa latina y el caribe y.
- Barona, J. (2000). *Globalización y desigualdades en salud. Sobre la pretendida crisis del Estado de Bienestar*. Política y sociedad.
- Bavel, J. V. (2020). La ciencia social y del comportamiento en la respuesta a la pandemia COVID-19. *Nature Human Behaviour*.
- Beck, U. (1986). *Hacia una nueva modernidad*. Frackfort del meno: Suhrkamp.
- Biglian, A. (1995). Changing cultural practices: a contextualist framework for intervention research. *Context Press*.
- Blackman, A. (2020). La política pública frente al COVID-19: Recomendaciones para America Latina y el Caribe. *Biblioteca Felipe Herrera del Banco Interamericano de Desarrollo*.

- Bodermer, K. (1998). La globalizacion. Un concepto y sus problemas. *Nueva Sociedad* , 4.
- Bonet, J. (2022). La corrupción en Colombia: un analisis integral. *Economía regional y urbana*.
- Bringel, B., Cairo, H., & Svampa, M. (2020). El estallido social en América Latina y el Caribe: rupturas, resistencias e incertidumbres. Desafíos frente a la COVID-19. *Encartes: revista digital multimedia*.
- Brooks, S. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*.
- Busso, M. (2020). *La crisis de la desigualdad: América Latina y el Caribe en encrucijada*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Caballero, M. (n.d.). La salud/enfermedad ¿Un proceso global? *Salud y administración* .
- Cabello, A. (2006). La sociedad del riesgo y la necesidad moderna de seguridad. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*.
- Caetano, G. (2021). *Impactos del covid-19 en los escenarios latinoamericanos contemporáneos*. Perfiles Latinoamericanos.
- Cárdenas, M. (2020, Junio 24). Evolución del COVID-19 y respuesta política en Colombia. *La Republica*.
- Cassagne, E. (2020, Abril 17). El rol del Estado en tiempos de COVID-19. *Infobae*, p. 3.
- Castells, M. (2001). La era de la información . *Alianza*.
- Cecchini, S. (2019). *Panorama Social* . Santiago: CEPAL.
- CEPAL. (2019). *Panorama Social de América Latina*. Santiago : CEPAL.
- CEPAL. (2020). *Informe especial COVID 19*. Naciones Unidas.
- CEPAL. (2020). Pactos políticos y sociales. *Informe especial COVID-19* (p. 6). Naciones Unidas.
- CEPAL. (2020). *Panorama social de América Latina*. Santiago de Chile: Estudios de la Comisión Económica para América Latina.
- Chaves, A. (2021). Análisis sobre la evolución del COVID-19 en Colombia: ¿se alcanzará el pico de contagio? *Tiempo y economía*. *Universidad Tadeo Lozano*, 126-130.

Cienfuegos, Y. (2016). Individualismo y colectivismo: caracterización y diferencias entre dos localidades mexicanas. *Acta de investigacion psicologica*. Ciudad de Mexico.

Clavellina, J. (2020). Medidas de contención y de política económica ante la pandemia de COVID-19 en México. *Instituto Belisario Domínguez*, 3-7.

Clouet, R. (2020). Lo que la respuesta ante la COVID-19 nos dice de las diferencias culturales entre el Este y el Oeste. *The conversation*.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (cepal). (2020). *Dimensionar los efectos del COVID-19 para pensar en la reactivación*. Santiago: Informe especial COVID19 N°2.

Communication for Behavioral Impact. (2021, Octubre). *COMBI INSTITUTE*. Retrieved from <http://www.combiinstitute.org/combi-basics.html>

Consejo Privado de Competitividad . (2021). *Algunos desafíos del sistema de salud en Colombia*. CPC informa.

Coosalud. (2020). Las enfermedades que mas afectan a los colombianos . *Coosalud*.

Coronel, J. (2017). La promoción de la salud: evolución y retos en América Latina. *Medisan*.

Coronel, J. (2017). La promoción de salud para la creación de entornos saludables en América. *Medisan*.

Costas, A. (2021, 04 01). ¿La pandemia es el fin de la globalización tal y como la conocemos? *La vanguardia*.

Couffignal, G. (2013). *El papel del Estado en un mundo globalizado: el caso de América Latina*. Paris: Institut des Hautes Études de l'Amérique Latine - Paris.

Crespo, I. (2020). La pandemia del coronavirus: estrategias de comunicación de crisis . *Mas poder local*.

Cuello, H. (2021). Cómo cambiar comportamientos durante una pandemia: El uso de nudges para enfrentar la COVID-19. *Hertie School of Governance*.

Dávalos, M. d. (2010). Determinantes de la salud . *Diagnostico de Salud*.

Díaz, L. (2020). La corrupción en el sector salud en Colombia. *UNAD*.

Durán, C. (2018). El modelo de seis dimensiones de la cultura. *Forbes*.

- Escaroz, G. (2020, 04 25). ¿Cómo mitigar el impacto de la covid-19 en América Latina y el Caribe mañana? *El país*.
- Feo, O. (2003). Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente. *Ciência & Saúde Coletiva*.
- Fernandez, E. (2013). El concepto globalización: ¿Poblamiento o erosión semántica? La semántica de la Globalización . *La tercera*, pp. 133-147.
- Forbes. (2021). Muertes por Covid-19 en 2020 fueron 35.3% más a las reportadas por la Ssa: Inegi. *Forbes*, 2-6. Retrieved from <https://www.forbes.com.mx/muertes-por-covid-19-en-mexico-son-35-mas-que-en-conteo-oficial-inegi/>
- Forero, N. (2021). Analisis de los efectos economicos y politicos de la corrupcion desde 4 estudios de caso en salud. *Repositorio Universidad del Bosque*.
- Frenk, J., & Gomez-Dantes, O. (2007). La globalización y la nueva salud pública. *Salud pública de México*, vol. 49 .
- Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*.
- Galeana, P. (2020). *Las epidemias a lo largo de la historia*. Ciudad de México: Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- Galindo, F. (2013, Agosto 22). El carrusel de la salud. *El espectador* .
- Galindo, J. (2021, 01 05). La segunda ola de coronavirus en Ciudad de México empieza en las zonas acomodadas. *El país*, pp. 2-4.
- Gárce-Prettel, M., Navarro, L., Jaramillo, L., & Santoya, S. (2021). Representaciones sociales de la recepción mediática durante la cuarentena por la COVID-19 en Colombia: entre mensajes y significados. *Cadernos de saúde pública*.
- García, M. (2021). Riesgo, comunicación y globalización del riesgo. *Revista CTS*.
- García, M. (2021). Riesgo, comunicación y globalización del riesgo en tiempos de pandemia. *Revista Iberoamericana de ciencia, tecnología y sociedad*.

- Gomez, O. (2011). Sistema de Salud de Mexico. *Salud Pública de México*.
- Guerra, D. (2006). El neoliberalismo como amenaza para el acceso a la salud de los colombianos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*.
- Guerrero, R., Gallego, I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistemas de Salud de Colombia. *Salud pública de México*.
- Horton, J. (2020). Coronavirus en América Latina: ¿cuál es la situación de la pandemia en la región? *BBC News*, 2.
- Hussmann, K. (2020). Corrupción en el sector salud. *Chr. Michelsen Institute*.
- Ibañez, A. (2020). Las ciencias del comportamiento en la era del coronavirus. *Intramed*.
- INEGI. (2020). *Resultados de la encuesta nacional de ocupación y empleo*. COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 219/20.
- INEGI. (2021). *Características de las defunciones registradas en México durante 2020*. Comunicado de prensa Numero 402/2021.
- INEGI. (2022). Mientras los mexicanos celebran a la muerte, estas son las tres principales causas de defunciones. *Infobae*.
- Jiménez, M. (2016). Sistema de Salud pública, un problema mas para los mexicanos . *Forbes*, 2-4.
- Juaristi, J. (2020). La peste negra y sus secuelas en la historia y la cultura. *Cuaderno de cultura. Fundación faes*.
- Kahn, T. (2021). La corrupción en Colombia: diagnóstico y recomendaciones para controlarla. *Fedesarrollo*.
- Kaufmann, D. (2020). Lo que revela la pandemia sobre gobernanza, captura del estado y los recursos naturales. *Future development*.
- Korstanje, M. (2010). Economía del riesgo, un análisis crítico a la mirada de Ulrich Beck. *Economía, sociedad y territorio*.
- Lan, W. C. (2015). Individualismo y colectivismo en la familia occidental y oriental. *Fu Jen Studies: Literature & Linguistics* .

- Lavell, A. (2020). La construcción social de la pandemia COVID-19: desastre, acumulación de riesgos y políticas públicas. *Risk Nexus Initiative*.
- Lizarazo, F. (2012). Promoción de la salud: un tema pendiente. *Horizonte médico*, 5-7.
- Lomeli, L. (2020). La economía de la salud en México. *Revista CEPAL*, 197-202.
- Lopez, K. (2020). El rol de las ciencias del comportamiento en una pandemia. *El comercio*.
- Marimon, N. (2009). Globalización, salud y solidaridad: una vision diferente. *Revista cubana de Salud Pública*.
- Mata, F. (2019, 11 25). “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. *Asociación de especialistas en prevencion y salud laboral*, pp. 2-4.
- Ministerio de Salud y Proteccion social. (2020). *Ministerio de Salud de Colombia*. Retrieved from <https://www.misaludmemueve.com/el-sistema-de-salud-en-colombia>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Salud es el segundo sector con mayor presupuesto en 2020. *Recursos de la Salud: Ministerio de Salud y Proteccion social*.
- Moller, S. (2020). *Intervenciones sociosanitarias y uso de las tecnologias de la industria 4.0 para enfrentar la enfermedad por coronavirus*. CEPAL.
- Morales, J. (2003). Algunas consideraciones sobre la globalización y el papel del Estado en el nuevo orden mundial. *Aldea Mundo*, 5.
- Moreno, C. (2020). Un centenar de hospitales mexicanos reportan una ocupación del 100%. *Agencia Anadolu*, 2-6.
- Moyano, D. (2021). Productos comunicacionales para la prevención de la COVID-19 promovidos por los gobiernos de América Latina y el Caribe. *National library of Medicine* .
- Nye, J. (1990). *Bound to lead: the changing nature of American power*.
- Nye, J. (2003). *La paradoja del poder norteamericano*. Santiago de Chile: Edtaurus.
- OCDE. (2019). *Health at a Glance 2019*. Salud.

Oficina de Alto comisionado de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. (2021). Violencia territorial en Colombia. *Recomendaciones para el Nuevo Gobierno*.

Olivé, I. (2020). La globalización en tiempos de pandemia. *Real Instituto Elcano*, 5-8.

OMS. (1978). Declaración de Alma-Ata. *The Pan American Health Organization*.

OMS. (2005). Promoción de la salud recibe nuevo impulso desde Bangkok. *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud*.

OMS. (2017). Conferencias mundiales de promoción de la salud . *Observatorio de Biopolitica* .

OMS. (2020). *Behavioural insights are valuable to inform the planning of appropriate pandemic response measures (declaraciones a la prensa del Director Regional para Europa de la OMS, Dr. Hans Henri P. Kluge*. Retrieved from <https://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/statements/2020/statement-behavioural-insights-are-valuable-to-inform-the-planning-of-appropriate-pandemic-response-measures>

ONU. (2021). Los 199 líderes sociales asesinados en 2020, la otra tragedia a la sombra del Covid-19. *El Espectador*.

OPS. (2016). Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. *La promoción de la salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Shangai.

OPS. (2021). *América Latina y el Caribe superan el millón de muertes por COVID-19*. Organización Panamericana de la Salud (OPS).

OPS. (2021). Determinantes sociales de la salud en la región de las Americas. *Organización Panamericana de la salud*.

Organizacion Mundial de la Salud (OMS). (2009). *Niveles de alerta de pandemia*.

Organización Mundial de la Salud. (2021, Abril 1). Cobertura Sanitaria Universal. *Resolución de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria*.

Organización Panamericana de la Salud . (2021). *Reporte Situación Covid-19 en Colombia* . OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Informe final sobre los Objetivos del Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas*. Washington D.C.

- Organizacion Panamericana de la Salud. (2019). Cuáles son las 10 principales amenazas a la salud en 2019. *Organización Mundial de la Salud*, p. 2.
- Orozco-Gallo, A. (2015). Un analisis del gasto público en salud en los entes territoriales colombianos. *Economia Regional. Banco de la República*.
- Ortega, J. (2021). Las ciencias del comportamiento en la lucha contra el coronavirus en el sur global . *La Red universitaria en Estudios regionales*.
- Paez, P. (2012). *Globalizacion, Relaciones Internacionales, y crecimiento económico: una aproximacion a América Latina*. Bogotá: División de Publicaciones y Comunicaciones, Universidad Militar Nueva Granada.
- Palomo, A. (2012). Apuntes teoricos para el estudio de la globalizacion desde las perspectivas de las Relaciones Internacionales. *CONfines*.
- Parrado, E. (2020). ¿Cómo puede América Latina combatir a la pandemia? *World Economic Forum*.
- Pasquali, M. (2021). Las muertes por coronavirus en América Latina. *Statista*, 2-3.
- Paz, A. (2020). Tendencias de los diseños de políticas públicas sanitarias para la pandemia Covid-19 en America Latina. *Universidad y Salud, Universidad de Nariño*, 328 - 330.
- Perez, L. (2010). Globalizacion de la Salud. *Revista de informacion cientifica*, 2-12.
- Perez, L., Danay Ramos, & Myleydis Roldó. (2010). Globalización de la salud . *Revista información científica, filial ciencias médicas* .
- Pinzón, É. R. (2020). Impacto económico, social y político de la Covid-19. *Ánasis Carolina*.
- PNUD. (2020). *Panorama desde la perspectiva de la salud en Mexico*. Ciudad de México: Desafíos de desarrollo ante la Covid-19 en México.
- PNUD. (2021). Desafíos a un año y medio del inicio de la contingencia sanitaria. *Desarrollo en México y COVID-19*, 51-56. Retrieved from <https://mexico.un.org/sites/default/files/2021-12/Desarrollo%2520en%2520Mexico%2520y%2520COVID19%20%281%29.pdf>
- PNUD. (2021). *Un año de pandemia: impacto socioeconómico de la COVID-19 en Colombia*. Colombia.

- Pumarolla, T. (2018). La pandemia de gripe de 1918. Una incognita 100 años después . *Enfermedades Emergentes*, 1.
- Ramirez, H. (2021). La corrupción en el sector salud de México ante la pandemia: perspectiva de la confianza . *Gestión y estrategia*.
- Ribera, E. (2020). Covid-19 en México. Una curva plana para un sistema de salud en crisis . *Crítica Urbana*, 5-7.
- Rico, D. (2020). Políticas públicas para el afrontamiento adaptativo del COVID-19: Nueva Normalidad en Colombia (2020). *Analisis Politico*.
- Rodriguez, E. (2020). Colombia, impacto economico, social y politico de la COVID-19. *Analisis Carolina* .
- Rojas, L. (2009). Dolores de crecimiento en America Latina. *Centro de desarrollo global* .
- Roldan, J. (2021). Mortalidad por COVID-19 en México y las enfermedades metabólicas durante el año crítico de la pandemia. *ALAN. Archivos Latinoamericanos de nutricion* .
- Roldán, N. (2020). El impacto de la pandemia: 130 mil muertos en cuatro meses, solo 51 mil reconocidos por COVID. *Animal Politico*, 2-5.
- Sandino, J. T. (2022, septiembre). La Fiscalía tiene 35 procesos activos por casos de posible corrupción en el sector salud. *Bluradio*.
- Sanjuán, V. (2006). Sociedad del riesgo: producción y sostenibilidad. *Revista de sociologia Universitat Autonoma de Barcelona*.
- Santaeulalia, I. (2022). La corrupción, el agujero negro de Colombia. *El país*.
- Secretaria de Salud . (2020, 10 27). Guillermo Soberón y la creación de la Ley General de Salud. *INSP*.
- Secretaria de Salud. (2020). *Informe técnico diario COVID-19 México*. Retrieved from https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/604659/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2020.12.31.pdf
- Secretaria de Salud de México. (2020). *El Gobierno de México tomó las medidas más adecuadas para la contención y mitigación de COVID-19*. Secretaria de Prevención y promoción de la salud.

- Sedano, R. (2021). Un año de pandemia en Colombia: más de 60.000 muertos y apenas 200.000 vacunados. *France 24*.
- Silvestri, M. (2020). COVID-19: too little, too late? *The lancet*.
- Steger, M. (2010). Neoliberalism: A very short Introduction. 7.
- Stienen, A. (2001). Globalización: la globalidad de la producción y la producción de la globalidad. In A. Stienen, *Globalización : cadenas productivas & redes de acción colectiva: reconfiguración territorial y nuevas formas de pobreza en Medellín y el Valle De Aburra* (pp. 3-10). Medellín : IPC, Instituto Popular de Capacitación Tercer Mundo.
- Tarampuez, E. (2016). Las dimensiones culturales de Geert Hofstede y la intención emprendedora en estudiantes universitarios del departamento del Quindío (Colombia). *Pensamiento y gestión* .
- Tarampuez, E. (2016). Las dimensiones culturales de Geert Hofstede y la intención emprendedora en Colombia . *Pensamiento y gestión*.
- Tenorio, K. (2021). Sobre peso y obesidad en México: afectaciones a la salud . *Centro de Estudios sociales y opinion pública* .
- Tomasi, S. N. (2020). Historia de las pandemias mundiales y la economía. *Magatem*, 5-10.
- Torres, M. (2018). La Atención Primaria de Salud de Alma-Ata a Astaná, hacia la Cobertura Universal. *Enfermería Universitaria*.
- Transparencia Internacional. (2021). Índice de la percepción de la corrupción. *TI*.
- Transparencia Internacional. (2021). Índice de percepción de corrupción.
- Traversa, F. (2017). ¿La primavera de izquierda llegó a su final? Estructura, instituciones y agencia . *Política latinoamericana contemporánea*, 649-704.
- Tron, D. (2020). Facturas falsas: la epidemia en el sector salud. *Impunidad cero*.
- Uchoa, P. (2021). Coronavirus: por qué algunos países están luchando contra la pandemia con más éxito que otros. *BBC News*.
- Valero, A. (2015). Violencia social en México: su impacto en la seguridad ciudadana. *Escuela Nacional de Trabajo social*.

- Vargas, S. (2017, Febrero 8). La salud mundial: perspectiva desde la globalización. *Eje central*.
- Vélez, M. (2016, Febrero 29). El Sistema de Salud en Colombia no es equitativo. *El Espectador*.
- Voule, C. (2020). States responses to Covid 19 threat should not halt freedoms of assembly and association. *Human Rights. United Nations*, 3-6.
- We are water . (2020). No todos pueden lavarse las manos. *We are water foundation*.
- Weller, J. (2020). *El impacto de la crisis sanitaria del COVID-19 en los mercados laborales latinoamericanos*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Werner, A. (2020). *Política económica en América Latina y el Caribe en tiempo de la COVID-19*. Fondo Monetario Internacional.
- Wills, M. (2020). Covid-19: ¿Cómo promover los comportamientos adecuados para reducir la velocidad de contagio? *The behavioural insights team*.
- Zerón, A. (2020). Nueva normalidad, nueva realidad. *Revista ADM*.
- Zuniga, J. (2020). La desigualdad en América Latina. *Revista Panorámica* .