

MEKSİKA SAĞLIK SİSTEMİ VE PANDEMİ YANITI

Meltem ÇİÇEKLİOĞLU*

Öz: Meksika dünyanın en kötü etkilenen ülkeleri arasında yer almıştır. Şubat 2021 itibarıyla, toplam 1.946.751 doğrulanmış olgu, 168.432 ölüm varken, fatalite %9 civarındadır. Pandeminin başından beri Meksika Hükümeti, virüsün yayılmasına, yalnızca şiddetli semptomlulara müdahale edilmesine ve salgının sonraki aşamalara hızla ilerlemesine izin veren bir strateji izlemiştir. Bu da ülkede zaten var olan sağlık sistemi eksikliklerini, eşitsizlikleri ve salgına yanıt için hazırlık eksikliğini ortaya çıkarmıştır. Pandemi müdahalesi konusunda geç kalınmış, pandemi yönetimiyle sorumlu kurumlar çalıştırılmamış, yürütülen hizmetler konusunda eyalet ve federal düzeyde farklılıklar ortaya çıkmıştır. Bütün bunların sonunda; olgu sayıları yüksek kalmış, sağlık çalışanlarının yükü çok artmış, etkilenen nüfus açısından eşitsizlikler oluşmuş, ekonomik ve sosyal sorunlar derinleşmiştir.

Anahtar sözcükler: COVID-19, Meksika, sağlık sistemi

Mexico Health System and Pandemic Response

Abstract: Mexico is one of the most corona-affected country in the world. As of February 2021, there were 1,946,751 confirmed cases, 168,432 deaths, while the fatality rate was approximately 9%. Since the onset of the pandemic, the Mexican government has followed a strategy that let the virus spread, responding to only those with severe symptoms, and allowing the outbreak to progress rapidly to later stages. This has revealed already existing health system shortcomings, inequalities, and a lack of pandemic preparedness and response. Pandemic response was delayed, agencies responsible for pandemic management were not operated, and state and federal differences emerged in terms of services provided. As a result of all these, the number of cases remained high, the burden of healthcare workers increased, inequalities occurred in terms of the affected population, and economic and social problems have deepened.

Key words: COVID-19, Mexico, health system

Giriş

Meksika, Mexico City dahil 32 eyaletten oluşan bir federasyondur ve 124 milyon nüfusu ile dünyanın en kalabalık 11. ülkesidir. Meksika genç (%27'si 15 yaş altında) ancak yaşlanmakta olan bir nüfusa sahip (%7'si 65 yaş üzeri) olup, çoğunluğu (%77) kentlerde yaşamaktadır. OECD ülkeleri arasında gelir eşitsizliğinin en yüksek olduğu ülkede Gini İndeksi 0,46 iken OECD ülkelerinin ortalaması 0,32'dir. Meksika nüfusunun %13'ünü yerli halklar oluşturmaktadır, bu grubun büyük çoğunluğu sağlık ve sosyal alanda ciddi eşitsizlikler yaşamaktadır (**González Block ve ark. 2020**).

Halkın %10'u aşırı yoksul olan ülkede zengin eyaletlerdeki kişi başına gelir, güneydeki yoksul eyaletlerden dört ya da altı kez fazla olabilmektedir. Yerli halkların dörtte üçü yoksul iken yerli olmayanlarda bu oran onda dörde düşmektedir (**OECD 2016**). Meksika'da, son 20 yılda ölüm oranları düşmekle birlikte, 2017'de yaklaşık 75 yıl olan doğuştan beklenen yaşam yılı diğer OECD ülkelerinin çoğundan daha düşüktür. Bebek ölüm oranı Güney Amerika'daki Arjantin, Şili, Kosta Rika ve Küba'dan daha

yüksektir (**González Block ve ark. 2020**). Meksika'da en önemli sağlık sorunlarından birisi obesitedir, 2000 ile 2012 yılları arasında fazla kilolu ve obez kişilerin oranı %62,3'ten %72,3'e çıkmıştır. Ayrıca, diyabet oranı ise yetişkinler arasında %15,9'dur (**OECD, 2016**).

1. Meksika Sağlık Sistemi

1.1. Sağlık sisteminin genel yapısı

Meksika sağlık sistemi, paralel olarak çalışan ancak parçalı bir yapıya sahiptir ve üç ana bileşenden oluşmaktadır: 1) istihdam temelli sosyal sigorta programları, 2) bir finansal koruma programı tarafından desteklenen sigortasızlar için kamu yardım hizmetleri ve 3) hizmet sağlayıcılar, sigortacılar ile farmasötik ve tıbbi cihaz üreticilerinden oluşan bir özel sektör. Sosyal sigorta programları oldukça merkezi ulusal kurumlar tarafından yönetilirken, sigortasızlar için teminat hem eyalet hem de federal yetkililer ve hizmet sunan kurumlar tarafından yürütülür. Federal Sağlık Bakanlığı, 1982 yılından bu yana, tüm kamu ve özel sektör mükellefleri ile hizmet sunan kurumları çeşitli yetki dereceleri ve usulleri aracılığıyla

*Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. (ORCID No: 0000-0002-7059-7573)

Geliş Tarihi / Received : 14.04.2021

Kabul Tarihi / Accepted : 15.05.2021

Sağlık Bakanlığı'na bağlayan Genel Sağlık Yasası'nda yürürlüğe giren bir kavram olan Ulusal Sağlık Sistemini koordine etmektedir (**González Block ve ark. 2020**).

Sosyal sigorta alt sistemine, kayıtlı sektördeki tüm maaşlı çalışanları kapsayan üç ulusal kurum hakimdir. Meksika Sosyal Güvenlik Enstitüsü (IMSS) özel sektör çalışanlarını, Devlet Çalışanları için Güvenlik ve Sosyal Hizmetler Enstitüsü (ISSSTE) ise federal hükümet çalışanlarını kapsar. Hem IMSS hem de ISSSTE, kendi sağlık hizmetlerinin çoğunu dikey olarak entegre olmuş ulusal kurumlar aracılığıyla organize eder ve sağlar. IMSS, ISSSTE ve Sağlık Bakanlığı kurumlarına ek olarak, askeri ve donanma personeli ile petrol şirketi çalışanları için Petróleos Mexicanos (PEMEX) sigorta kurumu vardır, bu fonlar kendilerine bağlı kişilerin hem sağlık hizmetlerini finanse eder hem de hizmet sunumunu sağlar. Bu sigorta kurumlarına kayıtlı olan nüfusun oranı%42,2'dir. Sigorta kurumlarına kayıtlı nüfusun %33'ü IMSS'ye ve %7,4'ü de ISSSTE'ye bağlıdır. (**González Block ve ark. 2020**).

Sağlık Bakanlığı ile eyalet hükümetleri ve bunların hizmet sunum ağları, tüm nüfus için halk sağlığı programları, sigortasız yoksullar için sağlık sigortası ve sosyal yardım ile kendi hesabına çalışanlar ve kayıt dışı işgücü piyasasında çalışanlar için mali koruma sorumluluğunu paylaşmaktadır. Sağlık Bakanlığı, sigortasızların sağlık hizmeti kullanımı için ana sağlık hizmetleri fon sağlayıcısıdır ve aynı zamanda özellikli hastane hizmetlerinin ana sağlayıcısıdır. Eyalet hükümetleri sağlık hizmet ağları ise birinci basamak ve genel hastane hizmetlerini sağlar (**González Block ve ark.,2020**). Halkın Sağlık Sigortası (Seguro Popular, SP) 2004 yılında uygulanmaya başlamış ve kapsam dışı olan nüfusun sisteme dahil edilmesi hedeflenmiştir. SP, federal hükümet tarafından finanse edilmede, hizmet sunumu eyaletlere kaynak aktarımıyla sağlanmaktadır. Kişiler gelir seviyesine göre ücretsiz olarak veya gelirinin %5'ini aşmayacak şekilde yıllık prim ödemesiyle sisteme dahil edilmektedir (**Ayataç ve Sur,2018**). Bu, özellikle yoksul halk için önemli bir miktardır. Ayrıca sisteme eyaletlerin katkısı her yoksul aile başına aynı orandadır. Bu, eyaletler arasındaki eşitsizliği daha da derinleştirmektedir. Çünkü en yoksul eyaletlerden biri olan Chipas'ta ailelerin %80'i fakir iken bu oran Nuevo Leon'da %30'dur (**Çiçeklioğlu,2007**). Sistemin ilk yılı olan 2004'te beş milyon kişi kapsanıyorken 2014'te sayı 50 milyon kişiye ulaşmıştır (**Ayataç ve Sur,2018**). Bu fonun sağladığı sağlık hizmet paketi 78 tıbbi hizmeti, aşı dahil 191 ilacı, Sağlık Bakanlığı'na ait kurumlarda birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetini kapsamaktadır (**Çiçeklioğlu, 2007**). Bu yapı, nüfusun %43,5'ini

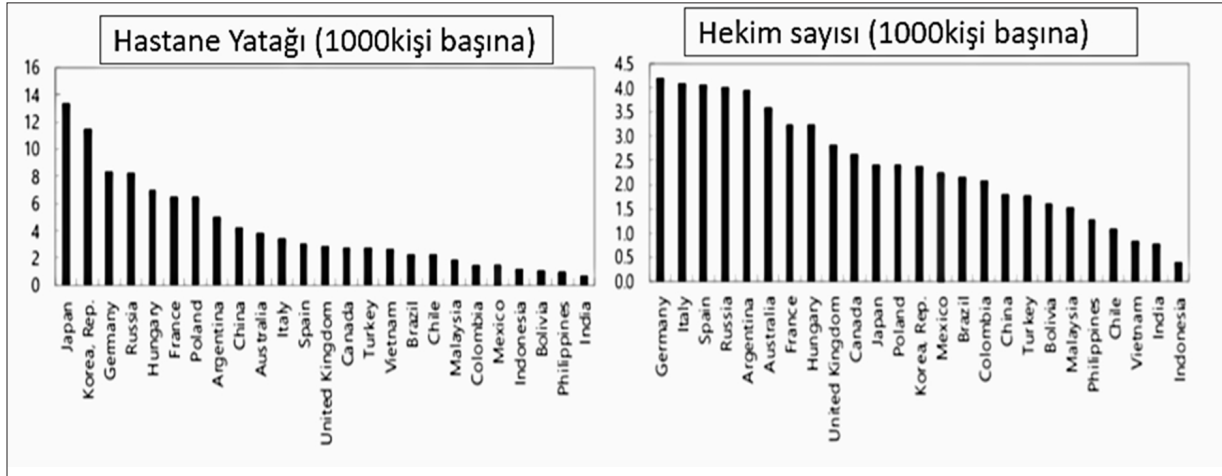
kapsamakta ve bu gruba görece geniş ama sınırlı bir sağlık hizmet paketi çerçevesinde hizmet sağlamaktadır. Sağlık hizmetleri, çoğunlukla, SP tarafından sağlanan finansman çabalarına rağmen, erişim ve kalite sınırlamaları ile çoğunlukla Sağlık Bakanlığı tarafından eyalet ve federal düzeylerde sağlanmaktadır. SP kapsamına girmeyenler ve hatta diğer sağlık sigortası programlarına kayıtlı olanlar, gelirle ilgili bir ölçeğe göre, Sağlık Bakanlığı hastanelerini ve devlet sağlık tesislerini kullanmak için cepten ödeme yaparak sağlık hizmeti alabilmektedir. 2018 yılında, nüfusun %13,6'sı -yaklaşık 17,8 milyon kişi- kamu sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmalarını sağlayacak herhangi bir kamu mali koruma kapsamına sahip değildi ve muhtemelen özel sigortası da yoktu. Sigortasızların yaklaşık yarısı, SP'ye kaydolmamayı tercih eden, orta sınıf serbest meslek sahipleridir. Özel sağlık sigortası, nüfusun yaklaşık %8'ini kapsamaktadır, bunların çoğu aynı zamanda IMSS veya ISSSTE kapsamına giren ve işverenleri aracılığıyla özel sigorta alan yüksek gelirli bireylerdir. Özel muayenehane son derece parçalıdır ve çoğu özel hizmet, hizmet başı ödeme temelinde cepten ödenir (**González Block ve ark.,2020**).

Aralık 2018'den beri iktidarda olan Andrés Manuel López Obrador'un yeni hükümeti, sağlık alanındaki yolsuzluk ve yoksullukla mücadeleye odaklanacağına söz verdi ve Sağlık Bakanlığı ile sosyal sigorta kurumlarını entegre eden bir evrensel halk sağlığı sisteminin kurulmasını hedefledi. Bu amaçla, SP sistemini ücretsiz ilaç ve sağlık hizmetleri sağlamak için Politika ve Ulusal Sağlık Enstitüsü (INSABI) ile değiştirdi (**González Block ve ark.,2020**).

Kamu sağlık harcamaları, toplam finansmanın %58'ini oluştururken, özel katkılar çoğunlukla cepten ödemelerden oluşmaktadır. Özel sektör, faaliyetlerini bağımsız olarak sürdürürken, Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenmektedir. Meksika'nın sağlık sisteminin bu parçalı yapısı, sağlık sigortası olan kişilerin bile farklı hizmet paketlerinden yararlanmasına neden olmaktadır (**González Block ve ark.,2020**).

1.2.Finanman

Meksika gayrisafi yurt içi hasılasının ancak %5,8'ini sağlığa ayrılmaktadır, OECD ülkeleri ortalaması ise %9'dur. Bu harcamanın en zengin eyaletlere yoğunlaşmış olması hizmet kalitesi ve erişimde eşitsizliklere yol açmaktadır. Eşitsiz erişimin diğer bir nedeni de parçalı sağlık sisteminin yarattığı kamu kaynaklarının kullanımında tekrarlara ve verimsizliğe neden olmasıdır. Bu koordinasyon eksikliği tüm sağlık harcamalarının %10'unun idari harcamalara ayrılmasına neden olmaktadır (**OECD,2019**).



Şekil 1. Meksika'da COVID-19 öncesi hekim ve hastane yatak kapasitesi
Kaynak: IMF Working Paper

Toplam sağlık harcamasına kamu katkısı 2000 yılında %43,7 iken 2015'te SP uygulamasının da etkisiyle %53,8'e yükselmiştir. Bu artış, cepten yapılan harcamaların 2000'de toplam sağlık harcaması içindeki payının %53,9'dan 2015'te %41,3'e düşürülmesi sağlamıştır. Ancak, bu oran OECD ortalaması olan %19'dan çok daha yüksektir (**González Block ve ark.,2020**). Hane halkı giderleri içinde sağlık harcamalarının payı %4,0'dır ve sağlık harcamalarından dolayı fakirleşen nüfus 2000 yılında %3,3'ten on yıl sonra %0,8'e inmiştir. SP reformlarının cepten ödemelerde ciddi azalmaya neden olmasının temel nedeni pahalı hizmetlerin bir kısmının hâlâ SP kapsamında olmamasıdır ve bireyler bu hizmetleri alabilmek için cepten harcama yapmak zorundadır (**Ayataç ve Sur,2018**). Ayrıca kamu hizmetlerinde her zaman bakım için gerekli ilaç veya malzeme bulunmaması da hizmet alanların bu gereksinimler için son yıllarda hızla büyüyen özel sektöre yönlendirilmesine neden olmaktadır (**González Block ve ark.,2020**).

Sosyal sigorta sistemleri, işçi ve işveren katkıları ile devlet sübvansiyonlarından finanse edilmektedir. Bu sistemler, 2015 yılında, nüfusun %42'sinden fazlasını kapsasa da toplam sağlık harcamasının %30'u sosyal sigortadan karşılanmıştır. Halk sağlığı hizmetleri ise vergiler ve devlet gelirleri ile finanse edilmektedir. SP'yi finanse eden sistem ise federal devlet, eyaletler ve aile katkılarından oluşmaktadır. 2015 yılında toplam sağlık harcamalarının %24'ü bu sistemden yapılmıştır. Özel sağlık sigortası toplam sağlık harcamaların ancak %5'ini oluşturur (**González Block ve ark.,2020**).

1.3.Sağlık emek gücü

Meksika'da hem sağlık emek gücü hem de hizmetler anlamında çok ciddi sorunlar yaşanmaktadır. Meksika, sağlık çalışanları ve özellikle hastane alt yapısı açısından OECD ülkeleri arasında oldukça düşük bir kapasiteye sahiptir ve ülke genelinde eşitsiz bir şekilde dağılmıştır. Meksika'da 230.922 hekim bulunmaktadır, 1.000 kişi başına düşen hekim sayısı OECD ülkeleri ortalaması 3,3 iken Meksika'da 1,9'dur (**Şekil 1**). Hekimlerin genel nüfusa göre yoğunlukları eyaletler arasında değişiklik gösterir; Meksika Eyaleti'nde 1.000 kişi başına 0,6 iken Mexico City'de 1,8'dir. Meksika'da 342 bin hemşire vardır. Hemşirelerin, 198.000'e yakını eğitilmiş iken geri kalanı lise eğitime sahip teknik personeldir. Hemşire yoğunluğu, OECD ortalamasının üçte bir altındadır ve 1.000 kişi başına 2,8'dir (**González Block ve ark.,2020**) (**Şekil 1**).

1.4.Fiziksel altyapı

Meksika'da 1.381'i (%30) kamu kurumları olmak üzere, toplam 4.341 hastane bulunmaktadır. Hastaneler kentsel alanlarda yoğunlaşmıştır ve sadece 46'sı (%3,3) kırsal yerleşim yerlerinde bulunmaktadır. Meksika'daki 2.960 özel sektöre ait hastanenin yalnızca, 94'ü elli ve daha fazla yatak kapasitesine sahiptir, geri kalanı daha küçük kuruluşlardır. Hastanelerdeki toplam yatak kapasitesi 1.000 kişi başına 1.56 iken sadece kamuya ait olanlar dikkate alındığında 0.76'dır. Mexico City'deki devlet hastaneleri için yoğunluk 1.000 kişi başına 1,8 yataktır (**Şekil 1**). Ulusal düzeyde yatak yoğunluğu 2000 ile 2014 yılları arasında %4,5 azalmıştır (**González Block ve ark., 2020**). Hastane bakımı, her sigorta kurumu ve özel sektör tarafından kendi altyapılarına ve bakım seviyelerine göre sunulur. Çoğunlukla daha genel hizmet veren ikinci basamak ve oldukça uzmanlaşmış

üçüncü basamak hastaneler tarafından hizmet sunulur. Özel hastaneler ülkedeki yatak kapasitesinin %24,3'üne sahiptir ve tüm hastane taburcularının %25,1'inden sorumludur. Meksika'da yüksek maliyetli tıbbi teknoloji sıkıntısı vardır. Örneğin, milyon kişi başına manyetik rezonans görüntüleme cihaz sayısı 2,6 iken bu sayı Brezilya'da 6,8 ve OECD ortalaması 15,6'dır (**González Block ve ark.,2020**).

1.5. Birinci basamak sağlık hizmeti

Birinci basamak sağlık hizmetleri, her biri ayrı hiyerarşik ağlar içinde işleyen, Sağlık Bakanlığı, sosyal sigorta ve özel sağlık hizmetlerinden oluşan geniş ama yine de sınırlı bir ağ aracılığıyla sağlanır. Kamu sektörü birinci basamak sağlık kurumları, dış bakımı, aşılama, aile planlaması, doğum öncesi bakım ve pediatrik bakımın yanı sıra, sağlığı geliştirme faaliyetleri de dahil olmak üzere çok çeşitli hizmetlerin sağlanmasına katkıda bulunur. Özel sektör birinci basamak hizmetinin odağı tedavi edici tıbbi bakımla sınırlıdır (**González Block ve ark.,2020**).

Kamu kurumları tarafından işletilen 21.000'den fazla birinci basamak sağlık biriminin %67,3'ü Sağlık Bakanlığı'na, %20'si IMSS Bienestar'a, %5,2'si IMSS'ye ve %4,8'i ISSSTE'ye aittir. IMSS-Bienestar, kırsaldaki yoksullara ayrı bir klinik ve hastane ağı aracılığıyla temel sağlık hizmeti sağlamak için IMSS tarafından finanse edilen federal bir programdır. Bunların dışında çoğunluğu eczanelere bitişik muayene odaları (5844) olmak üzere, toplam 6735 özel birinci basamak kurumu ve 60.000'e yakın özel muayenehane vardır ve buralarda genellikle tek bir hekim (genel pratisyen ya da uzman) çalışmaktadır. Kamu sektöründeki birinci basamak kliniklerinin %46,7'si (9.931) kırsal alanlarda iken %41'i (8.736) kentsel alanda yer almaktadır. Geri kalanı ise Tıbbi Bakım Programının Güçlendirilmesi (eski adıyla Mobil Tıbbi Birimler) ve Gezici Ekipler gibi gezici sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır. Bu tür birimler, sağlık hizmetlerini coğrafi konum itibarıyla, erişilmesi zor olan topluluklarda yaşayan insanlara ulaşmayı amaçlamaktadır Birinci Basamak Bakım Hizmetleri Gözlemevi Raporu'na göre, 2012 yılında birinci basamak sağlık birimlerinin yalnızca %1,1'inin klinik laboratuvar hizmeti ve %0,5'inin çoğunlukla kentsel alanda olmak üzere, görüntüleme hizmetleri vardır (**González Block ve ark. 2020**).

IMSS'de birinci basamak sağlık hizmeti, kurum tarafından eğitilmiş aile hekimleri tarafından yürütülür ve evlerine nispeten yakın topluluklarda bulunan birinci basamak birimlerinde sunulur. Sağlık Bakanlığı birimleri ise daha az gelişmiş toplu-

luklarda sosyal hizmetlerle birlikte, genel pratisyenler aracılığıyla birinci basamak sağlık hizmeti sağlar. Birinci basamak sağlık kurumlarında sunulan hizmetin yalnızca %9,5'i koruyucu hizmet niteliğindedir. Birinci basamak kurumlarında hasta muayenesi genellikle 15 dakikadır, bu süre ancak kısa görüşme ve reçete yazmak için yeterlidir ve bu da sunulan hizmetin geçici, kısa ve sadece tedavi edici ağırlıklı hale getirir. Kamu birinci basamak kurumlarında ayakta hasta bakımına odaklanan hizmet, tedavi ağırlıklıdır, koruyucu hizmetler azdır ve hizmetin sürekliliği mevcut değildir. Teorik olarak, kamu ve özel kurumlarda birinci basamak sağlık hizmetleri açısından evrensel kapsama varken, özellikle en savunmasız olanlar için hizmet sunumunda eşitsizlik vardır (**Aranda,2014**).

2. Meksika'da COVID-19 Pandemisi

Meksika'da 9 Şubat 2021 itibarıyla, resmi olarak açıklanan 1.946.751 doğrulanmış olgu, 168.432 ölüm vardır (**AS-COA, 2021**). Meksika'da Mart ve Kasım 2020 ayları arasında gerçekleşen tüm ölümler, önceki yılların aynı dönemine kıyasla normalden en az 230.800 daha fazladır ve aynı dönemde 98.259 COVID-19'a bağlı ölüm bildirilmiştir. Aradaki sayısal farkın COVID-19 ölümlerinin iki katı olduğu saptanmıştır (**SIGNOSVITALES 2020**).

Aşırı ölümler açısından ülkeler arasında daha karşılaştırılabilir bir ölçüt P-skorudur. Bu ölçüt, 2020-2021 yıllarındaki ölüm sayısının, 2015-2019 yılları arasında aynı dönemdeki ortalama ölüm sayısına bölünerek elde edilen ve yüzde olarak ifade edilen değerdir. Örneğin, bir ülkenin 2020'de belirli bir haftada %100 P skoru varsa, bu o haftanın ölüm sayısının önceki beş yıla göre aynı haftadaki ortalama ölüm sayısından %100 daha yüksek olduğu anlamına gelir. Meksika'da P skoru Nisan 2020 sonunda %60'ı geçmiş, temmuz ayında %100'e ulaşmış, Ekim sonunda %40'lara düşse de Ocak 2021'de %80'lere yükselmiştir. Tüm bu dönemde COVID-19'un yaygın olduğu, Brezilya, ABD gibi ülkelerin P değerleri %40'ın üzerine hiç çıkmamıştır (**ourworldindata,2021**).

Vaka Ölüm Oranı (CFR), doğrulanmış ölümler ile doğrulanmış vakalar arasındaki orandır. Mayıs 2020'nin ilk haftalarından itibaren CFR %10'u aşmış, Kasım 2020 ortalarına kadar bu civarda devam etmiş, sonrasında hafif bir azalma olsa da Mart 2021'de %8,8 ile hâlâ pek çok ülkeden yüksek seyretmektedir (**ourworldindata,2021**).

Meksika, dünyanın en kötü etkilenen ülkeleri arasında yer alırken, teyit edilen olgu sayılarının da eksik bildirildiği düşünülmektedir. Şubat 2021 itibarıyla, ülkenin korona virüs test oranı Latin Amerika'daki en

düşükler arasındadır. Bölgede; Şili 1.000 kişi başına 423,1 ile en yüksek test oranına sahip iken, ABD'de 1.000 kişi başına 905,6, Meksika'da ise 1.000 kişi başına 33,8 olarak gerçekleşmiştir (**AS-COA, 2021**). Bundan sonraki bölümlerde Meksika'nın pandemiye yanıtı; önleme, kontrol süreçleri, sağlık sisteminin yanıtı, yaşanan sorunlar ve eşitsizliklere etkileri başlıkları altında açıklanacaktır.

2.1.Önleme ve kontrol süreci

İlk COVID-19 olgusu, 28 Şubat 2020'de Mexico City'de 35 yaşındaki bir erkek hastada doğrulandı, 17 Mart tarihine kadar doğrulanmış olgu sayısı 93'e yükseldi. Koronaya bağlı ilk ölüm ise 18 Mart 2020'de 41 yaşındaki diyabetli bir erkek olgu olarak rapor edildi. Ancak ölen olguda seyahat öyküsü olmadığı için yerel yayılım kaynaklı kabul edilmesine rağmen, Meksika Hükümeti 24 Mart tarihine kadar hastalığın toplum içinde yayılımını kontrol etmek için herhangi bir uygulamayı hayata geçirmede (**AS-COA, 2021**). Hükümet, Meksika'daki ilk COVID-19 olgusunun tespitinden sonra ciddi bir gecikmeyle kurumsal olarak harekete geçebildi. Anayasa ve Genel Sağlık Yasası uyarınca, acil sağlık durumlarında, Genel Sağlık Konseyi'nin oluşturulması, toplanması ve önlemleri açıklayıp uygulaması gerekirken, Genel Sağlık Konseyi ilk olgudan 20 gün sonra toplandı ve Meksika'daki COVID-19'a bağlı salgını ciddi ve öncelikli olarak kabul edebildi (**SIGNOSVITALES 2020**). Meksika için Genel Sağlık Konseyi, COVID-19 gibi krizlere yanıt vermek için oluşturulan bir yapıdır. Sağlık Bakanı, kabine üyelerinin çoğu, dahili ve cerrahi dallardan akademisyenler, ilaç ve tıbbi cihaz endüstrisi temsilcileri ve ülkenin dört bölgesini temsil eden beş eyaletin sağlık bakanından oluşur. Bu kurul bilgiye dayalı teknik kararları etkin bir şekilde alabilmek için kamu ve özel sektör koordinasyonuna izin verecek şekilde tasarlanmıştır. Kararları hükümet ve toplum için bağlayıcıdır ve gerekirse bürokrasiyi de azaltabilir. Genel Sağlık Konseyi, 2009'da A-H1N1 grip salgınına büyük bir başarıyla ele alarak, kurumsal tasarımı sayesinde etkili ve zamanında müdahaleyi kolaylaştırmıştır. Ancak, López Obrador, başlangıçta bu mekanizmaları hiç kullanmamayı ve bunun yerine sezgisine ve sadece birkaç danışmanına güvenmeyi seçmiş, Genel Sağlık Konseyi'ni ancak, 19 Mart'ta toplamıştır (**blog.bakerinstitute, 2020**).

Sağlık Bakanlığı'nın topluma yönelik ilk uygulaması 20 Mart'ta güvenli mesafe olan iki metrelik fiziksel mesafeyi hatırlatmak amacıyla, "Susana Distancia" adını verdiği bir çizgi karakter oluşturmak oldu. Sağlıklı bir mesafe ifadesinin İspanyolcası olan "Mantengan su sana distancia" dan yola çıkılarak

geliştirilen çizgi karakter, sosyal medyada hızla viral oldu ve risk iletişimi açısından etkili bir uygulama olarak kabul edildi. Ancak aynı dönemde siyasi bir mitingde Başkan Andres Manuel Lopez Obrador'un el sıkışıp bir çocuğu öpmesi, hükümetin kendi süper kahramanının sağlık tavsiyesine uymaması şeklinde eleştirilere neden oldu (**dw, 2020a**).

24 Mart'ta Genel Sağlık Konseyi tarafından yayımlanan bir kararla Hükümet, salgının ülke içinde yayılmaya başladığını kabul etti ve DSÖ'ye göre salgının ikinci aşamaya geçtiğini açıklayarak, 100 veya daha fazla kişinin katıldığı halka açık toplantıları askıya aldı. Buna ek olarak, Maliye Bakanlığı, eyaletler ve belediyelerle koordinasyon sağlanması ve binlerce sağlık çalışanının görevlendirilmesi gibi önlemler için 180 milyon dolar destek sağlayacağını açıkladı (**AS-COA, 2021**).

Olgu sayısının 1.000'i geçip, ölüm sayısının 28'e ulaştığı 30 Mart akşamı, Ulusal Sağlık Acil Durumu ilan edildi. Sağlık Bakanı López-Gatell, aynı tarihte "temel olmayan" tüm faaliyetlerin askıya alındığını ve 50'den fazla kişinin bir arada olamayacağını duyurdu. Buna ek olarak, 60 yaşından büyük, hipertansiyonu ve/veya diyabet hastalığı olanlar ile hamilelerin kendilerini karantinaya almalarını, bu durumun temel faaliyetlerde çalışan kişiler için de geçerli olduğunu açıkladı (**Reuters,2020**). Ancak bu temel faaliyetler, şüphelere, yorumlara ve kafa karışıklığına neden olacak şekilde çok genelleştirilmiş bir şekilde tanımlandı (**SIGNOSVITALES 2020**). Aynı dönemde, Başkan Lopez Obrador kötü olan Meksika ekonomisinin daha büyük darbe alacağı endişesiyle bölgedeki diğer ülkeler karantina kararı almasına rağmen böyle bir uygulamaya geçmedi (**Reuters,2020**).

Nisan 2020'nin üçüncü haftasında, ülkede 712 COVID-19'a bağlı ölüm, 8.772 olgu ve günlük 511 yeni olgu bildirildi. Ancak, López-Gatell sentinel gözetime dayalı yapılan matematik modellemeye göre aslında ülkede 55.951 COVID-19 hastası olduğunu açıkladı (**USNews,2020**). Sentinel Gözetim Modeli, rutin ve sistematik olarak belirli sayıdaki birimden veri toplanmasını içerir. Bu model, salgın yayılımı için temel göstergelerin izlenmesini dikkate aldığı için DSÖ tarafından zamanında ve kaliteli veri toplamanın en etkili yolu olarak kabul edilmektedir. Sentinel model, olası tanıların doğrulanması için ağır solum hastalığı olan hastalardan alınan laboratuvar örneklerini eyalet laboratuvarlarına gönderen, tüm bakım düzeylerinde ulusal sağlık sistemini temsil eden 475 birinci basamak sağlık biriminden oluşan

bir örneğe dayanmaktadır. Bu model, ülkenin tüm bilgilerini entegre eder, kayıt tutar ve günlük olarak hastalığın gelişimi ile ilgili göstergeleri üretir, ancak ülkedeki yeni bir virüsün yaygınlığını tahmin etmek için tasarlanmamıştır (**Domingez ve ark.2020**). Sentinel model diğer ülkelerde de virüsün bulaşının toplumdaki seyirini izlemek için kullanılsa da kullanımıyla ilgili uluslararası fikir birliği, bu modelin yalnızca zaten hakkında bilgi sahibi olunan ve nasıl davrandığı bilinen bir virüsten kaynaklanan salgınlarda kullanılması gerektiğidir. Pan Amerikan Sağlık Örgütü (PAHO), olguları tespit etmek ve uygun önlemleri alabilmek için Meksika için testlerin uygulanmasını hızlandırmaya çağırdı, ancak, bu seçenek izlenmedi (**SIGNOSVITALES 2020**).

Hükümet, 21 Nisan'da, olgularda ve hastaneye yatışlarda hızlı bir artış olduğu üçüncü aşamaya girildiğini duyurduğunda ikinci aşamada uygulanan fiziksel mesafe önlemlerinin devam edeceğini, temel olmayan işlerle uğraşan ve henüz kapanmamış tüm şirketlere kapanma çağrısında bulundu. Meksika'nın solcu lideri Lopez Obrador ülkenin, dünyanın dört bir yanındaki diğer ülkelerin uyguladığı sokağa çıkma yasakları gibi "otoriter" önlemleri uygulamayacağına söz vererek var olan kısıtlamaların 30 Mayıs'a kadar uzatıldığını ilan etti (**usnews, 2020**). Mayıs ayının üçünde López-Gatell, Meksika'nın artık testler üzerinden izlemeye odaklanan Sentinel Gözetim tekniğini de takip etmediğini, bunun yerine, hastane doluluğu ve mevcut yataklara dayalı bir yöntemle yöneldiğini açıkladı. Meksika Hükümeti, 13 Mayıs 2020'de «yeni normal» döneme geçiş için üç aşamalı açılış planını duyurdu ve 18 Mayıs'ta ilk aşamayı başlattı. Bu aşama, doğrulanmış COVID-19 olmayan "umut belediyeleri" olarak adlandırılan, 300'den fazla kasabanın yeniden açılması için yeşil ışık yaktı. Bir hazırlık döneminden sonra, 1 Haziran'da hükümet, renk kodlu bir sisteme dayalı olarak sosyal, eğitimsel ve ekonomik faaliyetlerin yeniden açılmasını belirlemek için ülkenin 32 eyaletinin her birinde düzenli bir değerlendirme sistemi başlattı. Kırmızıdan yeşile kadar olan trafik ışığı sistemine dayalı olan bu sistemde bölgelerin haftalık epidemiyolojik risk durumları değerlendirilmeye başlandı (**AS-COA, 2021**). Kırmızı, yani maksimum seviyede; yalnızca temel faaliyetler gerçekleştirilebilir, yüksek riskli bireyler üzerindeki kısıtlamalar devam etmekte, okullar kapalı, kamusal alanlarda etkinlik yapılamaz olarak tanımlandı. Turuncu, yani yüksek seviyede; temel olan ve olmayan işgücü faaliyetlerine belirli sınırlamalarla izin verilir, yüksek riskli kişiler için bazı kısıtlamalar geçerli, okullar kapalı, kamusal alanlarda faaliyetlere izin verilir, ancak kapalı

alanlardaki faaliyetler tamamen askıya alınmıştır. Orta seviye olan sarıda; tüm ekonomik faaliyetler güvenlik protokolleri takip edilerek gerçekleştirilebilir, yüksek riskli bireyler üzerindeki bazı kısıtlamalar devam etmektedir; okullar kapalı, kamusal alanlarda faaliyetler olabilir, kapalı alanlar kısıtlamalarla çalışabilir. En düşük seviye olan yeşilde ise tüm eğitim, emek, ekonomik ve sosyal faaliyetler kısıtlama olmaksızın devam edebilir (**Rodrigue PS and Villalpando Badillo NM, 2020**). Bu renklerin belirlenmesinde yeni olgu sayılarındaki eğilim, hastanede doluluk eğilimleri, mevcut hastane doluluk oranları ve pozitif olguların yüzdesi olmak üzere, dört ölçüt kullanılmaktadır (**USEmbassy,2021**). Haziran 2020 sonuna gelindiğinde, 32 eyalet arasında sarı ve yeşil düzeyinde hiç bir eyalet yoktu ve ülkenin tümü kırmızı ve turuncu düzeyindeydi (**Rodrigue PS,2021**).

Meksika, 2020'yi kırmızı alarm seviyesinde sadece üç eyaletle bitirdiği ve 2021 yılının başında beş eyaletin kırmızı olduğu göz önüne alındığında, yılın ilk haftalarında ülkenin çeşitli yerlerinde bulaşma ve hastaneye yatışlarda keskin bir artış olduğu açıktır. Şubat 2021'in ilk haftasında ise kırmızı alarm seviyesinde 13, turuncu alarm seviyesinde 17, sarı alarm seviyesinde iki eyalet varken, yeşil düzeyinde yerleşim yeri bulunmamaktadır (**AS-COA, 2021**).

2.2.COVID-19 aşılama süreci

Lopez Obrador hükümeti, sağlık çalışanlarına odaklanan ilk aşama ile Aralık 2020'de başlayan beş aşamalı aşılama planını ayın sekizinde duyurdu. Bu plana göre, yaşa dayalı olarak devam edecek programın ikinci aşamasında 80 yaş ve üstü kişilerin, Şubat ve Mart 2021'de 60 yaş ve üstü olanların, üçüncü aşama olan, Nisan ve Mayıs aylarında 50 ila 59, ardından 40 ila 49 yaş arasında olanların aşılama sürecini açıkladı. En son aşamada ise 40 yaşın altındakilerin Haziran ayından başlayarak Mart 2022'ye kadar aşılama süreci öngörülmüyordu. López-Gatell, aşının yaygınlaştırılmasında silahlı kuvvetlerin yardım edeceğini de açıkladı (**AS-COA, 2021**).

Meksika, 11 Aralık'da, Pfizer aşısının kullanımına izin veren dünyadaki dördüncü ve Latin Amerika'daki ilk ülke oldu. Ülkede 3.000 dozluk Pfizer-BioNTech aşısının ilk sevkiyatının ardından, 1,4 milyon sağlık çalışanı 24 Aralık'ta aşılama sürecine başlandı. Meksika'nın 2021'de gelmesi için 27 Aralık itibarıyla alımı için anlaşma imzaladığı aşı dozları bir hükümet sözcüsü tarafından tweeter'dan kamuoyuna açıklandı; 34 milyon doz Pfizer (iki dozluk bir aşı), 77,4 milyon AstraZeneca (direk üretici firmadan alınacak), 35 milyon doz CanSino (tek doz) ve WHO'nun çok taraflı

Tablo1. Meksika Devlet Başkanı'nın açıklamaları ve aynı günlerdeki COVID-19 olgu sayıları

Tarih	Lopez Obrador'un Açıklamaları	COVID-19 olgu sayısı
28 Şubat 2020	"Koronavirüs ışığında sakinleşin"	1
04 Mart 2020	"Sarılmalısın, hiçbir şey olmuyor"	5
18 Mart 2020	"Düşmanı durdur, İsa'nın kalbi benimle"	118
22 Mart 2020	"Dışarı çıkmayı bırakma"	315

Kaynak : *SÍGNOSVITALES 2020.*

COVAX planı aracılığıyla 51,5 milyon doz aşı. Ocak ayı başında Meksika, AstraZeneca Oxford aşısının kullanımını onayladı. Ancak yaz aylarının ortasında Meksika Hükümeti, Arjantin ile ortaklaşa iki ülkenin bu aşığı üreteceğini duyurmuştu. Bölge genelinde paylaşılacak 250 milyon doza ulaşabilen üretimin, AstraZeneca ile ortaklaşa milyarlar Carlos Slim tarafından finanse edileceği açıklanmıştı. 20 Ocak'ta, iki dozlu AstraZeneca aşısını üretecek aktif madde, Mart ayı sonlarında kullanıma hazır olacağı tahmin edilen 6 milyon doz üretmek için Arjantin'den Meksika'ya geldi. López Obrador, 24 Ocak'ta Rusya lideri Vladimir Putin ile görüştü ve iki lider Moskova'nın önümüzdeki aylarda Meksika'ya 24 milyon doz Sputnik V aşısı göndermesi konusunda anlaştı. Bu aşıyla ilgili şeffaflık endişelerinin ardından, The Lancet'teki 2 Şubat tarihli bir makale, %91,6'lık etkinlik oranını destekledi. Aynı gün, Meksika Sputnik V'e acil durumlarda kullanım yetkisi verdi (**AS-COA, 2021**).

Hükümet, 2 Şubat'ta, 60 yaş ve üstü kişilerin randevu almalarına izin veren çevrimiçi bir platform başlattı, ancak bir kullanıcı selinin ortasında teknik sorunlarla karşılaştı. Bir hafta içinde yaklaşık dört milyon kişi kaydoldu. Yaygınlaştırma planına rağmen, aşılar, büyük ölçüde Pfizer'den olmak üzere, aşı tedariklerinin sevkiyatlarındaki yavaşlama nedeniyle çok yavaş uygulanabildi. 8 Şubat itibarıyla, sadece 718.000 doz uygulanmıştı. Tedariklerin azalmasıyla Meksika, bir dizi aşı üreticisi ile sözleşme imzalamaya çalıştı, 9 Şubat itibarıyla ülke beş aşığı onaylamıştı: Pfizer, AstraZeneca, Sputnik V, CanSino ve SinoVac. ve ek olarak, CureVac, Johnson & Johnson ve NovaVax, Şubat ayından itibaren Meksika'da klinik deneyler yürütmeyi planlıyordu (**AS-COA, 2021**). Aşı alım çabalarına rağmen, hâlâ Meksika'da aşılama oldukça yavaştır, 24 Mart 2021'de nüfusun ancak %4.15'i aşılanabilmiştir (**ourworldindata, 2021**).

2.3.Önleme ve kontrol süreçlerinde yaşanan sorunlar

Pandeminin başından beri, Meksika Hükümeti tarafından izlenen strateji virüsün yayılmasına, yalnızca şiddetli semptomlulara müdahale edilmesine ve salgının sonraki aşamalara hızla ilerlemesine izin veren bir yaklaşımdı. Bu strateji, pandemi boyunca günümüze kadar, hatta en kritik aşamalarda da devam etti. Pandemiye tek elden ve hızlı kararlar alarak yürütmesi görevi tanımlanan ve 2009'da ki H1N1 salgınında çok etkin bir hizmet vermiş olan Genel Sağlık Konseyi'nin hem toplanması hem de ilk politika belgesini yayımlaması oldukça geç olmuştur. Bununla birlikte, Genel Sağlık Konseyi'nin işleyişini etkileyen ve çoğunluğu da siyasal müdahalelerden kaynaklanan düzensizlikler, salgına verilen yanıtın heterojenleşmesine katkıda bulunmuştur. Salgının başından, 15 Haziran 2020'ye kadar yayımlanan COVID-19 pandemisine yönelik tüm politika belgelerini (182 adet) değerlendiren bir çalışmanın sonuçlarına göre, farklı sağlık hizmeti sağlayıcılarının politika, kılavuz ve tavsiyeleri arasında uluslararası ve ulusal uyumsuzlukların olduğu saptanmıştır (**González ve ark,2021**).

Özellikle Lopez Obrador'un pandemiyin ilk dönemlerindeki açıklamaları ve davranışları halkın hastalığın ciddiyeti, yayılımı ve önlenmesi ile ilgili kuralları hafife almasına neden olduğu bildirilmektedir. Sağlık yetkilileri ile Devlet Başkanı'nın ifade ve tutumlarının çelişmesi, alınan önlemlere güvensizliği daha da artırdı. Lopez Obrador'un bazı konuşmalarında verdiği mesajlar ve aynı günlerdeki olgu sayıları Tablo1'de görülmektedir.

Halk sağlığı kampanyaları, yalnızca fiziksel mesafeyi veya evde kalmayı öneren ulusal düzeyde yayımlanan "tavsiyeler" di. Bunlar birçokları için kafa karıştırıcıydı, çünkü önce kesin olarak evde kalmak ve sonra da sadece fiziksel mesafe olarak tanımlanan kısıtlamalar halk arasında belirsizlik duygusu yarattı. Ek olarak, evde kalma veya fiziksel mesafe kurallarına uyum ile ilgili mesajlar ve tanımlamalar

siyasi partiler ile yerel ve federal hükümetler arasında farklılaştı. Hem evde kalma hem de fiziksel mesafe kuralları, Meksika'da çoğu insanın enformel sektörde (yani; tüccar, temizlikçi vb. gibi) olarak çalıştığı ve fiziksel olarak mesafeli olamadığı ve evde kalmaktan kaçamadığı gerçeğini ihmal etmekteydi. Bununla birlikte, tavsiyelere sıkı bir şekilde uymak asla bir hedef olarak tanımlanmadığından, yalnızca evden çalışma kapasitesine sahip nüfus yönergele-re bağlı kalabilmiştir. Bunlara ek olarak, bulaşma riski yüksek olan aşırı kalabalık yerler için yayımlanan rehber ve kısıtlamalar oldukça azdı. Sonuç olarak, bu durum pazarlar ve metro gibi kalabalık yerlerden kaynaklı birkaç salgına yol açtı. Tüm kurumlar işyeri politikaları oluştururken, kayıt dışı sektördeki işyerleri için kural ve politikalar oluşturulmamıştır. Meksika'da nüfusun neredeyse %60'ının kayıt dışı sektörde çalıştığı dikkate alındığında, kayıt dışı sektörde çalışan geniş bir nüfusun ciddi risk altında olduğu bildirilmektedir (**González ve ark.2021**).

Meksika'daki yerli halklarda COVID-19'u önleme ve hafifletme çabaları, genel nüfusta uygulananlarla aynı olmuştur ve çoğunlukla "evde kal", fiziksel mesafe, el yıkama ve hijyen önlemlerini içeren bilgi aktarımına dayalı mesajlar şeklindedir. Ancak, Meksika'da nüfusun %13'ünü oluşturan Yerli Halklar'ın 11,8 milyonu yoksulluk ve aşırı yoksulluk içindedir. Ulusal Sosyal Kalkınma Politikasını Değerlendirme Konseyi, 2018'de Yerli Halklar'ın 3,7 milyonunun eğitime ve 1,9 milyonunun sağlık hizmetlerine erişimde, 9,4 milyonunun sosyal güvenliğe erişimde, 3,8 milyonunun yemeğe, 3,4 milyonunun konut kalitesi ile mekânda ve 6,9 milyonunun temel konut hizmetlerinde yoksunluk içinde olduğunu bildirmiştir. Ayrıca, Yerli Halklar'ın %12,8'inin şebeke suyuna, %26,9'unun atık alt yapısı hizmetlerine erişiminin olmadığı, evlerin %13,9'unun kirli zeminlere sahip olduğu saptanmıştır. Sürekli el yıkama gibi önleyici eylemler esas olarak kentsel bağlamlarda işe yaramış olsa da (WHO, 2020), şebeke suyu, sabun ve kanalizasyon sistemine sınırlı erişimi olan Yerli Halklar'da, bu çözümlerin uygulanmadığı bildirilmektedir (**León-Martínez ve ark.2020**).

Salgının ilerlediği dönemde, Sağlık Bakanlığı yetkililerince, izleme stratejisi olarak kullanılan test sayısının artırılmayacağına belirtilmesi en çok eleştirilen konulardan biri olmuştur. Sağlık Bakanlığı Müsteşarı López-Gatell, 27 Mayıs 2020'de test uygulamanın maliyetli ve faydasız olduğunu senatörlere yaptığı bir toplantıda tekrarladı. Bu açıklamanın yapıldığı tarihten 10 gün önce, 128 milyon insanın yaşadığı Meksika'da yapılan test sayısı 401.755 iken, Rusya'da 24,8 milyon, İngiltere'de 6,7,

İspanya'da 4,4 milyon idi. Meksika'da milyon kişi başına düşen test sayısı 16 Haziran 2020'de yalnızca 3,221 iken, aynı tarihte Meksika, vaka ölüm oranlarında 7. sırada yer almasına rağmen, test oranı değerlendirilen 215 ülke arasında 147. sıradaydı (**SIGNOSVITALES 2020**). Dominguez ve ark. (2020) yüksek fatalite oranının, testlerin az yapılmasıyla ilgili olabileceğini, ancak bu kadar az test yapılıyor olmasının da sadece hastaneye yatan hastalara test yapılmasıyla da ilgili olduğunu bildirmiştir (**Dominguez ve ark.2020**). Bu durum hastaların bulunması, izole edilmesi gibi bulaşın engellenmesine yönelik halk sağlığı etkinliklerinin etkin olarak gerçekleşmediğinin de bir göstergesidir.

Meksika Hükümeti'nin salgın yönetimi ile ilgili güvenilirliğini sorgulatan tek uygulama test yapma stratejisinden vazgeçmesi değildir. Sağlık stratejisi sözcüsü; ulusal düzeyde enfekte olanların ve temaslılarının takibinin yapıldığını belirtmesine rağmen, pandeminin birinci ve ikinci aşamalarında olası temasları sınırlandırmak için ne gibi önlemler alındığı bilinmemektedir. Bazı eyaletlerin sözcüleri, enfekte ve temaslıların takiplerini doğrulamakla birlikte, kamuya açık veri ve istatistikler paylaşılmamıştır. Diğer taraftan salgının başından beri yetersiz tanılar olduğu ve bu nedenle de enfeksiyonun eksik bildirildiği sıklıkla belirtilmiştir. Ayrıca, pek çok ölüm nedeninin raporlarda atipik pnömoni olarak yazılması şüpheleri artırmıştır. Eyaletlerin açıkladığı ölüm sayıları ile Federal Hükümetin açıkladıkları arasında farklar olması da verilerin inandırıcılığı hakkında soru işaretlerinin oluşmasına neden olmuştur (**SIGNOSVITALES 2020**).

2.4.Sağlık hizmeti sunumu

Salgının başladığı dönemde (28 Şubat 2020) ülke çapında eyaletler, halkın soruları veya şüpheleri olması durumunda ve özellikle solunum hastalığı semptomları olanlar veya yüksek riskli gruplarda değerlendirilenlere danışmanlık hizmeti vermek için doğrudan telefon hatları oluşturdu. Hafif olan vakaların evde kalmaları, semptomları varsa birinci basamak hekimlerine danışmaları ve yalnızca semptomlar devam ederse veya kötüleşirse hastaneye gitmeleri önerildi. Mart ayının üçü itibarıyla, COVID-19 nedeniyle hâlâ hastaneye yatış olmamıştı. Bu nedenle, Sağlık Bakanlığı sadece COVID-19 Hasta Bakım Kılavuzlarını geliştirip yenilemeye odaklandı. Mart'ın 24'ünde pandeminin ikinci evresine girildiği kabul edildikten sonra, Sağlık Bakanlığı Meksika Silahlı Kuvvetleri'nin COVID-19 salgınıyla mücadele için ulusal çabalara katılacağını duyurdu. Bu amaçla, Ulusal Savunma Bakanlığı standart afet yardım protokollerini etkinleştirdi. Bu planlara tıbbi ve

hemşirelik uzmanları, gönüllü izolasyon merkezleri, kalıcı ve geçici hastaneler ve ulaşım lojistiği etkinlikleri eklendi. Ulusal Savunma Bakanlığı'na, yakın zamanda eyalet yetkililerinden Ulusal Sağlık Enstitüsü'ne (INSABI) devredilen 31 eyalet hastanesini yönetme görevi de verildi. Savunma Bakanlığı, Standart Afet Planlaması'na göre yaptığı uygulamaların yanı sıra, Hükümet, COVID-19 ile mücadelede özel hastanelerin katılımını istedi (**North American Observatory on Health Systems and Policies, 2020**). Aynı dönemde, tıbbi personel sıkıntısı göz önüne alınarak, pandemide görev yapmak üzere yoğun bakım, acil, dahiliye, göğüs hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları ve anestezi alanlarında uzman personel istihdam etmek için ulusal bir çağrı yapıldı. Amaç, yeni mezunlar ve çalışmaya geri dönebilen emekli doktorlardan oluşan iki farklı havuzdan 45.000 doktoru işe almaktır (**Inter American Bank, 2020**). Nisan ayına kadar, 6.500 doktor ve 12.600 hemşire pandemiyle mücadele etmek için çalışmaya başladı. Ancak bunların çoğu geçici izne ayrılan altta yatan sağlık sorunları ve riskleri olan personelin yerini alıyordu (**González Block ve ark. 2020**). Yine Nisan başında, Meksika genelinde 120 hastane güçlendirildi veya öncelikle COVID-19'lu hastalara hizmet sağlamak üzere yeniden dönüştürüldü (**North American Observatory on Health Systems and Policies, 2020**).

Nisan'ın 13'ünde Hükümet, Ulusal Özel Hastaneler Birliği ve 40'a yakın orta ölçekli hastaneyi gruplandırarak ticari bir dernek olan Meksika Hastaneler Konsorsiyumu ile "COVID-19'a Karşı Birlikte" (Juntos Contra COVID-19) anlaşmasını imzaladı. Bu anlaşma, 27 eyalette 146 özel hastanenin yatak kapasitesinin %50'sini (özel sektördeki toplam kapasitenin yaklaşık %10'u) tahsis etmesini taahhüt etmiştir. Anlaşma, 23 Nisan-23 Mayıs tarihleri arasında yalnızca bir ay sürdü ve COVID-19 ile ilgili olmayan hasta talebini, hükümet tarafından belirlenen fiyatlara dayalı bir ücret anlaşması yoluyla hafifletmeyi amaçlıyordu. Özel hastaneler doğum, hamilelik ve lohusalık, apendiks hastalıkları, fitiklar ve komplike mide ve duodenal ülserlerle ilgili hizmet sağlama görevi üstlendi (**North American Observatory on Health Systems and Policies, 2020**). Anlaşma yapılan özel hastanelerin çoğunluğu, büyük şehir merkezlerinde bulunmakta ve yoksullar ile küçük şehirlerde ikamet eden nüfusa çok az hizmet sunmaktadır (**González Block ve ark. 2020**).

Sağlık Bakanlığı 5 Nisan 2020'de, halk sağlığı birimlerini yeniden yapılandırmayı ve temel hizmetleri COVID-19 hastalarına odaklamayı amaçlayan kritik alanların yönetimi ile hastane desteğini belirleyen COVID-19 komitesinin kurulmasını tanımlayan,

Hastane Yeniden Dönüştürme Planını yayımladı. Bu plan, hem personel hem de hastalar için hastanelere ve kliniklere erişim için genel önlemlerin sağlanmasını, hastane yatak işgallerinin azaltılması ve mümkün olduğunda tele-sağlık hizmeti sunmak gibi tedbirleri içeriyordu. COVID-19 hastaları dışındaki hizmetler kısıtlanırken, gebelik ve doğum bakımı ile üreme sağlığı hizmetleri sunulmaya devam ediyordu. Meksika Sosyal Güvenlik Enstitüsü (IMSS) ve Ulusal Sağlık Enstitüsü (INSABI), hastanelerinde sigortalı olmayan COVID-19 nedenli kritik hastalara da hizmet verildi (**North American Observatory on Health Systems and Policies, 2020**).

Tüm bu çabalarla ülkede salgınla mücadele için 60.600 yatak ve 5.523 ventilatör kapasitesi oluşturulmuştur. Mayıs'ın 12'sine kadar, normal hastane yataklarının %34'ü, ventilatör yataklarının %28'i dolarken, en fazla olgunun görüldüğü bölgelerden biri olan Mexico City'de hastane yataklarının %70'i ve ventilatör yataklarının %57'si dolmuştur (**Inter American Bank, 2020**). Federal Sağlık Bakanlığı'ndan elde edilen bilgilere göre, tedavi için hastanelere yatırılan COVID-19 hastalarının %60'ının en fazla üç gün içinde öldüğü saptanmıştır. Bu verinin COVID-19 hastalarının oldukça ileri bir evrede hastaneye yatmış olabileceğini düşündürdüğü ileri sürülmektedir. Hatta bu bilgi geçerli kabul edildiğinde hastane yatakları hızla boşalacağı için hastane yatak doluluğu açısından sağlık sisteminde kapasite aşımına bağlı çökmenin bile olmayabileceği belirtilmiştir (**North American Observatory on Health Systems and Policies, 2020**).

Mart -Nisan 2020 döneminde, COVID-19 hastaları için geçici bakım merkezleri ve mobil hastanelerin sağlanması için teknik gereklilikleri içeren Geçici Bakım Merkezleri ve Mobil Hastaneler oluşturuldu. Geçici bakım merkezleri, şüpheli veya doğrulanmış COVID-19 hastaları ile diğer patolojileri arasında ayırım yapılmasını sağlayan birimler şeklinde, Korona Hastanesi olarak dönüştürülen hastanelerinin yanındaki alanlara ve park alanlarına kurulmuştur (**North American Observatory on Health Systems and Policies, 2020**).

Meksika Ulusal Bilim ve Teknoloji Konseyi, salgınların sonuçlarıyla mücadele etmeyi ve onları çevreleyen sağlık sorunlarını yönetmeyi amaçlayan kısa, orta ve uzun vadeli hedefleri olan 35'in üzerinde Ar-Ge projesini başlatmıştır. Bu girişimler temel olarak şu alanlara odaklanmaktadır; veri bilimi ve yapay zekâ araçlarının tasarımı; devlet hastaneleri için antiseptik jeli üretimi; kritik hastalar için ventilatör

tasarımı ve üretimi; sensörlerin ve teşhis kitlerinin geliştirilmesi. Sağlık yönetiminde ise yenilik olarak Mexico City için halkın kamu hastanelerinin uygunluğunu gerçek zamanlı olarak izlemesini sağlamak için çevrimiçi bir izleme sistemi geliştirmiştir (**Inter American Bank, 2020**).

2.5.Sağlık sisteminin pandemi yanıtında yaşanan sorunlar

Pandemi Meksika'yı "çalkantılı bir yeniden yapılanma sürecinin" ortasında iken yakaladı. Başkan López Obrador'un yönetimi, sosyoekonomik veya istihdam durumundan bağımsız olarak herhangi bir kişinin sağlık hizmetlerine etkili bir şekilde erişmesini sağlamayı amaçlamaktaydı (**Secretaría de Salud Blog, 2020**). Bu nedenle, 2019 yılında desantralize bir finansman yapısı olan SP'yi kaldırıp, merkezi hükümet yönetiminde evrensel halk sağlığı sistemi olan Ulusal Sağlık Enstitüsü (INSABI)'nü oluşturdu. Ancak INSABI'nın, yürütülmesi ile ilgili gerekli yapısal düzenlemeler gerçekleştirilemeden, bütçesi netleşmeden pandemi gündeme geldi. Ayrıca Lopez Obrador Hükümeti, yolsuzluklarla mücadele ve kemer sıkma programı çerçevesinde yürüttüğü çok sıkı maliye yönetim planını pandemi döneminde de sürdürdü. Sağlık hizmeti için ayrılan miktarın yaklaşık %60'ını harcadı (**blog.bakerinstitute ,2020**). Sonuçta sağlık hizmetlerinin finansmanında büyük bir mali kriz oldu. Durumu daha da karmaşık hale getiren şey, federal hükümet ile eyaletler arasındaki koordinasyon eksikliğiydi (**dw, 2020b**). López Obrador'un valileri ve belediye başkanlarını küçümsemesinin yanı sıra, Meksika Sağlık Yasası'nın federal hükümet ve eyalet hükümetlerinin yetkilerini açıkça tanımlamıyor olması bu sorunu daha da derinleştirdi. Bütün bunlara ek olarak, ülke çapında yaygınlaşmış ve sistematik bir birinci basamak sağlık hizmet yapısının olmaması, federal ve yerel yönetimler arasındaki siyasi sürtüşmenin bu yapının oluşturulması ile ilgili çabayı engellemesi de önemli bir sorun olarak tanımlanmaktadır (**blog.bakerinstitute ,2020**).

Pandemiler, genellikle halk sağlığı yanıtlarında bir kayma ve yeniden önceliklendirme yaratır. Bu salgında da en acil konu olan COVID-19'lu hastalara müdahaleye odaklanıldı. Bununla birlikte, ülke eş zamanlı olarak obezite, diyabet, kızamık ve şiddet gibi diğer yaygın hastalıklarla karşı karşıyaydı. Ancak, bu konulardaki ulusal ve uluslararası endişelere rağmen, evde kalma kampanyaları boyunca ve sonrasında topluma yardımcı olacak hiçbir beslenme veya egzersiz alternatifi geliştirilmemiştir; bağışıklama faaliyetleri kesintiye uğramış ve Meksika'daki COVID-19 salgını sırasında cinsiyete dayalı şiddet,

yaralanma ve bağımlılıklara yönelik hiçbir program geliştirilmemiştir (**González ve ark.2021**).

Meksika Hükümeti, Sağlığı Teşvik ve Hastalıkları Önleme Müsteşarlığı salgında nerdeyse bir yıl geçmesine rağmen, özellikle kronik ve dejeneratif hastalıklara yönelik sağlığı geliştirme ve müdahale alanında herhangi bir program yapmamıştır. Ülkenin sağlık sisteminin de bu duruma etkisi büyüktür. Pek çok ülkede artan kronik dejeneratif hastalıklara müdahalede yenilikçi yaklaşım, halk sağlığı sisteminin halkın katılımı ile yatay olarak güçlendirilen birinci basamak sağlık hizmeti temelinde yürütülmesi şeklinde değişirken, ülkede hâlâ dikey programlara dayalı bir biçimde tedavi edici hizmet odaklı olarak devam etmektedir (**Laurell,2020**). COVID-19 ölümleri, Ağustos ayında ülkedeki ölümler içinde dördüncü sıraya çıkmıştır. Ancak kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kanserler ilk üç sıradaki yerini korumaktadır. Hem önleme ve izlemeye yönelik birinci basamak sisteminin eksik olması hem de hastanelerin pek çoğunun COVID-19 hastalarına ayrılması ve hastanelerin yeniden dönüştürülmesi sürecinin uzun sürmesinin akut ve kronik hastalıklar için bakım almayı zorlaştırması nedeniyle bu ölümlerin azalmayacağını düşündürmektedir (**González ve ark.,2021**).

Sağlık sisteminin içinde olduğu mali kriz nedeniyle pandemi başlamadan önce bile, kamu hastanelerinde malzeme, ilaç ve personel eksikliği vardı. DSÖ, 2019 Aralık ayında salgını duyurmasına, ilk olgunun Şubat ayında çıkmasına rağmen, Hükümet bu eksiklikler konusunda hiç harekete geçmedi. Sağlık kurumları hızla artan hasta akışı, kişisel koruyucu malzeme eksikliğine neden oldu. Bu da personelin ve hatta hastaların protestolarına yol açtı. 'Mexicanos contra la Corrupción y la Impunidad' (Yolsuzluğa ve Cezasızlığa Karşı Meksikalılar) örgütü, eksikliklerin haritasını oluşturma ve sağlık çalışanı için malzeme eksikliğini protesto etme görevini üstlendi. Yapılan çalışmada, 220'den fazla hastanede sağlık çalışanını korumak için gerekli sağlık malzemelerinin yeterli olmadığı bildirildi. Bu nedenle, sağlık çalışanı tarafından IMSS ve yeni INSABI hastanelerinde, 31 Mart- 26 Mayıs 2020 tarihinde koruyucu malzeme talep eden yedi büyük protesto gösterisi yapıldı (**SIGNOSVITALES 2020**).

Bir araştırma şirketi olan MITOFISKY'nin, 4 Haziran 2020'de yayımlanan sağlık çalışanı anketinde, protestoların ankete katılanların görüşleriyle örtüştüğü görülmektedir. COVID-19 kriziyle başa çıkmak konusunda yetkililerin davranışının değerlendirildiği çalışmada, sağlık çalışanlarının %68'i López

Tablo 2: Bazı ülkelerdeki toplam ölüm ve sağlık çalışanı ölüm sayısı

Ülke	COVID-19'a bağlı ölümler	Sağlık çalışanı ölümleri	Sağlık çalışanı ölümü/COVID-19'a bağlı ölüm yüzdesi
Meksika*	14.649	385	2,63
ABD*	111.620	600	0,54
Çin**	4.645	23	0,50
Birleşik Krallık***	48.106	191	0,40
Peru****	3.024	26	0,86
Brezilya***	21.048	256	1,22

*9 Haziran 2020

***22 Mayıs 2020

**4 Haziran 2020

****20 Mayıs 2020

Kaynak: SİGNOSVITALES, 2020

Obrador'un çalışmalarını onaylamazken, %54'ü de Sağlık Müsteşarı Hugo López Gatell'i onaylamamaktadır. Öte yandan, %74'ü Cumhuriyet Hükümeti'nin sağlık çalışanına sağlanan destek konusundaki performansının kötü olduğuna inanmakla birlikte, %15'i iyi olarak nitelendirmiştir. Aynı ankette, sağlık çalışanlarının %86,9'u virüsü kapmaktan, %71,3'ü virüsten ölmekten korktuğunu belirtmektedir (**MITOFISKY, 2020**). Sağlık çalışanlarının COVID-19'dan ölme korkusu da temelsiz değildir. Özellikle sağlık çalışanlarında COVID-19 ölümlerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Tablo 2, Meksika, Amerika Birleşik Devletleri, Çin, Birleşik Krallık, Peru ve Brezilya gibi ülkelerdeki toplam ölüm sayılarını COVID-19 hastalarına bakan sağlık çalışanının ölüm sayılarıyla karşılaştırmaktadır (**SİGNOSVITALES 2020**).

Sağlık çalışanları ağır bir iş yüküyle mücadele ederken, bir taraftan da sosyal bir fenomen şeklinde gelişen bir davranış biçimi olan ayrımcılık ile de karşı karşıya kaldı. Sağlık kurumu içinde ve dışında, hatta evde izlenen hastaları ziyaretleri sırasında fiziksel ve sözlü saldırılara maruz kaldılar. Hatta bu saldırılar kolluk kuvvetlerinin müdahalesini gerektirecek düzeylere ulaştı (**Villalobo ve ark.2020**).

2.6. Pandeminin derinleştirdiği eşitsizlikler

COVID-19 salgını, oldukça uzun süredir Meksika için bilinen bir durumu çok daha açık hale getirmiştir; Yerli Halklar ve en savunmasız olanlar için öteleştirilme ve sağlık eşitsizlikleri devam etmektedir (**Ibarra-Nava ve ark.2021**).

Ülke genelinde mortalite verilerinin değerlendirildiği bir çalışmada tüm yaş gruplarında Yerli Halklarda mortalite oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hem Yerli Halk hem de yerli olmayanlarda erkeklerde mortalite daha yüksek iken yerli erkek ve kadınların yerli olmayanlara göre, daha fazla öldüğü bildirilmiştir. Toplum genelinde kamu sek-

töründe daha yüksek oranda ölüm gerçekleşirken, Yerli Halkların her iki sektörde de ölme olasılığı daha yüksek olarak bulunmuştur. Son olarak, komorbiditeleri ve risk faktörleri olan Yerli Halkların, yerli olmayanlara kıyasla daha yüksek bir oranda öldüğü saptanmıştır. Bu sonuçlar, Yerli Halkların COVID-19 için hizmete erişim ve bakımın kalitesi ile mortalite verileri arasında ilişki olabileceğini düşündürmektedir. Yerli Halkların sosyoekonomik ve sağlık koşullarında son yıllarda kaydedilen ilerlemeye rağmen, çoğu sigortasızdır veya özel sektöre kıyasla genellikle daha düşük kalitede olan kamu sağlık hizmetlerinden hizmet almak zorundadır. Ayrıca, bir çalışmada Meksika'da sağlık hizmetine gereksinimi olan Yerli Halkların sağlık hizmeti alma olasılığının daha düşük olduğu bulunmuştur. Mevcut COVID-19 salgını, dünya çapında sağlık bakım sistemlerini zorlamıştır. Bu nedenle, sağlık kaynaklarının adaletsiz dağılımı, hizmete erişimde de önemli rol oynayabilmektedir. Örneğin, Yerli Halk oranının yüksek olduğu belediyelerde, 100.000 kişi başına yalnızca 63 klinik, 31 yatak ve 86 doktor varken, Yerli Halk oranının düşük olduğu yerlerde, 100.000 kişi başına 377 klinik, 336 yatak ve 670 doktor bulunmaktadır. Dil engeli de yerel düzeyde hizmete erişimi etkilemektedir. Bu durum, özellikle daha yaşlı Yerli Halklar için geçerlidir ve bazı bölgelerde beş kişiden sadece birinin yerli dillerine ek olarak İspanyolca konuştuğu bilinmektedir (**Ibarra-Nava ve ark.2021**).

Göç, Yerli Halkın sağlığının sosyal bir belirleyicisidir. Göç fenomeni, yerli göçmenlerin sağlığı üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir. Yaşam koşullarını iyileştirmek isteyen Yerli Halklar, göç ettikleri şehirlerde yerli olmayan meslektaşlarından daha az ücretle ve güvencesiz (kayıt dışı) çalıştıkları için ayrımcılığa uğramakta, yardımlara ve sağlık hizmetlerine yetersiz erişmektedir. Pandemi sürecinde iş yerlerinin kapandığı düşünüldüğünde, göçmenlere

yönelik halk sağlığı sistemi ve planlaması ile koordineli bir yanıt olmadığında enfeksiyonun yayılmasına katkıda bulunan önemli bir diğer fenomenin, yerli nüfusun çalışma alanlarından kendi topluluklarına geri dönmesi olduğu açıktır. Bu nedenle, yerli halklara yönelik müdahalelerde sadece sağlık hizmetine ya da sağlık çalışanına sahip olmak yeterli değildir (**León-Martínez ve ark.2020**). Meksika Yerli Halkları ve diğer etnik azınlıklar için COVID-19 yanıtındaki eşitsizlikleri ele almanın ötesinde, sosyal ve sağlık adaleti sağlamak için, ekonomik, sosyal ve eğitimsel engellerin de ele alınması gerekir (**Ibarra-Nava ve ark.2021**).

Sonuç

Meksika'daki COVID-19 salgın mücadelesi, başından itibaren yalnızca şiddetli semptom gösterenlerin hastane ortamında karşılanarak müdahale edildiği, salgının önlenmesine ya da toplum üzerinde yarattığı sosyal ve ekonomik etkilerin görmezden gelindiği bir yaklaşımla sürdürülmüştür. Pandemi yönetimi, Devlet Başkanı'nın ve onun desteklediği sağlık yetkililerinin kararlarına dayalı olarak, yerel yönetim mekanizmalarını ve halkı karar alma mekanizmalarına dahil etmeyen bir yaklaşımla sürdürülmüştür. Özellikle pandemi yönetiminden sorumlu bilimsel danışmanlarla desteklenmiş yönetsel mekanizmalar saf dışı bırakılmış, yaratılan belirsizlik ortamında toplum ve özellikle en savunmasızlar kaderlerine terk edilmiştir. Gonzalez ve ark. (**2021**) pandemi döneminde yapılan müdahalelerin toplumda zaten var olan eşitsizlikleri daha da artırdığını, bunun da ötesinde, erken bir aşamada daha az bir çabayla yürütülebilecek etkinliklerin daha çok efor ve daha çok kaynakla yürütülmesine neden olduğunu bildirmiştir. (**González ve ark.2021**).

Meksika için pandemi süreci iç içe geçen ve birbirini güçlendiren sağlık, sosyal, ekonomik ve politik alanlarda genişleyen derin sorunlar yaratmış, ülkede zaten var olan bu alanlardaki sorunların daha da derinleşmesine yol açmıştır (**Laurell, 2020**). Özellikle, bugüne kadar sürdürülen neoliberal politikaların etkisiyle özelleştirilen ve tedavi edici hizmetlere odaklanan Meksika sağlık sistemi, geniş bir toplumsal kesimi çok boyutlu etkileyen pandemi süreciyle mücadelede tam anlamıyla iflas etmiştir. Oysa pandemi süreçlerinde sağlığı tüm boyutlarıyla ele alan bütüncül sağlık bakış açısıyla yaklaşmak gereklidir. Leon Martinez ve ark. (**2020**) Meksika'nın salgınla baş etmesi için, sadece klinik bakımın ve bunu sağlamak için hastanelerin inşasının yeterli olmadığını, bütüncül bir bakış açısıyla içme suyuna erişim, gıda güvenliği, barınma, sağlıklı çevrede yaşama ve çalışma, sağlık eğitimi ve bilgi ve cinsiyet

eşitliği gibi sağlıklı bir yaşam kurmayı mümkün kılan çok çeşitli faktörlerin bir arada olmasının gerekli olduğunu belirtmiştir. Bütüncül sağlık yaklaşımını önceleyen toplum odaklı bir yaklaşım için toplum katılımı yaklaşımını benimseyen birinci basamak sağlık sistemine gereksinim vardır. Katılımcı programlar, sağlık çalışanı, sağlığı geliştiriciler, aileler ve yerel ağlar arasında ilişkiyi artırmalıdır. Ortak yapılar ve ilişkisel, bağlamsal, öngörücü, stratejik ve yenilikçi bileşenlerinin geliştirilmesi yoluyla toplum temelli sağlık hizmeti inşa edilebilir. Bu da sağlığın geliştirilmesi ve COVID-19'un önlenmesine yönelik kolektif çabaların yönlendirilmesine izin verir. En savunmasız nüfustaki sağlık riski, nüfusun risk algısını anlamamıza izin veren katılımcı teknikler yoluyla belirlenmelidir. Ana eylem hatları, hastalığı izlemeye, olguların zamanında tespitine ve bulaşmayı önlemek için toplum stratejilerine odaklanmalıdır. Halklar, toplum çıkarlarına ve önceliklerine her zaman saygı duyarak, güvenilir bilgiye dayalı bağlamsal müdahale stratejileri önerme hakkına sahip olmalıdır (**León-Martínez ve ark.2020**).

Kaynaklar

- Aranda JMR.** (2014) *Delivery of Primary Health Care in Mexico, International Collaboration in Innovating Health Systems: Pre-Conference of the 2014 NAPCRG Conference, Organized by the International Implementation Research Network in Primary Care (IIRNPC), New York.*
- AS-COA.** (2021) *The Coronavirus in Latin America* <https://www.as-coa.org/articles/coronavirus-latin-america>
- Ayataç Ö. Sur H.** (2018) Sağlık sistemleri (3): Meksika, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü, 45;72-75. <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/543/Saglik-sistemleri-3-Meksika.aspx>
- Çiçeklioğlu M.** (2007) *Meksika Sağlık Sistemi, Toplum ve Hekim*, 22(3);188-197.
- Dominguez NM, Baeza AA, Carrillo G.** (2020) *Demographic and Health Indicators in Correlation to Interstate Variability of Incidence, Confirmation, Hospitalization, and Lethality in Mexico: Preliminary Analysis from Imported and Community Acquired Cases during COVID-19 Outbreak Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17: 4281
- Blog.bakerinstitute.** (2020) <https://blog.bakerinstitute.org/2020/03/31/why-mexico-is-unprepared-for-covid-19/> Erişim tarihi Ocak 2021
- dw** (2020a). *Mexican superhero Susana Distancia swoops in to promote social distancing* <https://www.dw.com/en/mexican-superhero-susana-distancia-swoops-in-to-promote-social-distancing/a-52873960>
- dw** (2020b) *Coronavirus: Mexico 'flying blind' in pandemic response* <https://www.dw.com/en/mexico-coronavirus-cases-update/a-54615046>. Erişim Tarihi: Mart 2021
- González Block MA, Reyes Morales H, Cahuana Hurtado L, Balandrán A, Méndez E, Allin S.** (2020) *Mexico: Health system review. Health Systems in Transition*, 22(2): i-222.
- González EB, Sunderland JW, Duarte Mendiola PP, Fuente CJE, Reyes DB, Gutiérrez MFM, Arechiga IM, Padros CV Fuentes MU.** (2021) *Health-care Guidelines and Policies During the COVID-19 Pandemic in Mexico: A Case of Health-Inequalities, Health Policy Open*, 2 (100025)
- Ibarra-Nava I, Flores-Rodriguez KG, RuizHerrera V, Ochoa-Bayona HC, Salinas-Zertuche A, Padilla-Orozco M, et al.** (2021) *Ethnic Disparities in COVID-19 Mortality in Mexico:*

A Cross-Sectional Study Based on National Data. PLoS ONE 16(3): e0239168. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239168>
IMF Working Paper (2020) Western Hemisphere Department Mexico Needs a Fiscal Twist: Response to Covid-19 and Beyond, Prepared by Swarnali Ahmed Hannan, Keiko Honjo, Mehdi Rassi WP/20/215.

<https://www.imf.org/~/media/2020/02/215-print.pdf>
Inter American Bank, (2020). LAC Post Covid-19 Challenges and Opportunities for Central America <https://publications.iadb.org/en/lac-post-covid-19-challenges-and-opportunities-for-central-america-haiti-mexico-panama-and-the-dominican-republic>

Laurell AC. (2020) Las Dimensiones de la Pandemia de Covid-19, *El Trimestre Economico*, LXXXVII (4), 348; 963-98.

León-Martínez LD, Sierra-de la Vega L, A, Ramírez AP, Aguilar MR, Ramírez RF. (2020) Critical review of social, environmental and health risk factors in the Mexican indigenous population and their capacity to respond to the COVID-19 *Science of The Total Environment*, 733, 139357

MITOFISKY (2020) <http://www.consulta.mx/index.php/encuestas-e-investigaciones/item/1357-medicos-encuesta-covid19>
Erişim Tarihi: Şubat 2021

North American Observatory on Health Systems and Policies. (2020). North American COVID-19 Policy Response Monitor: Mexico. Toronto, Canada: North American Observatory on Health Systems and Policies. https://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2020/05/Mexico-COVID19-HSRM_20200511.pdf

OECD (2016) OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016, OECD Publishing, Paris <https://www.oecd.org/publications/oecd-reviews-of-health-systems-mexico-2016-9789264230491-en.htm>

OECD (2019) OECD Economic Surveys: Mexico <http://www.oecd.org/economy/surveys/Mexico-2019-OECD-economic-survey-overview.pdf>

[ourworldindata](https://ourworldindata.org/excess-mortality-covid) (2021), <https://ourworldindata.org/excess-mortality-covid>

tality-covid.

Pietro Straulino-Rodriguez (2021) Mexico's Traffic Light Monitoring System for Epidemiological Risk of COVID-19 *National Law Review*, 11(95). <https://www.natlawreview.com/article/mexico-s-traffic-light-monitoring-system-epidemiological-risk-covid-19> Erişim tarihi: Şubat 2021

Rodrigue PS, Villalpando Badillo NM. (2021) Red, Orange, Yellow, Green—Go! Considerations for Reopening in Mexico: Social, Educational, and Economic Activities *National Law Review*, 11(95). <https://www.natlawreview.com/article/red-orange-yellow-green-go-considerations-reopening-mexico-social-educational-and> Erişim tarihi: Şubat 2021

Reuters, (2020), Mexico Declares Health Emergency as Coronavirus Death Toll Rises. 30 March <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-mexico-idUSKBN21I05K>. Erişim tarihi: Ocak 20202

Secretaría de Salud Blog (2020) Effective access to health services, the objective of the fourth transformation. <https://www.gob.mx/salud/en/articulos/effective-access-to-health-services-the-objective-of-the-fourth-transformation?idiom=en>

SÍGNOSVITALES (2020) The Pandemic In Mexico The Scope of the Tragedy <https://signosvitalismexico.org.mx/rb/wp-content/uploads/2020/10/Pandemic-in-Mexico-1.pdf>

US Embassy. (2021). Health Alert – Mexico COVID-19 Update <https://mx.usembassy.gov/health-alert-mexico-covid-19-update-02-19-2021/>.

U.S.News (2020). Mexico Enters Most Serious 'Phase 3' Spread of Coronavirus Epidemic. April 2020 <https://www.usnews.com/news/world/articles/2020-04-21/mexico-has-entered-most-serious-phase-3-spread-of-coronavirus-epidemic-health-ministry>
Villalobo CC, Veloz IG, Avila NM, Enciso ID, Castro YO, Griselda A, Pacheco AC, Fierro MM. (2020) The Coronavirus Disease (COVID-19) Challenge in Mexico: A Critical and Forced Reflection as Individuals and Society. *Front Public Health*. 2020; 8: 337