

Política pública sanitaria en Colombia en tiempos de pandemias



Elvia Mercedes Hernández Carrillo

Código: 4402021

Universidad Militar Nueva Granada

Facultad de Ciencias Económicas

Dirección de Postgrados

Especialización en Finanzas y Administración Pública

Bogotá D.C

2021

## Tabla de contenido

Introducción .....	1
Pregunta problema .....	2
Objetivo general .....	2
Objetivos específicos .....	2
Marco teórico .....	3
Conclusiones .....	19
Bibliografía .....	22
Anexo .....	26

**Lista de tablas**

Tabla 1. Virus que han afectado históricamente a Colombia.....	5
--	---

**Lista de figuras**

Figura 1. Enfoques de la administración pública y la nueva gestión pública.....	13
Figura 2. Tasa de mortalidad a nivel mundial .....	18

## Resumen

El presente documento tiene como finalidad poder analizar históricamente como ha sido la actuación del gobierno como administrador y promotor de las políticas públicas sanitarias en tiempos de pandemias y más que éstas ante los diferentes virus que a lo largo de la historia colombiana ha afrontado el país, las cuales algunas como viruela, malaria, dengue, entre otras aún tienen presencia en el territorio, afectando a gran parte de la población especialmente en las zonas rurales. Asimismo, mostrar como la falta de independencia y autonomía de la administración pública incide en la existencia de políticas que no son los mecanismos que solucionen de fondo la problemática de las necesidades insatisfechas de la sociedad, pero que si incentiva la corrupción por el componente presupuestal que las integran.

**Palabras clave:** Política pública, Estado, derecho, pandemias, virus, SARS, covid 19.

## Abstract

The purpose of this document is to be able to analyze historically what the government's actions have been like as administrator and promoter of public health policies in times of pandemics and more than these in the face of the different viruses that the country has faced throughout Colombian history, some of which have a smallpox, malaria, dengue, among others that still have a presence in the territory, affecting much of the population especially in rural areas. Also, showing how the lack of independence and autonomy of public administration affects the existence of policies that are not mechanisms that solve in substance the problem of the unmet needs of society, but that if it incentivizes corruption by the budget component that make up them.

**Keywords:** Public policy, state, law, pandemics, viruses, SRAS, Covid 19.

## **Introducción**

Las enfermedades pandémicas más conocidas en el mundo y que han afectado a Colombia como la malaria, dengue, cólera, tuberculosis, VIH, los SARS y muchas otras y que aún se evidencian en el territorio siguen cobrando un número importante de contagios y muertes que mantiene al sistema de salud insuficiente para brindar soluciones efectivas que reduzcan las estadísticas, aunque el Estado colombiano ha evolucionado política, social y económicamente, comparada con otras naciones latinoamericanas de similares características. Sin embargo, aunque han existido movimientos sociales y corrientes de pensamiento que promueven cambios hacia una sociedad más independiente y autónoma, la marcada influencia de naciones desarrolladas incide directamente en la construcción de las propias políticas, las cuales muchas veces no contemplan las realidades inherentes de las necesidades de la comunidad ni se ajustan a las características geográficas, culturales, económicas y sociales que forman la identidad nacional.

La presente investigación permite ratificar que Colombia se ha construido políticamente más por las directrices que imponen los organismos multilaterales como el Banco Mundial, FMI, Banco Interamericano de Desarrollo y la más reciente la OCDE. (Vélez, 2011; Ministerio de la Protección Social, 2010). El desconocimiento propio del país es un escenario muy oportuno para que la política (policies) pierda su esencia de ser el arte de gobernar (según Platón) y el punto de partida para que las políticas que se diseñan agraven los problemas de desigualdad e inequidad, situaciones que son clara evidencia en la falta de voluntad política, olvidando la función del estado como garante de la protección de los derechos fundamentales. (Const.,1991, art. 49).

### **Pregunta problema**

¿Cómo ha respondido el Estado colombiano históricamente en materia de política pública sanitaria ante los fenómenos de virus y pandemias presentes en el territorio?

### **Objetivo general**

Analizar la evolución de la política pública sanitaria como herramienta de la administración pública en la implementación de las estrategias de mitigación del impacto causado por los diferentes virus y pandemias que se han sucedido en Colombia.

### **Objetivos específicos**

1. Identificar cuáles han sido los virus y pandemias que se han presentado en Colombia en sus diferentes etapas históricas
2. Identificar los principales factores que inciden en la agudización del problema sanitario en periodos de pandemia incluida la actual por la covid 19
3. Analizar las causas estructurales que han incidido en la política pública sanitaria en Colombia

## Marco teórico

La actual crisis sanitaria mundial ha hecho que las sociedades en general evalúen concienzudamente las diferentes medidas tomadas por los gobiernos debido a su ineficacia, por ello es el pueblo quien a través de sus diferentes manifestaciones ejerce este derecho constitucional. La soberanía reside exclusivamente en el pueblo, del cual emana el poder público. “El pueblo la ejerce en forma directa o por medio de sus representantes, en los términos que la Constitución establece”. (Const.,1991, art. 3).

Así mismo según Vidal ( 2016), entiende “la administración pública como el conjunto de órganos encargados de cumplir las múltiples intervenciones del Estado moderno y de prestar los servicios que a este le atañen”. Younes (2016), la define como el “conjunto organizado de servicios destinados a la satisfacción de las necesidades colectivas” o como lo plantea la doctrina definiendo la administración pública como “la capacidad para decidir la acción necesaria y realizarla en la oportunidad y lugar y con las modalidades que mejor convengan al objetivo propuesto” (Dromi, 2015, p. 646).

Es importante resaltar que las diferentes respuestas en que los gobiernos latinoamericanos y entre ellos Colombia, han dado a las diferentes problemáticas sociales en los diferentes sectores económicos es inducida por los postulados de la Nueva Gerencia Publica (NGP) basada en reestructurar al Estado bajo las corrientes de gobernabilidad. (CLAD, 1998). Y que son un paso previo en el avance para alcanzar una mayor gobernanza, la cual es de un carácter más complejo, y deben ser redirigidas por un organismo público que ejerza las funciones de metagobernador (CLADesarrollo, 2020).

La actual afectación por la Covid 19 ha puesto nuevamente ante la opinión pública y en primer plano la histórica y precaria situación del sistema de salud y a solo 10 años de haber sido



promulgada la Ley 100 de 1993, ya las investigaciones mostraban que no se habían logrado los objetivos de acceso universal de alta calidad, más del 40% de la población no tenía cobertura, se incrementó la dificultad para acceder a la atención médica y han desmejorado los programas de control de enfermedades. Los autores sugieren la ineficacia de la contratación con terceros y la frágil política del gobierno en regulación y control. También señalan la falta de participación de los pobres en la toma de decisiones sobre políticas de salud (Groote, 2007).

Inicialmente cuando la humanidad se organizó socialmente en comunidades fue inevitable ser afectados por enfermedades que atacan a la población en general, las pestes pueden surgir de manera natural por las relaciones humanas, así como también por la relación con el medio ambiente y los desequilibrios que entre estos se generan, especialmente con los animales la cuales pueden afectar a los humanos y convertirse en epidemias.

Al observar el proceso histórico colombiano se puede ver que las enfermedades infecciosas siempre han estado presentes,

pero antes es necesario tener claridad sobre los términos concretos con los que han conocido estos fenómenos de enfermedades masivas de acuerdo su nivel de contagio: (i) Brote: es la aparición repentina de una enfermedad con un numero anormal de casos, debido a una infección con características específicas de lugar o grupo poblacional y en un momento determinado; (ii) Epidemia: es cuando la enfermedad se propaga activamente en personas y animales en un gran número de casos y permaneciendo por largos períodos de tiempo;(iii) Endemia: la patología se presenta en una región y población determinada permaneciendo por largos períodos de tiempo pero con pocos casos. (iv) Pandemia: es la propagación de una enfermedad con un elevado número de casos debido al que el brote epidémico afecta a más de un continente y el crecimiento de los casos ya no es importado sino por la transmisión comunitaria.

En el proceso histórico colombiano se puede encontrar varios fenómenos conocidos mundialmente como pestes, virus o pandemias, para mencionar algunos tales como: Tifus (1646) sarampión (1775), peste (1696 en Bogotá y otros lugares), Disentería 1810-1811 (Cali), viruela, (varios brotes en 1621,1651, 1659,1668, 1692,1693) (W,George, Noble 1999).

Tabla 1.

*Virus que han afectado históricamente a Colombia*

PERÍODOS	VIRUS	AÑO	CONTAGIADOS	MUERTOS EN EL PAÍS
<b>Época Indígena o Precolombina</b>	Tifus	19,000 a. C - 1492		Se calcula que el tifus acabó con ocho millones de 5indígenas. 540 muertos por disentería solo en Cali. Reducción de la población entre el 30-90%
<b>Conquista</b>	Viruela y Tabardillo	1492-1550		70-80% población
<b>Colonia</b>	Sarampión	1550-1810 1775		
<b>Independencia</b>	Disentería	1810-1822		
<b>Republica</b>	Tuberculosis	1886 -1991		
<b>Época Centralista (1900-1993)</b>	Gripe	1918 (Finales del siglo XVIII-XIX)		
	VIH	1986 -2019	160.000 -200.000	2000-5500
	Colera	1991-1992	17.673	500
	Encefalitis equina	1995-2015	75.000	300
<b>Época Actual</b>	AH1N1	2009-2010	163.628	272
	Dengue	2016-2020	452.980	310**
	Tuberculosis	2012 y 2018	2052- 14220	232- ND
	Chiconguya	2014-15	338,000	58
	Zika	2015	8826	ND
	Sarampión	2018-19	438	NR
	Malaria	2019-2020	2.905.254	75.164***
	Covid 19	2020	2.774.464	71351*

*Nota:* Elaboración propia con datos históricos de libros y revistas especializadas en salud.

\* Boletín diario Ministerio de Salud Cifra a 25 abril de 2021 -

\*\* Dengue and COVID-19, overlapping epidemics? An Analysis from Colombia-

\*\*\*Revista de Conversation

La necesidad de la globalización mundial es el principal ingrediente para la difusión de las diferentes enfermedades que han aparecido en Colombia y en el mundo lo cual puede observarse desde el momento mismo del descubrimiento de América, la búsqueda de nuevas

rutas de comercio y la llegada de los conquistadores (siglos XV y XVI), el avance de las comunicaciones y el transporte (siglo XIX) y la expansión de las vías aéreas ( XX y XXI), permiten una mayor movilidad de personas y mercancías más rápidamente.

Las guerras que han librado los diferentes países de América también han sido otro factor para la expansión de enfermedades, en el siglo XVII y XVIII, las batallas por la independencia de EU, Haití, Colombia y todas las demás naciones americanas fueron afectadas por la muerte de muchos soldados que adquirieron la fiebre amarilla, viruela y disentería. De la misma manera sucedió con las guerras del siglo XIX.

Estas situaciones de salud pública han dado origen también a las diferencias entre la ciencia y la política, ya que para éstos años la medicina proponía medidas de cuarentena como el medio más adecuado para evitar mayores males, de otra parte los políticos siempre han priorizado salvaguardar los intereses económicos evitando principalmente la reducción del comercio, ejemplo de esto es la Ley 9 de junio de 1850, con la cual el congreso de la época decretó la “abolición de las cuarentenas, cordones sanitario y otras medidas”, los muertos por el cólera acabaron con un el 25% de población de Cartagena, como bien lo narra Gabriel García Márquez en su obra “El amor en los tiempos del cólera”.

El problema de la salud pública no solo tiene que ver con enfermedades pandémicas sino con cualquier otra enfermedad, por ejemplo, cuando en 1913-1914 se presentó una enfermedad tropical en la costa atlántica conocida como la peste bubónica, se evidenció nuevamente el distanciamiento entre las posturas de la medicina y los intereses políticos. La influencia de Estados Unidos, quien con anuencia del gobierno colombiano ocultaron cuales fueron las verdaderas enfermedades pulmonares (neumonía y fiebre amarilla) presentes en la región, para las cuales se puso en marcha la implementan programas de salud de pública de amplio

cubrimiento a través de la fundación Rockefeller, quienes a la larga solo querían asegurar la salud de los trabajadores de las bananeras (United Fruit Company) y las petroleras (Standar Oil); esta actitud aparentemente altruista influyó la política sanitaria colombiana durante toda la mitad del siglo XIX, con el único fin de garantizar la protección de sus intereses económicos y mantener sus niveles de productividad. (Const.,1886, art. 19):

La Influenza o “gripe española” se presentó en Bogotá en 1918 y se dio principalmente por la precaria estructura sanitaria y el bajo presupuesto, no había personal médico, siendo los curas y monjas los que prestaban atención a los enfermos que vivían en las zonas más altas como Bogotá y gran número de pueblos de Boyacá, donde esta enfermedad pulmonar afectó a los niños y a los mayores de 50 años,

Las grandes epidemias del siglo XX se caracterizan por ser enfermedades infecciosas respiratorias como enfermedades epidémicas tales como la fiebre amarilla, el cólera y la peste. El SARS coronavirus y a cuyo grupo pertenece la actual Covid 19, no solo es una enfermedad pandémica, sino que también ha cobrado gran importancia por el alto cubrimiento mediático que presenta información no siempre confiable.

Las diferentes formas cómo las comunidades enfrentan sus problemas sanitarios varían también de acuerdo con su época histórica, las comunidades aborígenes que habitaban esta región y que eran comunidades bien organizadas socialmente y adaptadas al entorno de biodiversidad contaban solo con conocimientos ancestrales para enfrentar los diferentes problemas comunitarios, así como también los de tipo sanitario. Dentro de la jerarquía de las comunidades indígenas el curandero, chaman o brujo, a quien muchas veces se les atribuía poderes sobrenaturales, y que ocupaba una de las mayores dignidades era sobre quien recaía la responsabilidad de poder curar a los miembros de la comunidad.

En la época colonial, se disponía de acuerdo con lo que dijera la corona española, quien delegó el cuidado sanitario a las monjas, sacerdotes e instituciones de caridad, quienes por su labor humanitaria se dedicaban al tratamiento y control de las diferentes pestes y aunque las ciudades se hacían cada vez más organizadas, esta responsabilidad continuaba en cabeza de la iglesia católica y de las organizaciones de caridad privadas.

La organización y evolución de los estados a través de sus ordenamientos jurídicos llega a establecer que es el Estado quien debe velar y garantizar todos los derechos a los ciudadanos y por tanto es este quien se encargue totalmente del cuidado integral de los ciudadanos y sus derechos fundamentales como lo es el servicio y la atención en salud.

En general los factores que inciden en la agudización del problema sanitario están dados por la amplia diversidad que caracteriza a Colombia y que trae consigo múltiples situaciones problemáticas que afectan la Política pública sanitaria por ejemplo en el marco de la Ley 100 de 1993. En agosto de 2016 el congresista Jorge Enrique Robledo en el debate político sobre corrupción en el sistema de salud, expone que: “No se trata de que haya algunos corruptos” sino que el sistema mismo fue diseñado carente de verdaderos mecanismos de control estatal: se asumió que el libre mercado ejercería autorregulación dejando. Empresas prestadoras de Salud (EPS), se auto controlaran y no el Estado. Las principales fallas estructurales del sistema son a saber: (i) Flujo de recursos: Las entidades territoriales utilizan los recursos de la salud para otros fines y en malas contrataciones, los pagos atrasados por servicios prestados por la red pública y privada han llevado a que muchos hospitales e IPS estén intervenidas o en quiebra dejando al usuario sin este aseguramiento. Asimismo, cobros que realizan ante el FOSYGA por medicamentos con costos elevados hasta el 100%. (ii) Mecanismos de recolección de datos: fueron creadas falsas EPS y falsos afiliados (Garay, 2020), algunos estaban muertos o registrados

con múltiples afiliaciones en el régimen contributivo y en el subsidiado. Entre las diferentes estrategias para robar los dineros públicos de la salud. (iii) La formación de monopolios privados: pueden contratar al 100% su propia red de clínicas privadas y de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), excluyendo a la red pública de salud. (iv) No se les limitó el objeto social a las EPS y las ganancias de las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud (EPS), se destinaban a adquirir Activos Fijos con los recursos de la salud, que son pagados de los dineros públicos a través de la Unidad de Pago por Capitación<sup>1</sup> (UPC).

De la misma forma (v) el sistema de salud preexistente no posee la suficiente capacidad técnica, científica, de infraestructura y la distribución de talento humano es inequitativa concentrado en las capitales y con total carencia de un médico general y menos aún de especialistas en muchos municipios. (vi) Modelo de atención: más curativo que preventivo.

El sistema también ha dado lugar a otras formas de corrupción, y uno de los casos representativos es el desfalco cometido a través de Saludcoop, que desvió recursos de la salud en un monto de 1,4 billones de pesos (Semana, 2017). También el departamento de Córdoba, con los llamados *Carteles*: del bastón; del VIH; del Síndrome de Down y de la hemofilia.

Otra variable que se puede analizar es el (vii) nivel de inversión pública que ha realizado la administración el cual, al compararlo con otras naciones de condiciones similares, deja ver que en Colombia la inversión no ha sido sino un 2% del PIB, mientras que otras naciones como Chile ha invertido hasta el 12 % de su PIB, ya que son conscientes que debe ser el estado el garante de todos los derechos de la sociedad, por ello no solo debe actuar en el frente sanitario, sino también en el económico con el fin de poderle brindar a sus ciudadanos recursos económicos que les

---

<sup>1</sup> La unidad de pago por capitación –UPC– es el valor anual que el Estado le paga a las EPS por cada uno de los afiliados al sistema de seguridad social en salud para cubrir las prestaciones derivadas del Plan Obligatorio de Salud –POS– en los regímenes contributivo y subsidiado. Esos dineros salen de los impuestos parafiscales.

permitan por lo menos mantener un nivel de vida con un mínimo vital y no empobreciéndolos más.

En cuanto, a la Estructuración de las políticas públicas, las contradicciones entre la letra y las realidades sociales ponen de manifiesto que hay posturas antagónicas en las que subyacen los aspectos ideológicos, entendidos como el sistema de valores, intereses y principios que definen lo político, económico, social, religioso, cultural, científico, etc., esto es, que el “deber ser” de algunos, entra en conflicto con las afectaciones que recaen sobre otros.

La política pública sanitaria en Colombia sigue teniendo las mismas características problemáticas de siempre, la situación actual de la COVID 19 no solo ha dejado ver más claramente la situación real del sistema de salud en Colombia sino que lo ha agravado y generado una mayor crisis en todos los sectores, por ello es importante analizar el problema desde el punto de vista y la consideración de las diferentes variables que intervienen al momento de definir las medidas de política pública sanitaria y esta puede ser, por ejemplo, el conflicto que surge al considerar si es más importante proteger la economía o salvar las vidas de los ciudadanos.

Finalizada la segunda guerra mundial y por la necesidad de reconstrucción de las naciones se ponen en marcha los postulados del Estado del bienestar<sup>2</sup> basadas en la teoría económica Keynesiana, adoptada por todos los países capitalistas y donde surge también la ciencia política, para poder analizar y definir la política pública.

---

<sup>2</sup> Welfare State: Conjunto de acciones llevadas a cabo por parte del gobierno para conseguir una mayor redistribución de los recursos y mejorar el bienestar general de la población. Se produce, por tanto, una intervención del estado en la economía y la sociedad para combatir la desigualdad en estos ámbitos y repartir los beneficios de forma más equitativa entre la población. el Estado debe asumir la responsabilidad de la prestación de servicios tales como la educación o la sanidad y ofrecerlos de forma no discriminatoria y sin costes para los ciudadanos

El conjunto de acciones intencionales y causales orientadas a la realización de un objetivo de interés/beneficio público, cuyos lineamientos de acción, agentes, instrumentos, procedimientos y recurso se reproducen en el tiempo de manera constante y coherente (con las correcciones marginales necesarias), en correspondencia con el cumplimiento de funciones públicas que son de naturaleza permanente con la atención de problemas públicos cuya solución implica una acción sostenida. La estructura estable de sus acciones, que se reproduce durante un cierto tiempo, es lo esencial y específico de ese conjunto de acciones de Gobierno que llamamos política pública (Aguilar, Lima, 2009, p. 3).

Barzelay se refiere al trabajo de Peter Aucoin (1996) quien describe la NGP, como una red de postulados, entre los que se incluye: “los ejecutivos elegidos deberían resolver la ambigüedad, la incertidumbre y el conflicto alrededor de las políticas, a fin de describir de antemano lo que quieren que sus funcionarios realicen en un lapso determinado; las funciones de formulación de políticas y las de operaciones, deberían asignarse a organizaciones diferentes, con organizaciones operativas encabezadas por funcionarios que sean versados en la gestión, mientras que los sistemas administrativos centralizados, deberían reformarse a fin de trasladar obligaciones, autoridad y responsabilidad hacia abajo en línea jerárquica (2003, p. 20)

La actual situación sanitaria mundial ocasionada por la Covid 19, ha puesto a los gobiernos a repensar ajustes, no solamente en salud, sino en todos los campos, sociales, políticos y económicos. Dichos ajustes recaen directamente sobre los legisladores y sobre la administración pública.



Para el caso de Colombia, el marco de análisis sobre políticas públicas en materia de salud está pautado desde la Constitución Nacional. Allí se menciona como derecho fundamental de la población, tener un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar (Const., 1991, art. 25). De manera específica, el artículo 49 menciona la atención a la salud como un servicio a cargo del Estado. Además, por encima de la Constitución Política están los compromisos adquiridos por los gobiernos a través de acuerdos y tratados internacionales.

En suma, el sistema de Salud Colombiano a lo largos de la historia ha sido afectado por diversas situaciones económicas, sociales, y políticas que lo han relegado a ser un sector ineficiente evidenciado que el estado no ha podido estructurarlo adecuadamente para cumplir con la imperiosa función de garantizar y proteger a la ciudadanía su derecho fundamental a la salud.

Como referencia de los conflictos a la hora de elaborar políticas públicas resulta pertinente mencionar uno de los postulados del Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD, 1998)<sup>3</sup>, al cual pertenece Colombia, que emite documentos doctrinarios para el desarrollo económico y social.

El documento propone crear una nueva vía entre el Estado liberal y el modelo social burocrático de intervención estatal. Se trata de una reforma gerencial del Estado que presupone transparencia en la administración pública, basado además en la confianza de que los agentes privados que participen en los asuntos públicos lo harán con espíritu de servicio público.

Hay que considerar que la lógica del Estado es diferente a la de los negocios privados. En el negocio privado el dueño vigila que su gerente no desfalque la empresa, mientras que, en la

---

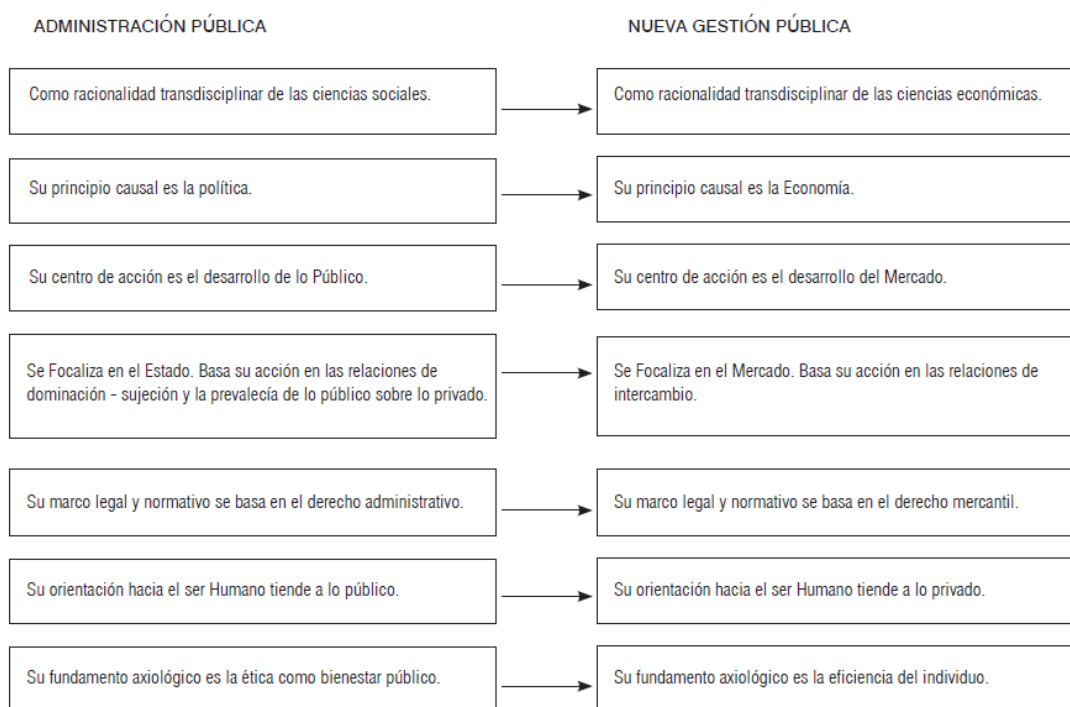
<sup>3</sup> El Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo CLAD es un organismo internacional gubernamental creado en 1972 por recomendación de Naciones Unidas para la modernización de la administración pública.

administración pública, el gerente, que es el gobierno, no es el propietario de los recursos y el control que pudiera ejercer la ciudadanía es prácticamente inoperante.

De acuerdo con Vélez (2011) la Nueva Gestión Pública (NGP) plantea:

(...) como esta nueva racionalidad administrativa se ha construido desde un enfoque privado lucrativo, que emerge de la economía, y más particularmente del pensamiento económico neoclásico, donde se exalta lo privado, el individualismo y la rentabilidad, siendo la consecuencia de los desarrollos históricos de diversas disciplinas que han participado en el estudio de las organizaciones ( p. 53).

El siguiente cuadro elaborado por Vélez, resume los enfoques de la administración pública y la NGP.



*Figura 1.* Enfoques de la administración pública y la nueva gestión pública

Fuente: (Vélez, 2011)

Para conocer como el Estado colombiano a lo largo de la historia ha asumido el deber y su función de garantizar la prestación del servicio básico de salud, es necesario tener en cuenta

que desde los primeros intentos de independencia de España y hasta la fecha se han redactado 10 Constituciones nacionales y más de 61 constituciones<sup>4</sup> departamentales, lo cual evidencia inestabilidad político administrativa de Colombia y ratifica que alcanzar un consenso entre estado y sociedad sigue siendo complejo, en consecuencia ha frenado el progreso, ya que sin el fortalecimiento de las instituciones por los permanentes cambios el país ha quedado rezagado frente a aquellas naciones que han mantenido una constitución y sistemas de gobierno susceptibles a cambios renovadores pero que priorizan los derechos y libertades de todos los agentes que componen sus naciones.

No es de extrañar que en Colombia, solo hasta el año 1886 se tenga en cuenta la necesidad de tener un organismo que vele por el derecho fundamental a la salud, cuando con la Ley 30 de 1886, expedida el 20 de octubre, se crean las Juntas de Higiene en la capital de la república y en los departamentos y ciudades principales, dejando por fuera las provincias, este sistema de salud de “modelo higienista” desarrollaba sus funciones principalmente con carácter sanitario, y alguna atención curativa y preventiva, se financiaba por los usuarios y organizaciones de caridad. La Junta Central de Higiene tuvo su origen por la necesidad de controlar la tuberculosis y a través de ella se desarrolló la normatividad en salud como parte de su organización estatal, la primera política nacional en salud determinó que la autoridad estatal sería la encargada de inspeccionar las industrias y las profesiones, concerniente a la moralidad, la

---

<sup>4</sup>Constitución del Estado libre e independiente del Socorro (Marzo de 1810), Constitución de Cundinamarca 1811 (Agosto de 1811), Acta de federación de provincias unidas (1811), Constitución de la República de Tunja (1811), Constitución del Estado de Antioquía (Marzo de 1812), Constitución de Cúcuta o Constitución de la Gran Colombia (Agosto de 1821), Constitución de la República de Colombia (Mayo de 1830), Ley fundamental del Estado de la Nueva Granada (Noviembre de 1831), Constitución de la Nueva Granada (Marzo de 1832), Constitución Política de la Nueva Granada (Abril de 1843), Carta Constitucional de la República de la Nueva Granada (Mayo de 1853), Constitución de 1858, Suscripción del Pacto de Unión (Septiembre de 1861), Constitución Política para los Estados Unidos de Colombia (Mayo de 1863), Constitución de 1886 por Rafael Núñez, Constitución Política de Colombia (Julio de 1991).

seguridad y la salubridad pública, así como también se exigiría el título de idoneidad para ejercer las profesiones médicas y sus auxiliares. La principal propuesta de la Junta Central de Higiene en 1896 consistió en el aislamiento de los pacientes con tuberculosis como prioridad de lucha antituberculosa.

Desde la década de los años ochenta hasta la primera década del siglo XXI se llevó a cabo una reforma estructural del sistema de salud en Colombia (Ley 100 de 1993). El proceso conllevó un tránsito en el modelo de organización sanitaria, pasando de un Sistema Nacional de Salud al amparo de un ideal de Estado interventor, hacia un sistema de aseguramiento universal, inmerso en el nuevo proyecto político de sociedad (Constitución Política de 1991), el cual exalta el poder ordenador del mercado, ensalza el ideal de la iniciativa privada y reubica la acción del Estado en la modulación del sistema. Esta transformación estructural estuvo determinada por los cambios en el régimen de acumulación específico del país y por las necesidades políticas de legitimación de un Estado aún en proceso de construcción, el cual ha estado presionado por un conflicto armado de largo plazo y por el proceso de globalización que, en términos de la política internacional, le ha exigido al país una reorientación de su modelo de desarrollo y un reacomodo de su aparato estatal. Por ello, los cambios del sistema de salud, que hemos asumido como “la reforma sanitaria”, se deben comprender como parte de una reforma más estructural llevada a cabo en el país, la cual buscó financiar la economía, ajustar el desarrollo del país a las nuevas reglas de los mercados del capital, reducir el papel del Estado y generar una mayor gobernabilidad para el sector político a través del mejoramiento de los mecanismos de clientelización. La reforma sanitaria, entonces, se da en medio de una específica correlación de fuerzas sociales, en la que interactúan diferentes actores tanto del ámbito nacional como del

ámbito internacional, con intereses diversos, diferentes fuentes de poder y disímiles capacidades y posibilidades de incidir en la toma de decisiones

Antes de la Ley 100 existía el Sistema Nacional de salud encabezado por el Ministerio de salud y con 3 subsectores cómo era el de Seguridad Social conformada por el Instituto de seguros sociales que atendía los trabajadores formales y con el 7% de aportes de éstos. En segunda instancia estaba el subsector público correspondiente a las cajas de previsión social (CAJANAL) financiado por los aportes del 5% de los empleados oficiales y por recursos del Estado. Asimismo, atendía mediante la asistencia pública como forma de caridad a la población más pobre. De otro lado el subsector privado que atendía a los ricos que podían pagar consultas en consultorios y clínicas privadas y con las organizaciones de caridad privada ayudaban a las personas que no tenían recursos como beneficencia. Por último, estaban las entidades de prácticas no científicas o populares. Este sistema que se conformó a finales de la década de los 40 se caracterizaba por ser de altos niveles de desigualdad, ineficiente, y bajos niveles de solidaridad. (Hernández, 2002).

De otra parte, sin el aspecto demográfico no se puede evaluar un país sin tener como marco de referencia el contexto mundial en sus diversos aspectos, es necesario contar con una mensurabilidad que permita medir, comparar y establecer criterios. En el caso particular, al revisar los datos que circulan sobre muertes por Covid-19 en el mundo, se encuentra que no hay publicaciones basadas en el coeficiente que relacione la cantidad con la frecuencia de muertes específicas, lo que en demografía se conoce como “tasa de mortalidad” y que se aplica en los indicadores sociales, principalmente para medir las muertes violentas en el mundo.

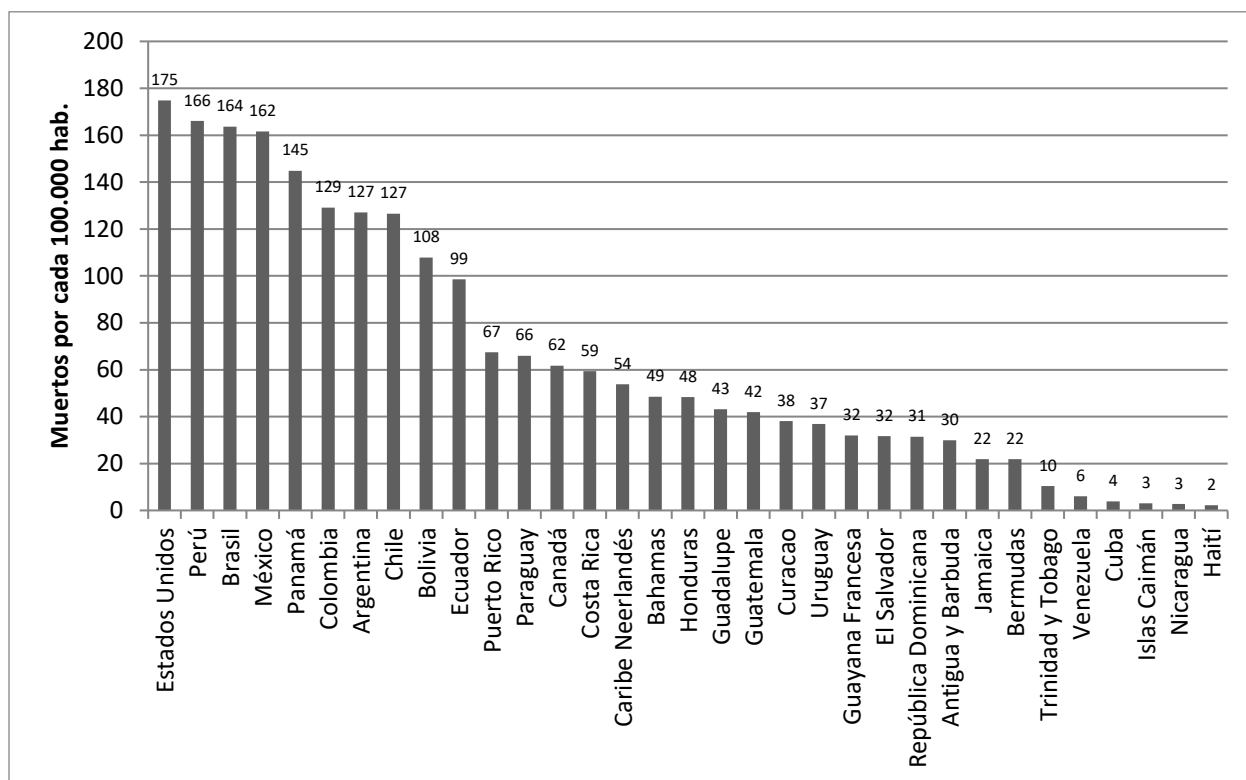
La fórmula para calcular la tasa bruta de mortalidad está dada por:

$$TME = \frac{MC}{P} * 100.000$$

TME: Tasa de mortalidad específica =  
MC: Muertes por Covid-19 (hasta el 9 de abril de 2021)  
P: Población conocida por cada país en el período de pandemia.

De acuerdo con lo anterior, este indicador es importante para comparar los efectos de la pandemia entre países y la relación con sus políticas públicas en salud como una de las variables que determinan los resultados en cuanto al tratamiento o reacción del Estado para afrontar el problema de la pandemia.

Hay que mencionar que la cifra absoluta de muertes no es válida para hacer los cotejos, por ejemplo: Estados Unidos tiene 300 millones de habitantes y Colombia 50 millones. Si en Estados Unidos murieran 50 millones, esto sería una sexta parte de su población, pero la misma cantidad en Colombia sería toda la población. Entonces no se puede decir que determinada cantidad de muertes entre países signifique el mismo grado de devastación de cada población. Un ejemplo real es Argentina con 45 millones de habitantes y 57 mil muertos Covid; comparado con Chile con 19 millones de habitantes y 24 mil muertos Covid, en este caso los dos países tienen la misma tasa de mortalidad que es 127 muertos por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, la cifra absoluta es lo que hasta ahora ha circulado de manera predominante. Se diría equivocadamente que Argentina ha sido más afectada que Chile, porque Argentina con 57 mil muertes, presenta más del doble de muertos que Chile con 24 mil muertes, este tipo de información es la ofrecida por los medios de comunicación que utilizan esos datos absolutos induciendo a la opinión pública a hacer comparaciones con el fin de crear rankings pero que no reflejan las dimensiones de la pandemia ni la realidad política.



*Figura 2.* Tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes en América

*Nota:* Fuente: Miguel A. Pinzón V. Sociólogo e Investigador del IEPRI, Universidad Nacional- Bogotá, 2021

La mayor tasa de mortalidad la encabeza Estados Unidos, seguida de Perú, México, Brasil, Panamá, Colombia, Argentina, Chile, Bolivia y Ecuador. Todos estos países con sistemas de salud predominantemente privados, en manos de las corporaciones.

Uno de los aspectos para destacar es que entre los países con menor tasa de mortalidad por Covid-19 se encuentran Nicaragua, Cuba y Venezuela que presentan 3, 4 y 6 muertes X 100.000 habitantes respectivamente, situación de diferencia abismal frente a Estados Unidos con 175 muertes X 100.000 habitantes y Colombia se encuentra en el sexto lugar con 129 muertes X 100.000 habitantes. Los anteriores hallazgos inducen a establecer que los modelos de salud administrados por el Estado están demostrando mayor eficiencia al momento de garantizar la salud y la vida como un derecho.

## Conclusiones

Muy probablemente en anteriores épocas una persona de 50 años podía sobrevivir a más de una peste, lo que antes se tardaba en contagiarse entre 1-5 años hoy día se produce a diario, especialmente por el desarrollo del transporte aéreo. Pero ya en el siglo XX los adelantos científicos, la evolución de la medicina y la aparición de los antibióticos contribuyeron a que estas crisis sanitarias se superen cada vez mejor y más rápido.

El Sistema Político Colombiano ha sido heredado del virreinato, teniendo continuidad en el régimen post revolucionario y extendiéndose hasta hoy, las mayorías se acostumbraron a la desigualdad e inequidad, beneficiando a las minorías que ostentan el poder quienes mediante las prácticas clientelistas alcanzan posiciones desde donde fácilmente pueden orientar las decisiones de política en pro de su beneficio particular.

En el proceso para definir y determinar la construcción de una política pública, se debe considerar de relevante importancia la participación ciudadana, interactuando con el Estado y todos los actores que deben ser consultados para que la política pública sea consensuada y alcance sus objetivos de bienestar general, garantizando una mayor gobernabilidad y fortaleciendo la gobernanza, virtudes éstas de la democracia.

De otra parte se puede deducir que no existe en ningún país una norma permanente y general de política pública en salud, ni un marco regulatorio para situaciones generadas por virus o pandemias, ya que se considera que estos fenómenos se presentan entre grandes intervalos de tiempo (aproximadamente cada 100 años), por tanto en Colombia tampoco hay suficientes acciones preventivas y las existentes se limitan a la práctica política de corto plazo mediante decretos para desarrollar algunos programas sectorizados de vigencia temporal, desconociendo que el fenómeno mundial pasa a ser una endemia evidenciada por ejemplo en los casos de



contagios de malaria (2.905.254), Dengue (452.980), Chiconguya (338.000) que siguen afectando un número muy importante de personas especialmente en las áreas territoriales del país.

Otro factor que incide en la relación de contagios y muertos es la inversión en investigación en ciencia y tecnología que permitiría hacer avances en la producción de las vacunas a través de universidades y entidades que bien pueden y cuentan con la capacidad y voluntad para orientar sus esfuerzos en esa dirección, pero lamentablemente la falta de autonomía en el ámbito de la gestión pública nos obliga a mantenernos a la espera de lo que indiquen los organismos internacionales (OMS) como por ejemplo el Sistema “Covax”, que define cuando, cuáles y cuantas son las vacunas a las que se podrá acceder.

La política pública sanitaria ha dado pequeños pasos en beneficio de la población, desde que el Estado asumió la responsabilidad jurídica y social como principal garante de este derecho; pero la inevitable influencia de la corriente neoliberal promovida fuertemente por las potencias económicas, inducen a que el Estado como administrador y protector de los intereses públicos, desvíe sus esfuerzos y recursos hacia otros sectores, dejando al sector de la salud y seguridad social relegados a un segundo plano (Beveridge, 2013).

La administración de los recursos públicos debe orientarse a destinar un mayor presupuesto al sector salud enfocado a fortalecer y ampliar la infraestructura sanitaria con todos sus insumos, eliminar las distorsiones salariales del personal de salud, fomentar la educación superior hacia las áreas de ciencia y formación médica sin olvidar el objetivo de brindar más y mejores servicios con inclusión y equidad, lo que redundará en mayores expectativas y calidad de vida de la población en general, y sin lugar a dudas contribuirá al aumento y mejoramiento de los niveles de producción que impactan positivamente el PIB del país.

Finalmente aunque la constitución define a Colombia como un estado social de derecho lo que implica que lo social, los derechos y garantías deben primar y que mediante la ley 1751 de 2015 se considera a la salud como un derecho fundamental, en la práctica lo que se observa es que este sector es manejado por los privados convirtiéndolo en un negocio muy rentable para ellos y ante la incompetencia, indiferencia y falta de voluntad del Estado, que canaliza más esfuerzos y recursos hacia guerra, olvida cumplir su función constitucional de garantizar la vida de todos los ciudadanos, el problema de salud pública en Colombia se hace cada vez más crítico.

“La política es un asunto demasiado serio para dejarlo en manos de los políticos”.

Charles de Gaulle, presidente de Francia (1890-1970)

## Bibliografía

- Aguilar Astorga, C. R., & Antonio, L. f. (2009). ¿Qué son y para que sirven las políticas públicas? Recuperado el 19 de marzo de 2021, de [www.eumed.net/rev/cccss/05/aalf.htm](http://www.eumed.net/rev/cccss/05/aalf.htm)
- Blandon, L. F. (2014). El giro argumentativo del análisis de las políticas públicas. Bogotá D. C.: Universidad Externado de Colombia.
- CLAD. (1998). *Inteligencia Artificial, robotica y modelos de administración Pública - Una Nueva Gestión Pública para America Latina*. Documento CLAD. Recuperado el 1 de abril de 2021, de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3575/357559243001/html/index.html>
- CLAD. (1998). *Una Nueva Gestión Pública para America Latina*. Documento CLAD. Recuperado el 1 de abril de 2021, de <https://clad.org/wp-content/uploads/2020/07/Una-Nueva-Gestion-Publica-para-America-Latina.pdf>
- CLAD. (2020). *Carta Iberoamericana de Innovación*. Documento, CLAD. Recuperado el 29 de abril de 2021, de <https://clad.org/wp-content/uploads/2020/10/Carta-Iberoamericana-de-Innovacion-10-2020.pdf>
- Congreso de la República. (2015). *Ley Estatutaria 1751*. Diario Oficial No. 49.427 de 16 de febrero de 2015. Obtenido de [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html)
- Constitución Política de la República de Colombia [Const.] . (4 de julio 1991). Gaceta Constitucional No. 116 de 20 de julio de 1991. Recuperado el 2021 de Marzo de 4, de [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion\\_politica\\_1991.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html)
- Constitución Política de la República de Colombia. [Const.] 5 agosto. (1886). *Derogada por la Constitución Política de 1991*. Santa fe de Bogotá. Recuperado el 27 de marzo de 2021, de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=7153>
- Dromi, J. r. (2015). Derecho Administrativo. Buenos Aires: Ciudad Argentina.
- Echavarría, J. L. (2013). Los Muertos de la Ley 100. Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: Una razón de su ineficacia. Caso Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo.
- Florez, F. S. (1992). Historia del cólera en Colombia. *Biomédica*, 12(3 y 4), 95-101. Recuperado el 30 de marzo de 2021, de <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2031>
- Gambi, M. O. (2007). *Conceptos Básicos en el análisis de políticas públicas*. Universidad de Chile. INAP- Departamento de Gobierno y Gestión pública. Recuperado el 13 de 04 de

- 2021, de [https://www.u-cursos.cl/inap/2009/1/DIR500/2/material\\_docente/bajar?id\\_material=551569](https://www.u-cursos.cl/inap/2009/1/DIR500/2/material_docente/bajar?id_material=551569)
- Garay, Luis. (2020). *Macro corrupción y cooptación Institucional en el Departamento de Córdoba, Colombia*. Bogotá: Laboratorio latinoamericano de políticas de probidad y transparencia. Fedesarrollo, Centro de Investigación Económica y Social.
- Gossain, J. (9 de mayo de 2020). Estas son las epidemias que han atacado a Colombia en 500 años. Recuperado el 7 de marzo de 2021, de <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/estas-son-las-epidemias-que-han-atacado-a-colombia-en-500-anos-493750>
- Groote, T. (2007). Prueba en vivo de la privatización del sector salud en países en desarrollo. *Facultad Nacional de Salud Pública*(25), 106-117. Recuperado el 6 de marzo de 2021, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v25n1/v25n1a13.pdf>
- Hernández, M. (2002). La reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud. *Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*, 991-1000. Recuperado el 1 de abril de 2021
- Hill, A. (2021). Las vacunas de la covid-19 demuestran lo rápido que se podría desarrollar una contra la malaria. *The Conversation*. Recuperado el 1 de mayo de 2021, de <https://theconversation.com/las-vacunas-de-la-covid-19-demuestran-lo-rapido-que-se-podria-desarrollar-una-contra-la-malaria-159951>
- Instituto de asuntos públicos. Universidad de Chile. (2007). *Conceptos Básicos en el análisis de políticas públicas*. Universidad de Chile. INAP- Departamento de Gobierno y Gestión pública. Recuperado el 13 de 04 de 2021
- Levantar las patentes de las vacunas contra Covid- 19, por qué sí?, Parte Uno*. (12 de abril de 2021). Recuperado el 24 de abril de 2021, de Razón Pública: <https://razonpublica.com/levantar-las-patentes-las-vacunas-covid-19-parte-uno/>
- Lexbase Colombia- Potafolio Blog. (29 de julio de 2009). Curiosidades de las Constituciones Colombianas. Recuperado el 14 de marzo de 2021
- López, J. P. (1999). *Teorías del Estado de Bienestar*. Siglo XXI de España Editores.
- martin22216910. (febrero de 2011). <http://historiaconstitucionalcolombiana.blogspot.com/>. Recuperado el 16 de marzo de 2021, de <http://historiaconstitucionalcolombiana.blogspot.com/2011/02/las-16-constituciones-colombianas.html>
- Medicos Sin Fronteras*. (12 de marzo de 2020). Recuperado el 7 de marzo de 2021, de <https://www.msf.org.ar/actualidad/que-una-pandemiacual-la-diferencia-pandemia-y-epidemia>

- Ministerio de la Protección Social. (2010). *Análisis de la pandemia de influenza A H12N1*. Recuperado el 9 de marzo de 2021, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/AN%C3%81LISIS%20DE%20LA%20PANDEMIAS%20DE%20INFLUENZA%20A%20H1N1.pdf>
- Montano, J. (21 de marzo de 2020). *Lifeder*. Recuperado el 7 de marzo de 2021, de <https://www.lifeder.com/periodos-historia-colombia/>
- Moreno, D. Y. (2016). *Curso de Derecho Administrativo*. Bogotá: Temis.
- Navarro, M. J. (julio- diciembre de 2013). Los Muertos de la Ley 100. *Gerencia y Políticas de Salud*, 12(25), 149-152.
- Onusida. (sf). Estadísticas SIDA- Colombia. Bogotá. Recuperado el 14 de marzo de 2021, de <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/colombia>
- Peter Schröder. (2016). *Nueva Gestión Pública, aportes para el buen gobierno*. Fundación Friedrich Naumann para la libertad. Obtenido de <https://relial.org/uploads/biblioteca/44dbee76837e79a6c07bb8219d021843.pdf>
- Pulido, S. (12 de marzo de 2020). *WECARE-U COMUNICACION S.L.* Recuperado el 7 de marzo de 2021, de <https://gacetamedica.com/investigacion/cual-es-la-diferencia-entre-brote-epidemia-y-pandemia/>
- Razón Pública. (7 de enero de 2019). El análisis del Plan Nacional de Desarrollo de 2018 – 2022 (Parte I). Recuperado el 16 de abril de 2021, de <https://razonpublica.com/analisis-del-plan-nacional-de-desarrollo-de-2018-2022-parte-1/>
- Razón Pública. (12 de abril de 2021). *Un Estado Muy tacaño*. Recuperado el 20 de abril de 2021, de Hernando Gómez Buendía: <https://razonpublica.com/un-estado-muy-tacano/>
- RCN Radio- Agencia EFE. (25 de abril de 2021). Coronavirus en Colombia: nuevo récord de muertes y 17.190 casos. Bogotá. Recuperado el 14 de marzo de 2021, de <https://www.rcnradio.com/colombia/coronavirus-en-colombia-nuevo-record-de-muertes-y-17190-casos>
- Robledo Jorge. (30 de agosto de 2016). Debates sobre la corrupción en Saludcoop-Cafesalud y la crisis del sistema de salud. Senado de la República. *Semana*. Recuperado el 3 de abril de 2021, de [https://www.youtube.com/watch?v=tAyfa\\_zyWNo](https://www.youtube.com/watch?v=tAyfa_zyWNo)
- Rojas, H. M.-J. (sf). Los diez virus que han azotado a Colombia. *El País*. Recuperado el 7 de marzo de 2021, de <https://www.elpais.com.co/especiales/diez-virus-azotaron-colombia-coronavirus/>

- Saludcoop, el desfalco de la historia. (23 de noviembre de 2013). *Semana*. Recuperado el 4 de abril de 2021, de <https://www.semana.com/nacion/articulo/desfalco-de-saludcoop/355644-3/>
- Seguridad social, empleo y propiedad privada de William Beveridge*. (2013). Recuperado el 20 de marzo de 2021, de scielo.org.co: <http://www.scielo.org.co/pdf/rhc/n51/n51a11.pdf>
- Senado de la República. (1991). *Constitución Política de la República de Colombia*. Bogotá: Gacetas Asamblea Constituyente 1991.
- Senado de la República de Colombia. (1886). *Constitución Política de Colombia*. Santa fe de Bogotá. Recuperado el 27 de marzo de 2021, de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=7153>
- Socarrás, J. F. (3 de enero de 2007). La dimensión cognitiva en las políticas públicas interpelación. *Ciencia Política Universidad Nacional de Colombia*(3), 70 - 106. Recuperado el 21 de marzo de 2021, de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/cienciapol/article/view/17523/18380>
- Vega-Vargas, M. E.-C.-S.-Á. (2012). La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo XX: aproximación histórica desde la análisis socio político. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Recuperado el 16 de marzo de 2021, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54525297005>
- Vélez, S. C. (2011). *Una mirada a los nuevos enfoques de la gestión pública*. ESAP. Recuperado el 21 de marzo de 2021, de <https://www.google.com/search?q=Una+mirada+a+los+nuevos+enfoques+de+la+gesti%C3%B3n+p%C3%ABlica&oq=Una+mirada+a+los+nuevos+enfoques+de+la+gesti%C3%B3n+p%C3%ABlica&aqs=chrome..69i57j0.600j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Vidal, J. P. (2016). *Derecho Administrativo*. Medellín: Legis.
- W, G. L.-N. (1999). *Juicios secretos de Dios. Epidemias y despoblación indígena en hispanoamerica*. (J. Gómez, Trad.) Quito, Ecuador: Edicoones Abya - Yala. Recuperado el 7 de marzo de 2021, de [https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1388&context=abya\\_yala](https://digitalrepository.unm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1388&context=abya_yala)

### Anexo

Anexo A. Tasa de muertes por Covid-19- Por cada 100.000 habitantes en América, durante el año 2020 y hasta el 9 de abril de 2021.

<b>Puesto</b>	<b>País</b>	<b>Población</b>	<b>Muertos</b>	<b>Muertos X cada 100.000 habitantes</b>
1	Estados Unidos	328.239.523	573.894	175
2	Perú	32.510.453	53.978	166
3	Brasil	211.049.527	345.287	164
4	México	127.575.529	206.146	162
5	Panamá	4.246.439	6.152	145
6	Colombia	50.339.443	65.014	129
7	Argentina	44.938.712	57.122	127
8	Chile	18.952.038	23.979	127
9	Bolivia	11.513.100	12.412	108
10	Ecuador	17.373.662	17.115	99
11	Aruba	106.314	92	87
12	Belice	390.353	318	81
13	San Martín Isla (francesa)	38.002	27	71
14	Puerto Rico	3.193.694	2.154	67
15	Paraguay	7.044.636	4.644	66
16	Canadá	37.589.262	23.211	62
17	Costa Rica	5.047.561	3.000	59
18	Caribe Neerlandés	26.050	14	54
19	Bahamas	389.482	189	49
20	Honduras	9.746.117	4.715	48
21	Guadalupe	402.654	174	43
22	Guatemala	16.604.026	6.955	42
23	Curacao	157.538	60	38
24	Uruguay	3.461.734	1.275	37
25	Guyana	782.766	252	32
26	Guayana	785.000	252	32
27	Guayana Francesa	294.071	94	32
28	El Salvador	6.453.553	2.044	32
29	República Dominicana	10.738.958	3.378	31
30	Antigua y Barbuda	97.118	29	30
31	Jamaica	2.948.279	646	22
32	Bermudas	63.918	14	22
33	Barbados	287.025	44	15
34	Martinica	375.831	57	15
35	Trinidad y Tobago	1.394.973	145	10
36	San Vicente y Granadinas	110.589	10	9
37	Venezuela	28.515.829	1.720	6
38	Cuba	11.333.483	443	4
39	Islas Caimán	64.948	2	3
40	Nicaragua	6.545.502	179	3
41	Haití	11.263.077	251	2

Fuente: A partir de las cifras absolutas de muertes Covid-19 emitidas por la Organización Mundial de la Salud y otros sitios web. Miguel A. Pinzón V. Sociólogo e Investigador del IEPRI, Universidad Nacional- Bogotá