

# SALGIN KONTROLÜNDE GEVŞEMENİN BEDELİ: KOLOMBİYA ÖRNEĞİ

Mehmet Zencir\*

**Öz:** Kolombiya SARS-COV2 salgının kontrolünde erken dönem diğer ülkelere görece daha başarılı olmuştur. Toplumsal hareket kısıtlılığı ve tecrit önlemlerinin erken başlaması yanında mevcut vakaların saptanamaması, düşük test hızı, kuraklık gibi faktörlerin de düşük insidans ve mortalitede rol oynadığı ileri sürülmüştür. Buna karşın salgın kontrolündeki bu tartışmalı başarı kısa süreli olmuş, sermaye birikiminin devamlılığı yönlü salgın kontrolü stratejilerinin devreye girmesi ile Kolombiya pandemiden ciddi etkilenen ülkeler arasında yer almıştır. Kolombiya cezaevleri büyüyen salgın, mülteci ve yerli nüfuslara yönelik önlemlerde ayrımcılık, paramiliter güçlerin tecrit önlemlerini istismar etmesi, pandemi döneminde devreye sokulmak istenen neoliberal reformlar ve halkın isyanı ile salgın kontrolünde siyasal ve sosyo-ekonomik faktörlerin etkisi göstermesi açısından derslerle doludur.

**Anahtar sözcükler:** COVID-19, salgın kontrolü, paramilitarizm, pandemi, Kolombiya sağlık sistemi

## *Cost of Loosening in Pandemic Control: Case of Colombia*

**Abstract:** Colombia was relatively more successful in controlling SARS-COV2 pandemic in its early phases. Besides the restricted nature of mobility and early introduction of isolation measures, it is maintained that failure in identifying existing cases, low speed in tests and drought were other factors having their role in seemingly low incidence and mortality. Nevertheless, this disputable success in pandemic control was of short term and Colombia had its place among those countries most seriously affected by the pandemic upon the phasing in of pandemic control strategies mainly geared to the continuation of capital accumulation processes. The case of Colombia is full of lessons to take with respect to a range of phenomena including the role of prisons, discriminatory measures targeting refugee and indigenous population groups, abuse of isolation measures by paramilitary groups, neoliberal reforms imposed during the pandemic, people's insurgency and the manifest effect of political and socioeconomic factors in pandemic control.

**Key words:** COVID-19, pandemic control, paramilitarism, pandemic, Colombian healthcare system

Kolombiya'da 11 Ekim 2021 itibarıyla 5 milyona yaklaşan doğrulanmış vaka, 126 bin 655 can kaybı ile pandemiden ciddi etkilenen ülkeler arasında bulunuyor. Vaka sayısında dünya genelinde onbirinci, Güney Amerika kıtasında ise Brezilya ve Arjantin'in ardından üçüncü sırada yer alıyor. Kolombiya, salgının ilk olgunun bildiri sonrası alınan sıkı önlemlerle salgını kontrol edebilmesine karşın, boyutu ve ciddiyeti gittikçe artan 3 büyük pik yaşamıştır (Temmuz-Eylül, 2020, Ocak 2021 ve Nisan-Haziran 2021). Son pikte günlük vaka sayıları 30 binin üzerine çıkarken can kaybı 700'lere dayanmıştır (**Worldmeter, 2021**). Özellikle son pikin yaşandığı Nisan-Haziran ayları Kolombiya'da sokakların da hareketlendiği günlere denk gelmiştir. Pandeminin derin etkilediği yaşam koşulları ve salgın kontrolünde bir çok soruna rağmen, gündeme getirilen neoliberal sağlık reformları halkın öfkesinde etkili olmuştur. Uzun süreli protestolar 3. pikin çok daha sert geçmesine yol açmıştır. Ağustos ayı ile birlikte salgının kontrol altına alınabildiğini söyleyebiliriz. Kolombiya, erken

dönem salgın kontrolündeki başarısı ve gevşetilen önlemler sonrası salgının ciddi olarak yaygınlaşmasıyla, sağlıkta neoliberal reformların yarattığı olumsuzluklar, toplumsal eşitsizliklerin salgın döneminde görünür olması, ayrımcılık, uzun süreli yaşanan iç savaşın etkisi, cezaevleri ve mülteciler gerçeği ile derslerle dolu bir ülke olarak karşımıza çıkıyor.

## **1. Genel Tanıtım**

Kolombiya, Güney Amerika'nın kuzey batısında yer alan tropikal bir orta gelirli ülke ve Latin Amerika dördüncü büyük ülkesidir. Kolombiya, nüfusu 50 milyon olan tipik bir Latin Amerika ülkesidir ve 1.14 milyon km<sup>2</sup> lik bir yüzölçümüne sahiptir. Nüfusunun yaklaşık %80'i kentsel alanlarda yaşamaktadır. Ülkedeki en kalabalık yedi metropol bölgesi, Kolombiya nüfusunun %40'ına yoğunlaşmakta ve ülkenin GSYH'sinin yaklaşık %60'ını üretmektedir. Bu yedi alan Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali, Cartagena, Medell'in ve Pereira'dır (**Arellana ve ark., 2020**).

\*Prof. Dr., Ata Soyer Sağlık ve Politika Okulu (ORCID No: 0000-0003-0781-7841)

Geliş Tarihi / Received : 18.10.2021

Kabul Tarihi / Accepted : 09.12.2021

Kolombiya idari olarak eyaletler (32), ilçeler (1.101) ve belediyelere (6 kategori) ayrılmıştır. Belediyeler idari açıdan en küçük birimdir. Ve yönetim kapasitesine, vergi gelirlerine ile nüfusa göre 1'den 6'ya kadar kategoriye bölünmüştür. Kategori 1 belediyeleri daha fazla gelire, daha fazla kapasiteye ve daha büyük bir nüfusa sahiptir. Belediyelerin, bölgedeki halk sağlığı ve sağlık hizmeti yönetimi hizmetleri ile ilgili olarak geliştirilecek faaliyetler için az ya da çok sorumluluğu vardır (**Moreno ve Martinez, 2017**).

Eyaletler, daha küçük belediyelerin sorumluluklarını idari olarak üstlenen ve daha büyük belediyelerin işlevlerini en iyi şekilde yerine getirmelerini, toplum sağlığı koşullarını doğrulamayı ve izlemeyi ve atanmış finansal kaynakları yeterli şekilde yönetmelerini denetleyen belediye gruplarıdır. İlçe, belirli özel yönetim özellikleri veya sosyoekonomik kalkınma aşaması ile Kolombiya kanunları tarafından çok büyük belediyeler olarak belirlenen bölgesel kuruluşlardır. Bir ilçe bölgesinin işlevleri, bir eyalet ile belediye arasındaki bir karışımdır. İlçeler doğrudan ulusal hükümete rapor vermek zorundadır. Kolombiya merkezi bir devlettir, eyaletlere ve belediyelere yönetim kapasiteleri, nüfus ve kaynak mevcudiyetine göre fonksiyonlar devreder. Düzenleyici ve yönetim organı, sağlık sisteminin yönetimini, organizasyonunu ve izlenmesini kontrol eden teknik kural ve düzenlemeleri, farklı kuruluşlar arasındaki mali ve ilişkilere ilişkin normları düzenlemekten sorumlu olan Sağlık ve Sosyal Koruma Bakanlığı'dır (**Moreno ve Martinez, 2017**).

Kolombiya uzun süren iç savaş sürecinden 'barış süreci'ne geçiş açısından da dikkatleri çeken bir ülkedir. Kolombiya'da sağlık hizmetleri dahil bir çok hizmet ve sosyal politikalar bu açıdan da önem taşımaktadır. Uzun süren iç savaş süreci, 2016 yılında FARC (Kolombiya Devrimci Silahlı Güçleri-Halk Ordusu) ile imzalanan barış anlaşması ile son buldu. Mevcut anlaşmadan hemen sonra, anlaşmaya karşı olduğu bilinen eski devlet başkanı Alvaro Uribe'nin partisinden Ivan Duque başkan olarak seçildi. Bu gelişme barış anlaşmasında karara bağlanan konuların uygulanmasında büyük aksaklıkları da beraberinde getirdi. Barış anlaşması sadece FARC'ın silah bırakması ya da geçiş dönemi adaleti gibi hususları değil, aynı zamanda ülkedeki sosyal eşitsizlikler ile toplumun sosyo-ekonomik sorunlarının ortadan kaldırılması ile ilgili de birçok madde içermektedir. Örneğin, toprak reformu ile topraksız köylülere toprak verilmesi, koka (kokainin ham maddesi) üreticisi çiftçilere başka ürünler üretmeleri için destek verilmesi, kırsalda çiftçilere kolaylık sağlayacak alt-yapı (sulama sistemi, nakil yolları vb.) imkanlarının gelişmesi, demokratik protesto hakkının getiril-

mesi vb. doğrudan fakir halkın imkan ve haklarını arttırmaya yönelik maddeler de barış anlaşmasının içeriğinde mevcuttur. Ne yazık ki FARC ile imzalanan barış anlaşması tam olarak uygulanmamıştır (**Baysal, 2021**).

Çınar ve Günlü (2019)'ye göre, "Barış süreci ve anlaşması bölgedeki zengin doğal kaynakları işleten madencilik şirketlerinin güvenliği, FARC'ın tasfiyesiyle yerel halkın sömürülmesinin kolaylaştırılması ve bölgedeki sosyalist rejimlerin istikrarsızlaştırılarak doğal kaynaklarına el konması stratejisine dayanmaktadır. 2000'lerden itibaren bölgede Venezuela, Ekvador ve Bolivya gibi bağımsız politikalar izleyen devletlerin artması ABD'nin kıta genelindeki iki yüz yıllık hegemonyasına tehdit oluşturmuştur. Bu durum ABD'nin bölgedeki askeri varlığını artırarak rızadan zora dayanan bir tahakküm stratejisi benimsemesine neden olmuştur. Bu konuda Amerikan devletine en büyük desteği neoliberal ekonomi programı benimseyen ve ortak düşmanlar ve hedefleri olan Kolombiya hükümeti ve elitleri vermiştir. Bunun için uyuşturucuyla savaş, insani yardım ve teröre karşı savaş gibi argümanlar kullanılmıştır. Kolombiya'daki gerilla örgütleri Amerikan merkezli küresel madencilik ve endüstriyel tarım şirketlerinin ve Kolombiyalı seçkinlerin, onların temsilcisi olan siyasi uzantılarının, bu örgütlere karşı faaliyet yürüten paramiliter örgütlerin ve uyuşturucu çetelerinin ortak düşmanıdır. Çünkü başta FARC olmak üzere bu örgütler elli yılı aşkın bir süre kırsal kesimde yaşayan alt sınıfların toprakla ilgili taleplerini dile getirmek için bir platform oluşturmuştur. Ayrıca FARC'ın zengin maden sahalarında kurduğu hâkimiyet küresel şirketlerin ve ABD'nin yukarıda saydığımız sınıflar ve gruplarla doğal bir işbirliği geliştirmesine neden olmuştur. Bu çerçevede izlenen politika FARC'ın itibarsızlaştırılması, askeri yenilgiye uğratılması ve barış anlaşmasına zorlanması olmuştur. İzlenen bu yol kırsalda yaşayan alt sınıfların tek temsilcisi ve koruyucusu olan FARC'ın toplumsal tabandan koparılmasını ve onların korumasız bırakılıp lümpenleştirilerek ucuz işgücüne dönüştürülmesini hedeflemektedir." (**Çınar ve Günlü, 2019**).

## 2. Kolombiya Sağlık Sistemi

Latin Amerika ülkeleri neoliberal sağlık reformları için laboratuvar işlevi gördü. Şili'nin ardından Kolombiya'da bu reformlardan nasibini aldı.

Reform öncesi Kolombiya'da sağlık sistemi üç alt sistemden oluşuyordu. İlki "Kamu Alt Sistemi" olup işsizlere ve düşük gelirli kişilere hizmet veren, doğrudan sağlık hizmeti sunum kurumlarına gönderilen devlet kaynakları ile finanse edilen bir hastane ve sağlık merkezleri ağı idi. İkincisi

“Sigorta Alt Sistemi” olup patronların ve çalışanların katkılarıyla finanse edilen, çalışanları kapsayan bir sağlık merkezleri ve hastaneler ağı idi. Üçüncüsü ise “Özel Alt Sistem” olup hizmet bedelini ceplerinden ödeyecek yüksek gelirli nüfusu kapsayan özel sağlık kurumlarını içeriyordu (Alvarez, 2020).

Kolombiya’da Sağlık Sektörü Reformu (100 sayılı Kanun olarak da bilinir) 1993 yılında yaşama geçirildi. 1993 sağlık reformuna rehberlik eden ilkeler, 1993 tarihli 100. Kanun’un 2. maddesinde evrensel sağlık kapsamı, verimlilik, kalite ve hakkaniyet olarak belirtildi (Lamprea ve García, 2016). Ademi merkezîyetçilik ve diğer devlet modernizasyon reformlarının ortasında gerçekleşen sağlık reformu, sağlık risklerinin yük paylaşımını ve sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirmek için finansmanı artırmayı amaçlıyordu. Reform, yönetilen bir hizmet modeli aracılığıyla hem sigortaya hem de hizmet sunumuna rekabeti getirdi (Escobar ve ark., 2010). Devlet, sağlık hizmeti sunmadaki rolünden feragat etti ve sağlık sisteminin hizmet satarak kendi kendine sürdürülebilir hale getirilmesine karar verildi (Alvarez, 2020). Güncel Kolombiya sağlık sisteminde “yapılandırılmış çoğulculuk” adı verilen kamu, özel ya da karma finansman ve hizmet sunumundan oluşmaktadır (Lamprea ve García, 2016).

### 2.1.Finansman modeli

Neoliberal reformlarla birlikte sorunlu ‘sosyal’ sağlık sigortasına geçilerek (Escobar ve ark., 2010) bireysel sigorta ile sisteme bağlanma mekanizması geliştirildi. Yeni sistem “Empresas Promotoras de Salud” (EPS) diye adlandırıldı. EPS iki alt sistemden oluşmaktadır Prim ödeyenleri içeren alt sistem: Çalışanları ve ödeme gücü olanları kapsamakta, primin % 25’i çalışanlar tarafından, %75’i işverenler tarafından karşılanmaktadır (Alvarez, 2020). Sigorta sistemine çalışanlar maaşlarının %12,5’i, emekliler maaşlarının %12’si ve aylık asgari ücretin (yaklaşık 2.300 ABD doları) %10’un altında geliri olanlar ücretlerinin %4’ü katkıda bulunmaktadır (Lamprea ve García, 2016). Hizmetten yararlanmada teminat paketi (temel yardım planı) kapsamı belirlemektedir. Pakette yer almayan tıbbi işlemlerin piyasadan cipten ödemelerle karşılanmaktadır (Alvarez, 2020). Sübvansiyonlu Alt Sistem ise primi ödemeye gücü yetmeyenleri kapsamaktadır. Devlet, masrafi sübvansiyon yoluyla kısmen üstleniyor. Sübvansiyonlu rejim, ulusal hükümetin belediyelere ve eyaletlere aktardığı kamu fonlarıyla finanse edilmektedir Ulusal yönetimden yerel yönetimlere yapılan bu transferler Genel Katılım Sistemi (SGP veya Sistema Ge-

neral de Participación) olarak bilinmektedir. Buna ek olarak, kayıtlı çalışanlar, işverenler ve bağımsız çalışanlar, 1993 tarihli 100 sayılı Kanun’un “dayanışma” mekanizması aracılığıyla sübvansiyonlu rejime aylık maaşlarının %1,5’ini katkıda bulunmak zorundadır. Son olarak, belediyeler ve departmanlar likör, tütün, tütün ve tütün üzerindeki bölgesel vergiler yoluyla fona kaynak aktarmaktadır. Sübvansiyonlu rejime yalnızca En yoksul Kolombiyalılar SISBEN 1 ve SISBEN 2 kapsamındaki kişiler katılabilmektedir (Lamprea ve García, 2016).

Nüfusun %70’i primi ödeyenleri içeren alt sistemde, geri kalan %30’unun sübvansiyonlu alt sistem ile kapsanması bekleniyordu (Alvarez, 2020). Resmi olarak istihdam edilenlerin maaşlarının %1,5’i oranında katkı sağladığı “dayanışma mekanizmasının” sübvansiyonlu rejimin mali temelini oluşturması bekleniyordu. Bu tahminin yanlış olduğu ortaya çıktı ve kayıt dışı emek ve işsizlik arttı. 20 yıl içinde (1993-2013), sübvansiyonlu nüfus katkıda bulunan nüfustan daha hızlı büyüdü (Lamprea ve García, 2016). Sübvansiyonlu nüfusun hızlı büyümesi, hükümetin sağlık bütçesi üzerinde büyük bir baskı oluşturdu. (Lamprea ve García, 2016).

Finansman reformu ile aynı zamanda kamu hastanelerinin ve sağlık merkezlerinin doğrudan devletten mali kaynak aktarılmasının kesilmiş, bu kamu kurumlarının sigorta şirketlerine hizmet satarak varlığını sürdürmesi, hizmet satma konusunda özel sağlık kuruluşlarıyla rekabet etmeleri istenmiştir (Alvarez, 2020).

Yüz nolu Kanun, sağlık hizmeti sunumunun (özel ya da kamu) kentsel ve kırsal ortamlarda kullanıcılar için rekabet eden, kullanıcılara özgür seçim hakkı veren ve EPS ile IPS24 arasında rekabeti teşvik eden bir dizi kamu ve özel kuruluşun sorumluluğu olduğu bir senaryo oluşturmuştur. Yüz nolu Kanun, kamu hastanelerinin Devlet sosyal girişimleri (merkezi olmayan desantralize-özerk kamu kuruluşları) olmasını gerektiriyordu. Sistem başlangıçta sigortacı ve sağlayıcının özgür seçimine dayanıyordu, ancak kapsamı genişletmedeki sınırlamalar ve daha az gelişmiş belediyelerin çoğunda sigortacı ve sağlayıcılardan oluşan rekabetçi bir alan bulmadaki zorluklar nedeniyle kısıtlandı (Profile of the health services system of Colombia, 2002).

Sigorta kurumları rekabetin kaliteyi artıracağı gerekçesiyle özel şirketlere devredilmesinin yolu açıldı. Bununla birlikte sigorta şirketleri hizmet satın alma

konusunda kamu hastaneleri ile hizmet sözleşmesi yapmamış, kendi kliniklerini ve sağlık hizmetlerini oluşturmuştur. Kırsal ve fakir kentsel alanlarda özel hizmetler mevcut değildir. Bu bölgelerde bulunan devlet hastaneleri, hastanelerin karşılayamadığı halde tedavi etmek zorunda kaldığı sigortasızların talebini karşılamaya bir süre devam etmiş, nadiren karşılanan borçlarını ödemek için hastalara borç senetleri imzalatmışlardır. Hiçbir kaynak olmadan kamu hizmetleri hayatta kalması gittikçe zorlaşmış, ülkenin en büyük kamu hastanelerinden 5 tanesi kapanmış, on tanesi tasfiye aşamasına gelmiştir (**Alvarez, 2020**).

2003 yılında %58 olan sigortalı nüfus, 2008 yılında %85'e (**Escobar ve ark, 2010**) ve 2013 yılında %96'ya (**Lamprea ve García, 2016**) yükselmesine karşın hastaların tedavileri, muayeneleri ve ilaçları - sağlık hizmetleri teminat paketine dahil olsun ya da olmasın - reddedilme ile karşılatı. Bu hastalar, Kolombiya anayasasında *tutela* olarak bilinen temel hakların korunmasını gerekçe göstererek sağlık hizmetlerine, tedavilerine ve ilaçlara erişim talebiyle davalar açtılar (1999-2014 yılları arasında 1,3 milyondan fazla dava). Kolombiya Anayasa Mahkemesi davalara ilişkin 2008 yılında 400 sayfalık T-760 kararını verdi. Mahkeme T-760 kararında, sağlık hakkına ilişkin geniş içtihadını gözden geçirerek, sadece davalıcının yaşam hakkı tehdit edildiğinde değil sağlık hizmetinin özerk olarak uygulanabilecek temel bir hak olduğu şeklinde içtihadını daha ileri bir noktaya taşımıştır (**Lamprea ve García, 2016**).

Bakanlığın verilerine göre halen yaklaşık 2,3 milyon sigortasız kişi bulunmaktadır. Bununla birlikte, DANE'nin 2014 Yaşam Kalitesi Anketi (Encuesta de Calidad de Vida), sigortasızların sayısının daha fazla olduğunu, yani yaklaşık 2,7 milyon kişi olduğunu göstermektedir (**Lamprea ve García, 2016**).

## 2.2.Hizmet üretiminde neoliberal reformlar

Hizmet üretiminde desantalizasyon hedefli neoliberal reformlar, Kolombiya'da 1990 yılında sağlığın belediyeleştirilmesi adı ile yaşama geçirilmiştir (**Profile of the health services system of Colombia, 2002**). Reformlar sonucunda merkezi hükümetin rolü politika tasarımı, düzenleme ve kamu maliyesini; Eyalet / bölge-ilçe hükümetleri ise bölgesel planlama, yönetim ve mali sorumlulukları ve Belediye/yerel yönetimler ise politika ve kamu hizmeti sunumunun uygulanmasını üstlenmişlerdir (**Mosquera ve ark, 2014**). 1993 yılında 100 sayılı Kanun ile sağlık hizmetleri için işletme yetkisini birinci basama-

makta belediyelere, ikinci ve üçüncü düzey hastaneler için ise eyalet hükümetlerine vermiştir. Süreç yavaş uygulanmış, 2000 yılına gelindiğinde, 25 eyalet ve bölge ve 524 belediye özerk sağlık yönetimi için sertifikalandırılabilmiştir (**Profile of the health services system of Colombia, 2002**).

Sağlık finansmanında yapılan reformlarla bireysel sağlık hizmetleri sigorta şirketlerinin sorumluluğunda iken halk sağlığı faaliyetleri yerel yönetim sağlık otoritelerinin sorumluluğuna aktarılmıştır. Halk sağlığı programları, sağlık sigortasını tamamlayan, İspanyolca'da "Plan de intervenciones colectivas" kolektif bir müdahale planı aracılığıyla sağlanmaya başlandı. Yerel sağlık yetkilileri, sağlık sekreterlikleri ve halk sağlığı kurumları arasındaki sözleşmeler yoluyla toplu müdahale planına dahil edilen sağlığı geliştirme ve hastalık önleme hizmetlerini üretir hale geldi Süreç içinde yönetilen bakım ve sağlık hizmeti yardımını karıştıran, biyomedikal ve seçici bir birinci basamak sağlık modeli geliştiren ve bireysel riskin önlenmesine odaklanan bir modelle sonuçlanmıştır (**Mosquera ve ark, 2014**). Süreçte bütçenin çoğunluğu bireysel sağlık sigortasına yatırılmış ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için ayrılan kaynaklar azaltılmıştır. Devletin bir düzenleyici ve halk sağlığının lideri olarak rolü ulusal ve belediye düzeyinde kaybolmuştur (**Alvarez, 2020**).

## 2.3.Neoliberal sağlık reformları kapsamında birinci basamağın yeniden düzenlemesi

Reform sürecinde sağlık hizmeti biri Temel Sağlık Planı (PAB – Basic Health Plan) ve biri Zorunlu Sağlık Planı (POS- Compulsory Health Plan) olmak üzere Genel Yardım Planı üzerinden yürütülmeye başlanmıştır. Halk sağlığı hizmetleri 1996 yılında Temel Sağlık Planı kapsamındaki toplu faaliyetlere dayanılarak tanımlanmıştır (Moreno ve Martinez, 2017). Belediyelere halk sağlığında sürveyansı içeren Temel Sağlık Planı'nı yönetme ve sağlığı geliştirici ve önleyici faaliyetlerindeki sorumluluklarını yerine getirmek için bir Yerel Sağlık Planı tasarlama görevi verilmiştir. Planda sağlığın teşviki, hastalıkların önlenmesi ve halk sağlığında sürveyans, bölgesel otorite ve kaynaklara erişim mekanizmaları ve bunların dağıtımı, tahsisi ve idaresi gibi belirli eylem alanlarına yer verilmiştir. Temel Sağlık Planı, ücretsiz olarak sağlanan ve belediyelerin yetkisi altında devletin sorumluluğunda olan zorunlu bir bölge planıdır. Ulusal ve bölgesel mali kaynaklarla yürütülen halk sağlığı hizmetlerini kapsamaktadır (**Profile of the health services system of Colombia, 2002**).

Temel Sağlık Planı, kapsamında çevre ve sanitasyon



programı, gıda ve beslenmeyle ilgili faaliyetler (başta A vitamini, demir ve iyot olmak üzere mikro besin eksikliklerinin önlenmesi ve kontrolü, besin takviyesi), halkı bilgilendirme, eğitim, sağlığın teşviki, tütün ve alkol kullanımının kontrolü ve psikoaktif madde kullanımı, aile planlaması, okul çocuklarının parazitlen arındırılması, vektör kontrolü ve önleme, erken teşhis için ulusal kampanyalar, AIDS, tüberküloz ve cüzzam gibi bulaşıcı hastalıkların yanı sıra sıtma gibi tropikal hastalıkların kontrolü alanlarındaki müdahaleleri de içermektedir. Temel Sağlık Planı'nın bir sonucu olarak, salgınların gözetimi ve zamanında kontrolü ve epidemiyolojik süreyans ağının uyarı sistemi, kamu ve özel IPS'de (Institutional Health Service Providers) toplam 1.200 raporlama birimi ile genişletilmiştir (**Profile of the health services system of Colombia, 2002**).

Kolombiya Temel Sağlık Hizmetleri sisteminin pandemi öncesi performans değerlendirmesinin sonuçlarını ve bu sistemin bu acil duruma müdahalesine ilişkin bilgileri özetleyen 'Kolombiya Temel Sağlık Hizmetleri (PHC) sisteminin bu performans değerlendirmesi' raporu Dünya Bankası ve Sağlık ve Sosyal Koruma Bakanlığı tarafından hazırlandı. Raporu "BBSH'nin geliştirilmesi için net bir mevzuata sahiptir, ancak her bir bölgesel müdahale düzeyinde uygulanmasına ilişkin sorumluluklar belirsizdir ve bu da uygulamayı engellemiştir. Bu bağlamda, ülke genelinde BBSH girişimlerinin gelişme derecesi çeşitlidir, yani bazı bölgesel kuruluşlarda çok güçlü ve diğerlerinde istikrarsızdır. Ülke genelinde BBSH sağlamak için insan kaynaklarının yoğunluğu ve kalitesi, ortalama olarak, büyük şehir merkezlerinde büyük bir yoğunlaşma ve kırsal alanlarda ve düşük nüfus yoğunluğuna sahip bölgelerde istikrarsızlık ile kabul edilebilir. Nüfusa yönelik sağlık hizmetlerine yönelik proaktif sosyal yardım stratejilerinin kapsamı ve kalitesinde ve dolayısıyla sosyal katılımda değişkenlik vardır" denilerek eşitsizliğin devam ettiği vurgulanmıştır. Mevcut BBSH'nin pandemiye yanıt verme kapasitesi ile ilgili de " Genel olarak, bu acil duruma müdahale, virüsü önlemek, hafifletmek ve kontrol etmek için BBSH önlemlerini açıkça içermemektedir. Kılavuzlar, savunmasız nüfuslara temel sağlık hizmetlerinin sağlanmasının sürekliliğini teşvik etmek için formüle edilmiştir, ancak önerilen müdahaleler, vatandaşların ve sosyal katılımın veya sağlık hizmeti sağlayıcıları ile hastalar arasında önlleyici iletişimin çok az olmasını sağlamıştır. Ek olarak, şüpheli ve doğrulanmış SARS CoV-2 vakalarının süreyansının yanı sıra ilgili diğer hastalıkların eş zamanlı süreyansı için BBSH kullanımında değiş-

kenlik olmuştur" denilmiştir. Kolombiya toplum tarafından algılanan mesafe ve maliyetle ilgili sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller 2010'dan bu yana istikrarlı bir şekilde azaldığı, bununla birlikte hizmetlerin algılanan kalitesiyle ilgili engeller nispeten sabit kaldığı belirtilmiştir. Yine BBSH'nden yararlanma konusunda eşitsizlikleri varlığını sürdürdüğüne yer verilmiştir. Vaupes, Amazonas, Chocó, Vichada, Guainía ve La Guajira eyaletleri, DTP3 ile aşılama, modern doğum kontrol yöntemlerinin kullanımı ve anneleri dörtten fazla doğum öncesi konsültasyon almış yenidoğanlar gibi göstergelere dayalı olarak daha düşük kapsama yüzdelere sahiptir. Raporu Kolombiya, halk sağlığı sorunlarını ele almak için çeşitli düzenlemeler (Kanunlar, Kararnameler, Kararlar) oluşturulduğu, bununla birlikte bunların BBSH'ne yönelik net bir yönelimi olmadığı ifade edilmiştir (**World Bank Group, 2020**).

#### 2.4. Sağlık emek gücü

Kolombiya'da 122.800 hekim bulunuyor, bunların 87.000'i pratisyen hekim ve 28.900'ünün uzman hekim (**Minsalud, 3 Aralık 2020**). Bin kişiye düşen hekim sayısı 2,2, hemşire sayısı 1,3'tür (**Poppe, 2020**). Ulusal Tıp Akademisi Eğitim Komisyonu (Kolombiya Ulusal Tıp Akademisi, Ulusal Planlama departmanı, Yüksek Öğrenimin Teşviki (ICFES), DANE ve insan kaynaklarının eğitimi ile ilgili diğer kuruluşlar) tarafından sağlık sektöründeki insan kaynakları çalışmasına ilişkin bir belge hazırlanmış ve sağlık emek gücüne yönelik yapılacaklar sıralanmıştır. Bunlar arasında dikkat çeken hedefler şunlardır: Sağlık çalışanlarının yoğunluğu; 10.000 kişi başına 25 sağlık çalışanı olacaktır, Birinci basamak hekimlerinin oranı çalışanların %40'ını aşacaktır, her bir doktora başına en az bir hemşire olmalıdır, Sağlık çalışanlarının kentsel ve kırsal kesimler arasında dağılımındaki boşluk, 2015 yılına kadar yarı yarıya azaltılacaktır, Birinci basamak sağlık çalışanlarının en az %70'i halk sağlığı ve kültürlerarası eğitime sahip olacaktır, Sağlık çalışanları için güvencesiz ve korunmasız istihdam oranı yarıya indirilecektir, Sağlık bilimleri okullarının %80'i, uygun olduğunda yerli toplulukları veya nüfusu vurgulayarak, öğrencilerini yetersiz hizmet alan topluluklardan tercih eden ve onları özendirilen özel programlar benimseyecektir, Tıp ve hemşirelik okullarından ayrılma oranları %20'yi geçmeyecektir, Sağlık meslek okullarının ve halk sağlığı okullarının %70'i tanınmış bir kuruluş tarafından akredite edilecektir. Bu hedefleri tersten okuduğumuzda sağlık emek gücü ile ilgili sorunların ne olduğu konusunda büyük oranda fikir sahibi olabiliriz (**Morena, Martinez, 2017**).

### 3. Kolombiya'da Salgının Seyri

Kolombiya'da salgın uzun bir süre, kendisinin de yer aldığı Latin Amerika ülkelerinden Brezilya, Meksika, Peru ve Şili'ye göre daha hafif olarak yaşanırken, Ağustos 2020 ile birlikte vaka sayısı ve ölümlerin artışı ile söz konusu durum değişti. Toplam vaka sayısı, toplam ölüm sayısı, günlük vaka ve ölüm sayılarında Brezilya'dan sonra ikinci sıraya yerleşti. Kolombiya'da günlük vaka sayısı Mayıs (2020) sonunda binlere, Ağustos (2020) ayında 10 binin üzerine çıktı. Ağustos (2020) sonunda gerileyen vakalar, Eylül (2020) ayında 7-8 bin aralığında seyretti. Ekim ayının ortası ile birlikte yavaş yavaş yükselme eğilimine girdi, Aralık ayında artış göstererek 15 binin üzerine çıktı, Ocak ayında artış devam etti, 16 Ocak 2021 tarihinde 20 binin üzerine çıktı. Sonrasında istikrarlı bir şekilde azalarak yeniden 10 binler düzeyine indi. Mart 2021 ile birlikte, yeniden yükseliş trendine giren günlük vaka sayısı Nisan (2021) ayında 15 binlere, Haziran (2021) ayında 25 binlere yükseldi, Temmuz başında 30 binin üzerine çıktı. Temmuz (2021) ayının ikinci yarısında gerilemeye başlayan salgında günlük vaka sayısı Eylül ayı ile birlikte 1.500'ün altına indi. Günlük ölüm sayılarında da benzer seyir izlendi. Haziran (2020) ayının sonuna doğru günde 100 ölümün üzerine çıkıldı. Salgının kontrolden çıkması ile birlikte, Ağustos ayında günlük ölüm sayısı 300'ün üzerine çıktı. Eylül ayının ortalarından sonra yeniden 200'ün altına inen günlük ölümler, Aralık (2020) ortalarında yeniden yükselerek 300'ün üzerinde seyretti, Ocak (2021) ayının sonlarında 400 sınırını zorlamaya başladı. Şubat ve Mart aylarında düşüş eğilimi ile birlikte, günlük ölüm sayısı da 100'ün altına indi. Kolombiya'da salgının en şiddetli olduğu 2021 Nisan-Temmuz döneminde günlük ölümler 500'e dayandı. Haziran ayında 600'ün üzerine çıktı, 21 Haziran salgının en fazla can kaybının yaşandığı gün oldu, 754 kişi COVID-19 nedeniyle yaşamını kaybetti. Temmuz (2021) ayı ile birlikte ölüm sayıları gerilemeye başladı ve Ekim (2021) ayında 40 ölümün altına inildi (**Worldmeter, 2021**).

Kolombiya sosyo-ekonomik ve siyasi açısından krizlerle gündeme gelen bir ülke olmuştur. Pandemi döneminde de eşitsizlikler devam ederken, cezaevi ve mültecilerde ayrımcılıklar ile ülke gündeme gelmiştir. Sancılı da olsa Barış döneminde olan Kolombiya'da pandemi dönemi artan paramilitarizm, salgın önlemlerinin isitismar edilmesi ile öne çıkmıştır. Yazıda önce bu kritik özelliklere kısaca yer verilerek daha sonra salgının erken döneminde yapılan çalışmalar ile devam edilecektir.

### 3.1. Kolombiya'da salgın döneminde eşitsizlikler

Kolombiya'daki COVID-19 ölümlerinde sosyoekonomik ve demografik eşitsizliklere dair kanıt sağlanmıştır. Kolombiya'da ölüm hızları coğrafi bölgelere göre farklılık göstermektedir. Bu durumun yoğun bakım birimlerinde yatak sayısı, solunum cihazı mevcudiyeti, sağlık çalışanı sayısı ve bakım kalitesiyle ilişkili olacağı belirtiliyor (**Amariles ve ark., 2020, Hoz-Restrepo ve ark., 2020**). Örnek olarak Amazonas eyaletinde tek hastanede, solunum cihazı bulunan beş yatak bulunduğu, buna karşın yoğun bakım konusunda eğitimli sağlık emekçisinin bulunmadığı gösteriliyor. Bu durumun ülke ortalamasına göre ölüm hızının 7-8 kat olmasına da katkı sağladığı ifade ediliyor. Bu faktörlerin diğer Latin Amerika ülkelerindeki ölümlerle de ilişkili olduğu belirtiliyor (Ölüm hızları 100 bin kişide Peru'da 21, Brezilya'da 20, Ekvador'da 23'tür) (**Hoz-Restrepo ve ark., 2020**).

Cifuentes (2021) 2 Mart ve 26 Ekim tarihleri arasında Kolombiya'da COVID-19 için doğrulanmış vaka (1.033.218) ve ölümler üzerine yaptığı çalışmada eşitsizlikler ortaya konmuştur. Doğrulanmış vakalar arasında COVID-19 için ölme riski erkeklerde (HR:1,68; %95 GA:1,64-1,72), 60 yaşından büyüklerde (HR: 296,58; %95 GA: 199,22- 441,51), yerlilerde (HR: 1,20; %95 GA: 1,08-1,33), sübvansiyonlu sağlık sigortası rejimine sahip kişilerde (HR: 1,89 %95 GA: 1,83-1,96) ve çok düşük sosyoekonomik katmanlarda yaşayan kişilerde (HR: 1,44 %95 GA: 1,24-1,68) daha fazla olduğu gösterilmiştir (**Cifuentes ve ark., 2021**).

### 3.2. COVID-19 ve cezaevleri

Kolombiya'da cezaevleri aşırı kalabalıklık, yetersiz sağlık hizmeti ve su gibi temel ihtiyaç maddelerinin eksikliği, yaygın işkence uygulamaları nedeniyle koronavirüs pandemisinde gündeme geldi. Bu koşullar, fiziksel mesafe ve diğer önleyici tedbirlerin benimsenmemesi salgının büyümesi için uygun zemin buldu. Salgın çok sayıda önlenebilir ölüme yol açtı. 28 Temmuz 2020 tarihi itibarıyla ülke genelindeki 34 hapishanede 3.477 enfekte kişi ve 8 ölüm gerçekleşti. Yeterince test yapılmadığı için bu sayının eksik bildirildiği kabul ediliyor. Kolombiya hükümeti cezaevlerinde önlem almama, önlemleri geçiktirme ve yetersiz önlemlerle suçlanıyor. Cezaevlerindeki Covid-19 salgını 'kriz içinde kriz' olarak nitelendiriliyor. Hükümet Amerika Kıtası İnsan Hakları Mahkemesi, Birleşmiş Milletler ve Dünya Sağlık Örgütü'nün tavsiyelerini dikkate alarak 14 Nisan'da 'ev hapsi' vererek hapishanelerdeki aşırı kalabalığı azaltmak için 2020 tarihli 546 sayılı Kanun

**Tablo 1.** Kolombiya'daki temel sağlık hizmetleri sistemine yönelik değişikliklerle ilgili zaman çizelgesi

1991	Siyasi Anayasa: Temel bir hak olarak sağlık
1993	Sigortaya dayalı sağlık sisteminin kurulması, bireysel faaliyetler (farklı işçiler ve çalışmayanlar için) ve toplum sağlığı için
1996	Temel Bakım Planının oluşturulması (sağlığın geliştirilmesi, risk faktörlerinin kontrolü ve halk sağlığı açısından önemli hastalıkların önlenmesi)
2000	Sağlığın teşviki (geliştirilmesi), özgün koruma hedefleri ve hastalıkların erken teşhisi ile ilgili politika bilgilerinin yayınlanması
2001	Belediye ve eyaletlerde fonksiyonların yeniden düzenlenmesi
2007	Birinci basamak yaklaşımının yeniden kurulması; Ulusal Halk Sağlığı Bilgi Geliştirme Planı
2008	Mahkeme kararıyla, çalışanlar ve çalışmayanlar (yoksul nüfus) için aynı sağlık planı birleştirilmelidir
2011	Yasa ile birinci basamak sağlık hizmetleri modeli geliştirilerek, sağlık rol ve sorumlulukların yeniden düzenlenerek dağıtılması
2012	On Yıllık Halk Sağlığı Planı 2012-2021. Çevre sağlığı, ruh sağlığı, beslenme, cinsellik, bulaşıcı hastalık, bulaşıcı hastalık, afet ve iş sağlığı olmak üzere 8 öncelikli boyut aracılığıyla On Yıllık Halk Sağlığı Planı BSBH'nin yol gösterici bir unsur olarak formüle edilmesi
2014	Sağlığın belirleyicileri ve temel sağlık hizmetlerine dayalı olarak Kolombiya için yeni bir model ve sağlık politikasının ifade edilmesi
2016	Politica de Atencion Integral en Salud'un (PAIS) benimsenmesi ve Sağlık Hizmetleri Entegrasyon Politikası ve Kapsamlı Sağlık Hizmetleri Modeli (Modelo Integral de Atencion en Salud, MIAS) geliştirilmesi (BBSH, risk yönetimi, bakım ve farklı bir yaklaşıma dayanan operasyonel model)
2019	Entegre sağlık hizmetleri ağlarının benimsenmesinin imkansızlığı nedeniyle, PAIS değiştirilmiş ve BBSH ve aile ve toplum sağlığı yaklaşımına dayanan "Modelo de Accion Integral Territorial" MAITE benimsenmesi

**Kaynak :**Moreno, Martinez 2017; Rincon ve ark.,2021.

Hükmünde Kararname'yi yayınladı. Bununla birlikte Kararname yalnızca 4.000 kişiye geçici ev hapsi sağlamayı amaçladı (aşırı kalabalıklaşmada yalnızca %5'lik bir azalma). Oysa Kolombiya'da Mart 2020'de ülke çapında cezaevi nüfusu 121.079 idi, kapasiteden 41.316 kişi daha fazlaydı. Bu örnek bile cezaevlerinde salgına karşı alınan önlemlerin göstermelik olduğunu ortaya koymaktadır. Cezaevlerindeki bu durum ciddi protestolara da neden oldu. 21 Mart gecesi, ülke genelindeki birçok hapisanede, koronavirüsten korumak için acil önlemler talep ettiği protestolar düzenlendi. Bogotá'daki bir hapisane olan La Modelo'da, protestoyu bastırmak için polis, ordu ve INPEC'in (hapisanelerin idaresinden ve korunmasından sorumlu kurum) girdiği şiddetli çatışmalar yaşandı ve en az 24 kişi öldü ve 80 yaralandı. Gözyaşartıcı gazın kapalı alanlarda tutukluları boğmak için kullanılmasının yanı sıra, hayatını kaybeden 24 tutuklunun 23'ünün sırtlarında, başlarında ve yakın mesafede tüfek ve tabanca ile yaralanmış olması devlet şiddetini açıkça ortaya koymaktadır. Önlem taleplerine yönelik bu şiddet cezaevlerinde yaşanan durumları da çarpıcı bir şekilde ortaya koymaktadır. COVID-19 salgını sırasında, hapsedilen kişilerin

aile üyelerine, savunma avukatları veya sivil toplum kuruluşlarına izin verilmediği için bu olayların incelenmesinin yetersiz kaldığını da not etmek gerekir (**Hernández, 2020**).

### 3.3. Kolombiya'da mülteciler ve COVID-19

Kolombiya'da %55'i yasal statüye sahip olmayan 1,7 milyondan fazla Venezuelalıya ev sahipliği yapıyor. Göçmenlerin çoğunluğu kentsel alanlara, özellikle büyük metropol alanlara ve sınır şehirlerine yerleşmiş konumda. Beş yüz bin kadar Venezuelalı Kolombiya'nın sadece üç şehrinde yaşıyor: Bogotá, Cucuta ve Barranquilla. Pandemiden önce bile, hanelerin %30'unun güvencesiz(aşırı kalabalık evlerde, temel hizmetler veya uygun unvan olmadan).bir şekilde yaşadığı tahmin ediliyor. COVID-19'un Latin Amerika şehirlerindeki göçmenler arasında sağlık hizmetlerine erişimi nasıl etkilediğini ortaya koymak amaçlı Kolombiya'nın dört şehrinde (Barranquilla, Cucuta, Riohacha ve Soacha) ve üç Peru şehrinde (Lima, Trujillo ve Tumbes) etnografik araştırma gerçekleştirildi. Kayıt dışı koşullarda yaşayan Venezuelalılar çalışmaya dahil edildi. Hem Kolombiya hem de

Peru'da Venezüella'dan gelen zorunlu göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimde yasal, finansal ve ayrımcılık ve bilgi asimetrisi kaynaklı engellerle karşılaştıkları gösterildi (**Zambrano-Barragán ve ark., 2021**).

Kolombiya'da yasal statü, Özel Kalıcılık İzni, daimi ikamet kartı veya vatandaşlık yoluyla elde edilebilir. Yasal statü, göçmenlere yerli Kolombiyalılarla aynı sağlık sigortasına erişim sağlıyor. Bu yasal belgelerden herhangi birine sahip olmayan göçmenler (yaklaşık 950 bin kişi), belirli olağanüstü koşullar altında veya sınırlı koşullarda sağlık hizmeti almaya hak kazanırlar. Bunlar acil durumlar, acil gebelik-annelik ihtiyaçları ve yenidoğan, gelişim ve aşı ihtiyaçları olan çocukları kapsamamaktadır. Göçmen nüfusun diğer kesimleri (yaşlı yetişkinler, erkekler, hamile olmayan kadınlar) ve diğer sağlık sorunları kategorileri (kronik hastalık, yaşamı tehdit etmeyen koşullar, ruh sağlığı vb.) kapsamamaktadır. En büyük mali engel kayıt dışı olma nedeniyle gündelik işlerde çalışmadır, tıbbi gereksinim dahi olsa o gün için geçimi sürdürme öncelikli olduğu için sağlık hizmeti ertelenmektedir. Pandemi temel gıda ve barınma masraflarını karşılama yeteneklerini sınırlarken, gelir arayışında karantinaları göz ardı etmeye zorladığı için virüse yakalanma şanslarını artırdığı belirlendi. Sağlık sistemi ile ilgili mevzuata bilme, prosedürleri tamamlama konusunda ciddi engeller ve ayrımcılıklarla karşılaşılmaktadır (**Zambrano-Barragán ve ark., 2021**).

Bu engeller, göçmenlerin özellikle gıda ve barınma gibi temel ihtiyaçların maliyetlerini karşılama yeteneklerini de etkilediği belirtildi. Göçmenlerin alternatif sağlık hizmetlerini (teletıp, erişimi kolay eczaneler ve yasal olmayan bakım ağları gibi) yaygın kullandıklarına da dikkat çekildi. Sağlık hizmetlerindeki yaşanan bu engellerin kayıt dışılığı ve sağlık eşitsizliklerini daha da kötüleştirdiği sonucuna varıldı (**Zambrano-Barragán ve ark., 2021**).

### 3.4. Kolombiya'da pandemi döneminde paramilitarizm

Pandemi ile Kolombiya'ya yayılması ile 19 Mart 2020 tarihinden itibaren Kolombiya'da çeşitli şehirlerde karantina ilan edildi, bunları ulusal karantina izledi (25 Mart 2020). Karantina sürecinde hareket kabiliyeti artan paramiliter güçler çok sayıda katliam ve cinayet gerçekleştirdi. 21 Eylül 2020 itibarıyla Kolombiya'da 2020 yılında gerçekleşen katliamların sayısı 61 ve 13 Eylül 2020 tarihi itibarıyla öldürülen toplumsal liderlerin ve insan hakları savunucularının sayısı 215, insan hakları savunucularının ve aktivist-

lerin akrabası oldukları için öldürülen insanların sayısı 10, öldürülen eski FARC militanlarının sayısı ise 43'tür. Katliamların beşi Ocak, beşi ise Şubat ayında gerçekleşmiş, diğer 51 katliam ise pandemi döneminde meydana gelmiştir. Katliam sayısının en yüksek olduğu ay ise 11 katliamın gerçekleştiği Ağustos ayıdır. Benzer şekilde 268 cinayetin 81'i Ocak ve Şubat aylarında gerçekleşmiş, o tarihten bu yana ise insan hakları savunucusu olduğu, hak savunucularının yakını olduğu veya eski FARC militanı olduğu gerekçeyle 187 insan öldürülmüştür (**Tutkal, 2020**).

25 Mart'ın hemen ertesinde, 26 Mart günü Nariño'ya bağlı yerlilerin yerleşim yerinde (resguardo indígena) yaşayan 18 yaşındaki aktivist Wilder García evinde silahlı bir grup tarafından infaz edildi. Evden çıkma yaşının olduğu bu dönemde Kolombiya ile Ekvador arasındaki sınır bölgesinde yaşayan, nüfusları 50.000 civarına kadar düşmüş Awá halkına mensup olan genç aktivist, eşi ve iki çocuğuyla yaşadığı evinde, ailesinin gözünün önünde öldürüldü. Ev hapsi ıldığı dönemde García Awá halkı üyeleri paramiliter gruplar tarafından tehdit edildiler, Ekvador ile olan sınırın COVID-19 gerekçesiyle kapatılmış olmasının da etkisiyle, kendilerine yönelen paramiliter şiddetten kaçamadılar. Karantina sebebiyle ulaşım imkânlarının neredeyse tamamen ortadan kalkmış olmasını fırsat bilen paramiliter gruplar, yerini tespit ettikleri aktivistleri ve eski militanları imha etmeye hız verdiler. Kolombiya devleti, karantınayı bahane göstererek, cinayetlerin gerçekleştiği bölgelere zamanında müdahale etmediği, cinayet riski olan bölgelerde hiçbir önlem almaması dikkatleri çekti (Tutkal, 2020). Tutkal'a göre bu infazlar "...nitelik olarak pandemi öncsinden çok da farklı değildi. Burada gördüğümüz şey, karantina nedeniyle yoldaşlarına ulaşmakta güçlük çeken tehdit altındaki köylülerin, sendikacıların, aktivistlerin paramiliter gruplar tarafından eskiye kıyasla daha kolay bir biçimde katledilebilmeleridir. Yani, ulaşım sınırlamaları ve zorunlu karantina gibi uygulamalar zaten tehdit altında olan aktivistleri köşeye sıkıştırmış paramiliter grupların saldırıları karşısında eskiye kıyasla dahi daha savunmasız oldukları bir pozisyona sürüklemiştir. Fakat bu durumun paramiliter gruplara hem meşruiyet kazanmak yolunda hem de iktidarlatını pekiştirmek doğrultusunda büyük avantajlar sağladığı da ortadadır. ... Paramiliter grupların faaliyetlerine aralıksız devam edebilmelerine olanak sağlayan pandemi koşulları toplumsal muhalefetin önüne ise ciddi engeller çıkarmakta. Gösteri ve yürüyüşler karantina gerekçesiyle engellenmekte, engellenmediği takdirde ise Yeşiller Partisi gibi sol partilerin üyelerinden dahi halk sağlığını tehlikeye



atmamak benzeri gerekçelerle eylemlere katılmaması gerektiği yönünde açıklamalar yapılmaktadır. Büyük çaplı yürüyüşlerin yerine halkın evinden, pencerelere çıkarak eylem yapmasını salık veren sol oluşumlar yükselen aşırı sağ karşısında şehirli muhalefetin zaten kısıtlı olan etkisini iyice azaltmakta, bir yandan da ezilenler arası dayanışma imkânlarını zayıflatmaktadır." Kolombiya'da yaşananlar pandemi döneminde otoriterleşmenin daha da sert yaşandığı ülkelere örnek niteliğindedir (Tutkal, 2020).

#### 4. Kolombiya'da Salgının Erken Dönemi

Kolombiya'da erken dönem salgın kontrolünde başarısı dikkatleri çekti. Bu nedenle salgının erken dönemi ile ilgili bilgilere daha ayrıntılı yer verilmiştir.

Kolombiya'da ilk COVID-19 vakası 2 Mart 2020'de tespit edildi. İtalya'nın Milan şehrinden başkent Bogotá'ya dönen 19 yaşındaki bu kadın hastayı Sağlık Bakanlığı 6 Mart'ta doğrulandı. Kolombiya'da COVID-19'a bağlı ilk ölüm 21 Mart tarihinde gerçekleşti. 25 Temmuz'a kadar, 240.745 vaka ve 8.269 ölüm bildirildi. Bu tarihte fatalite hızı (vaka ölüm oranı) %3,4 olarak bildirildi. Mart-25 Temmuz tarihleri arasında test için alınan örnek sayısı 1.370.271 olup, bu dönemde örnek alınma hızı milyon kişi başına 27.405 idi. Örneklerdeki vaka pozitiflik oranı %17,0 idi. Vakaların %53,6'sı erkek, %72'si 0-49 yaşları arasındaydı. Vakaların çoğu (%90,1) asemptomatikti veya hafif klinik belirtilerle başvurmuştu. Sadece %0,7'si yoğun bakıma yatırılmış ve bunların %51,5'i iyileşti. Kümülatif enfeksiyon insidansı 100 bin kişi başına 478 idi ve ortalama insidans yoğunluğu 100 bin kişi-ayda 97,6 vaka idi. İnsidans oranı 20 yaşın altındaki kişilerde daha düşüktü (100 bin kişi-ayda <50 vaka) ve 20 yaş üstü yetişkinlerde 100 bin kişi-ayda 100 vakaya yükseliyordu. Vaka insidansı erkeklerde kadınlara göre daha yüksekti (sırasıyla 100 bin kişi başına 524 vaka ve 100 bin kişi başına 434 vaka). Vaka ölüm oranı %3,4 idi ve COVID-19'a özel kümülatif ölüm hızı 100 bin kişi başına 16,4 idi. Vaka ölüm oranı, genç insanlar (0-39 yaş) arasında %1'in altında iken en yaşlılarda (80 yaş ve üstü) %30'un üzerindedir. COVID-19'a özel kümülatif ölüm hızı gençlerde (<20 yaş) 100 bin kişide 1'in altın iken en yaşlılarda (> 80 yaş) 100 bin kişi başına 200'ün üzerine çıktı. Erkeklerde vaka ölüm oranı kadınlara kıyasla daha yüksekti (sırasıyla %4,3 ve %2,4). Benzer durum COVID-19'a özel kümülatif ölüm hızında da geçerliydi (100 bin kişi başına erkeklerde 21,3'e karşı kadınlarda 11,8 vaka) (Hoz-Restrepo ve ark., 2020).

Tüm eyaletler vaka bildirmişti, ancak 292 belediye görünüşe göre COVID-19'dan arınmıştı (belediyelerin % 26'si) ve 373 belediyede de (belediyelerin

% 33'ü) sınırlı bulaş mevcuttu. Eyaletlere göre insidans hızı 100 bin kişi başına 1,8 ile 3.160 vaka arasında değişirken, en yüksek insidans hızı Brezilya ve Peru sınırındaki Amazonas'ta (ortalama ulusal hızın yedi katı) bildirildi. Diğer dört idari bölge (Atlántico, Caquetá, Cesar ve Sucre) ve dört özel bölge de (Bogotá DC, Barranquilla DE, Buenaventura DE ve Santa Marta DT) ülkenin ortalama hızı aşıldı (Hoz-Restrepo ve ark., 2020).

Ülke genelinde ve beş ana coğrafi bölge için hazırlanan salgın eğrisinde tecritin (kapanmanın) gevşetilmesinin ve ticari faaliyetlerin kademeli olarak açılmasının ardından Haziran (2020) ayında bulaşın yaygınlaşmaya başladığını düşündürmektedir. Mart başından 16 Mayıs'a kadar, 14 haftalık bulaşma döneminde 15 bin vaka ve 560 ölüm bildirilmişken 15 Haziran'da, 5 haftalık dönemde, vaka sayısı üç katına çıktı (47 bin vaka ve 1,545 ölüm). Amazon'da ise kapanma devam ederken dahi erken bulaşma pikleri görüldü. Eyaletlere göre spesifik ölüm hızı milyon kişide Vichada'da 0 ile Amazonas'ta 1.278 arasında değişiyordu. Amazonas'daki insidans, ulusal insidansın 7,8 katı idi (Insidans Rate Ratio (IRR) = 7,8, %95 Güven Aralığı: 6,4-9,5). Ölüm hızı sekiz idari bölgede (Atlántico, Barranquilla DE, Bogotá DC, Buenaventura DE, Caquetá, Chocó, Santa Marta DT ve Sucre) ulusal ölüm hızını aştı (Hoz-Restrepo ve ark., 2020).

Örnek alınma hızı da eyaletlere göre farklılık gösterdi. Kolombiya genelinde örnek hızı milyon kişi başına 27.203 örnek iken bu hız bölgelere göre milyon kişi başına 2.664 ile 158.681 arasında değişiyordu. Pozitiflik oranı için de benzer durum geçerliydi. Kolombiya genelinde pozitiflik oranı %17 iken, bölgelere göre %0,2 ile %79,3 arasında farklılık gösteriyordu (Hoz-Restrepo ve ark., 2020).

25 Temmuz'a kadar, Kolombiya vakalarının %92'si yerel bulaşla bağlantılıyken, importe vakalar %0,4 ve importe vakalarla ilişkili olanlar %7,8'ini oluşturuyordu. İmporte vakaların çoğunluğu (969 vakanın %68'i) Bogotá DC, Antioquia ve Valle del Cauca bölgelerine aitti. Toplam 18.796 importe ile ilişkili vaka vardı ve bunların çoğu Bogotá DC (n = 5.151), Antioquia (n = 2.156), Valle del Cauca (n = 1.806) ve Meta (n = 1.140)'da tespit edildi. Ulusal düzeyde, importe edilen bir vaka 20 temas vakası ile ilişkilendirilmiştir. İmporte vakaların geldiği ülkeler Avrupa (%39), diğer Latin Amerika ülkeleri (%29), Kuzey Amerika (%26), Orta Doğu (%6), Afrika (%0,4) ve Avustralya (%0,1) idi. İspanya ve ABD, importe vakanın en

fazla geldiği ülkelerdi (sırasıyla 258 ve 207 vaka). İlginç olarak Çin'den kaynaklı hiçbir vaka tespit edilmedi. Mart ayında, en kalabalık eyaletleri kapsayan 14 farklı coğrafi bölgede yerel bulaşma (seyahat veya seyahat geçmişi olmayan vakalar) tespit edildi. Bu dönemde sadece ülkenin doğu bölgesi bu tür vakaları bildirmedir (**Hoz-Restrepo ve ark., 2020**).

Kolombiya'da yaklaşık 140 günlük COVID-19 bulaş döneminde, vaka ve ölüm sayıları tahminlere kıyasla oldukça düşüktü. Matematiksel bir model, 21.237.000 vaka ve 212.000 ölümün, herhangi bir müdahale olmaksızın salgının ilk 100 gününde meydana geleceğini tahmin etmektedir. Ancak, bu ilk 100 günden sonra tahmin edilen vakaların yalnızca %0,3'ü ve öngörülen ölümlerin %0,7'si rapor edilmiştir.

Kolombiya erken dönemde diğer Latin Amerika ülkeleriyle karşılaştırıldığında daha düşük insidan-

sa ve ölüm hızına sahiptir. Mart-25 Temmuz döneminde Kolombiya'da COVID-19 insidans hızı 100 bin kişi başına  $478/10^5$  iken diğer Latin Amerika ülkelerinde şöyleydi: Peru  $1,212/10^5$ , Panama  $1,507/10^5$ , Şili  $1,819/10^5$ , Brezilya  $1,157/10^5$  ve Bolivya  $636/10^5$ . Benzer durum ölüm hızı içinde geçerlidir. Aynı dönemde Kolombiya için ölüm hızı 100 bin kişi başına 17 iken diğer Latin Amerika ülkelerinde daha yüksekti. Brezilya'da  $42/10^5$ , Şili'de  $49/10^5$ , Panama'da  $33,8 /10^5$ , Meksika'da  $33/10^5$  ve Ekvador'da  $32,8 /10^5$ . Ayrıca Kolombiya'da test için örnek alma hızı da diğerlerine göre daha yüksekti (**Hoz-Restrepo ve ark., 2020**).

#### 4.1. Kolombiya'da erken dönem salgın kontrol çalışmaları

Kolombiya'da ilk vakanın tespit edilmesinden sonra çok kısa süre sonra önlemler alınmaya başlandı (ilk vakaların çıkmasını takiben 10. Günde, 16 Mart 2020). Bu aşamada toplam vaka sayısı 54 iken henüz Covid-19'a bağlı ölüm olmamıştı (**Amariles ve ark., 2020**).

**Tablo 2:** Kolombiya Hükümeti tarafından COVID-19'un yayılmasına karşı alınan önlemlerin kronolojisi.

Tarih	Hükümet yanıtları
06.03.2020	Ulusal hükümet Kolombiya'daki ilk COVID-19 vakasını doğruladı
12.03.2020	Olağanüstü hal beyanı. Sosyal mesafe: tek bir yerde en fazla 500 kişi.
17.03.2020	Kara, deniz ve nehir sınırlarının 30 Mayıs'a kadar kapatılması. 70 yaşından büyükler için 31 Mayıs'a kadar zorunlu önleyici tecrit
20.03.2020	Bogotá ve diğer şehir ve departmanlarda dört günlük karantina tatbikatı
23.03.2020	İç ve dış hat uçuşlarının askıya alınması
25.03.2020	Ülke genelinde 13 Nisan'a kadar zorunlu karantina. Sağlık ve temel hizmetler personelinin hareketliliğine izin verildi (birincil ekonomik sektör).
26.03.2020	Olağanüstü hal süresince toplu taşıma hizmetlerine ilişkin tedbirler çıkarıldı.
08.04.2020	Zorunlu karantinanın ülke genelinde 27 Nisan'a kadar uzatılması.
15.04.2020	Taşımacılık sektöründeki salgının ekonomik etkilerini azaltmaya yönelik tedbirler yayınlandı.
24.04.2020	Zorunlu karantina uygulamasının ülke genelinde 11 Mayıs'a kadar ikinci uzatılması. Bölgesel otobüslerin şehir içi toplu taşıma hizmetleri sunmasına izin verildi.
26.04.2020	İmalat, kamu hizmetleri ve inşaat sektörlerinin (ikincil ekonomik sektör) 27 Nisan'dan itibaren çalışmasına izin verildi.
05.05.2020	Zorunlu karantina uygulamasının ülke genelinde 25 Mayıs'a kadar üçüncü uzatması.
11.05.2020	Üçüncül ekonomik sektörün 11 Mayıs'tan itibaren işe dönmeye izin verildi (yani perakende, bilgi teknolojisi ve mobilya).
22.05.2020	Zorunlu karantinanın ülke genelinde 31 Mayıs'a kadar ve olağanüstü halin 31 Ağustos'a kadar uzatılması.
28.05.2020	Ülke genelinde zorunlu karantinanın beşinci uzatımı 30 Haziran'a kadar. Alışveriş merkezleri ve kuaförlük hizmetlerinin (hizmet sektörü) 1 Haziran'dan itibaren açılmasına izin verildi.
30.05.2020	Taksiler 1 Haziran'dan itibaren hizmet verebilir.

**Kaynak :** Arellana ve ark., 2020.

Kolombiya'da virüsün yayılmasını kontrol altına almak için fiziksel (sosyal) mesafeyi korumaya yönelik ilk adımlar, 9-11 Mart tarihlerinde özellikle büyük şehirlerin belediye başkanları tarafından yerel düzeyde atıldı. Yerel ve ulusal yetkililer arasında anlaşmazlıklar çıkması üzerine 12 Mart'ta Cumhurbaşkanı, liderlerin alınan önlemleri birleştirmesine izin veren olağanüstü hal ilan etti. Olağanüstü hal 31 Ağustos'a kadar devam ettirildi (**Arellana ve ark., 2020**). (*Kolombiya bölgesel otoritelerin kısmi özerkliğine sahip üniter bir cumhuriyettir. Kolombiya anayasasına göre, ciddi bir kamu felaketi teşkil eden olaylar meydana geldiğinde, cumhurbaşkanı, tüm bakanların imzasıyla olağanüstü hal ilan edebilir ve kararname çıkarma yetkisine sahiptir (Arellana ve ark., 2020).*)

Kolombiya hükümeti, 18 Mart 2020'de okulları ve üniversiteleri kapatma, neredeyse tüm yüz yüze çalışma faaliyetlerini iptal etme (altı kişiden fazla kişinin biraya getiren), ulusal ve uluslararası kara ve hava yolculuğunu durdurma, tüm kamu ve özel toplantıları iptal etme ve diğer önlemlerin yanı sıra 70 yaşın üzerindeki kişiler öz izolasyon getiren 420 sayılı Kararname'yi yayınladı. Bu düzenlemeler, Mayıs ayının ilk haftasına kadar yürürlükte kaldı (**Hoz-Restrepo ve ark., 2020**). Temel üretim alanları (kamu yönetimi, finans sektörü, tarım ve kamu hizmetleri) dışında tüm sektörler karantina kapsamına alındı (**Morales ve ark., 2020**). Ek olarak, 21 Mart'tan itibaren Kolombiya, Medellin ve Bogota gibi en kalabalık şehirlerde yabancıların girişini kısıtladı, barları ve kulüpleri kapattı ve kente gelen kişilere birkaç gün karantina uyguladı (**Amariles ve ark., 2020**).

Tecrit (kapanma) başlangıçta 13 Nisan'a kadar tanımlanmış olsa da ülkedeki doğrulanmış vakalar dikkate alınarak birkaç kez kapanma süresi uzatıldı, 31 Mayıs'a kadar kapanma devam ettirildi. Bu dönem boyunca, ulusal ekonomi üzerinde daha büyük bir etkiden kaçınmak için ekonomik sektörlerin kademeli olarak yeniden faaliyete geçmesine izin verildi, bu sektörlerin kontrolü yerel yetkililerce sağlandı (Tablo-1), (**Arellana ve ark., 2020**).

Ekonomik, sosyal ve ekolojik acil durumlarda toplu taşıma hizmetlerinin sağlanmasına ilişkin tedbirler almak için 26 Mart 2020 tarih ve 482 sayılı Yürütme Kararı yayınladı. Bu kararname ile, toplu taşıma hizmetlerinin sağlanmasını garanti altına almak için tavsiyelerde bulunmak ve kararlar almak için hükümet, üst düzey yetkililerden oluşan Lojistik ve Ulaşım Merkezi'ni kurdu. Bu kararname, karantina ve önleyici izolasyon önlemlerinden türetilen yeni

talep koşullarına göre ulaşımı ayarlamayı ve sağlıklı koşullarda tedarik zincirinin devamlılığını garanti etmeyi, mal ve hizmetlerin sağlanması için bazı nakliye maliyetlerini düşürmeyi amaçlamaktadır. (**Arellana ve ark., 2020**).

Kolombiya Bulaşıcı Hastalıklar Birliği-Colombian Association of Infectious Diseases (ACIN), COVID-19 vakalarının yönetimi için derhal bir fikir birliği oluşturdu ve vakaları evde yönetmek için kriterleri oluşturdu. Bu karar önemli bir bulaş kaynağı olan nozokomiyal enfeksiyon oranını azaltmaya katkıda bulunmuş olabileceği ifade ediliyor (**Hoz-Restrepo ve ark., 2020**).

Tanı için örnek (RT-PCR) alınma kriteri Mart'tan Haziran'a ağırlıklı olarak seyahat veya gezginlerle temas öyküsü olan semptomatik vakaları kapsıyordu. Oysa Nisan ayından itibaren importe bulaş, yerel bulaşa dönmüştü. Temmuz ayında test kriterleri, risk faktörleri olan veya olmayan semptomatik ve asemptomatik şüpheli vakaları içerecek şekilde genişletildi (**Hoz-Restrepo ve ark., 2020**).

Kolombiya, surveyans kapasitesini artırdı. İlk hafta haftada 3 binden daha az numune alınırken, 2020 yılı Temmuz ayında numune sayısı 600 bine yükseldi. Ancak numune almada eyaletler arasında büyük eşitsizlikler vardı. En büyük üç şehir, PCR testi yapabilen laboratuvarların %60'ına (36/60) sahipken 33 eyaletten 12'sinde böyle bir tesis bulunmamaktadır. Bu bölgelerdeki halk sağlığı çalışanlarının vakaları onaylamak için 15 güne kadar beklemesi gerekir, bu durum temasları tespit etme ve takip etme becerilerini ciddi şekilde engellemiştir (**Hoz-Restrepo ve ark., 2020**).

**4.1.1.Yeniden açılma planı:** 1 Eylül'de ulusal karantinaya son verildi, yeniden açılma devreye sokuldu. Daha önce bildirilmiş COVID-19 vakası olmayan bazı küçük belediyeler 14 Mayıs'ta yeniden açılmaya başlamıştı. Bununla birlikte Duque, ulusal sağlık acil durumunu yürürlükte tutmaya devam etti. Bu arada, Bogota'da Belediye Başkanı Claudia López, belirli işletmelerin ne zaman ve hangi kapasiteyle faaliyet göstermesine izin verileceği konusunda belirli kısıtlamalar uyguladı. López, ilk olarak başkentten yeniden açılışına 15 Haziran'da başladı. İnşaat, ticaret merkezleri, ev içi ve kayıt dışı çalışanlar için kademeli çalışma saatlerine geçildi. Buna karşın vakalar istikrarlı bir şekilde artması ve yoğun bakım üniteleri kapasitenin tamamına yaklaşılması ile López, Bogota'nın 20 bölgesinden 15'inin 13 Temmuz

ile 23 Ağustos arasında 15 gün süreyle katı bir karantinaya geri döneceğini söyledi. López, 21 Temmuz'da planı değiştirerek şehrin 8 milyon sakininin 5 milyonunu, programda başlangıçta planlanandan daha erken karantina altına alınırken, şehir genelinde karantina olasılığını ortadan kaldırdı. Kolombiya mahkemeleri 17 Haziran'da yeniden açılmaya başladı (halka açık olmayan ve sanal duruşmalara öncelik verilerek). Bazı toptan ve perakende sektörleri 11 Mayıs'ta yeniden açıldı. İnşaat ve imalat sektörleri ise 27 Nisan'dan beri faaliyet gösteriyor (**Gonzales ve ark., 2020**).

**4.1.2. Hafifletme-Etki azaltma önlemleri:** Duque ilk olarak 12 Mart'ta ulusal sağlık acil durumu, 17 Mart'ta ilk olağanüstü hal ve 24 Mart'ta ulusal karantina ilan etti. 6 Mayıs'ta Duque ikinci bir 30 günlük olağanüstü hal ilan etti. Duque, 19 Mayıs'ta 12 Mart'tan beri yürürlükte olan ulusal sağlık acil durumunu 31 Ağustos'a kadar uzattı. Bir Bogota bölge mahkemesi 11 Ağustos'ta, 70 yaşın üzerindeki kişiler için ekstra karantina kısıtlamalarının yasal olmadığı ve tüm yetişkinlerin yaşlarına bakılmaksızın aynı düzenlemelere tabi olması gerektiğine dair bir kararı onayladı. Mart ayında olağanüstü hal yürürlüğe girdiğinden, yaşlı vatandaşların çeşitli zamanlarda evlerinde kalmaları istenirken, 18-69 yaşları günün belirli saatlerinde dışarı çıkabiliyordu. Ekstra kısıtlamalara itiraz edenler arasında eski Bogota Belediye Başkanı Maurice Armitage, eski Başkan Yardımcısı Humberto de la Calle ve Nisan ayında 70 yaşına giren eski başkan adayı Clara López de vardı. Bogota 13 Nisan'da hareketi cinsiyete göre kısıtlamaya başladı: Erkekler "tek" günlerde, kadınlar "çift" günlerde dışarı çıkıyor. Trans ve cinsiyeti belirli olmayan bireylerin tanımlandıkları cinsiyetle dışarı çıkmalarına izin verildi. Bu durum ayrımcılık ve şiddet raporlanmasına yol açtı (**Gonzales ve ark., 2020**).

**4.1.3. Seyahat ve sınır kısıtlamaları:** İlk olarak Venezuela ile sınırı 14 Mart'ta kapattıktan sonra Duque, 17 Mart gece yarısı itibarıyla Kolombiya'nın tüm sınırlarını ve limanlarını giriş için kapattı ve yalnızca belirli ithalat sevkiyatlarına izin verdi. Giriş yasağı hem vatandaşlar hem de yabancılar için aynı ölçüde geçerliydi. Ülkenin sınırları kapandı, belediyeler arası seyahat 30 Haziran'a kadar yasaklandı. Ulaştırma Bakanı Ángela María Orozco 20 Mayıs'ta uluslararası uçuşların 31 Ağustos'tan önce devam etmeyeceğini söyledi. 23 Haziran'da Ekvador ve Kolombiya, birbirlerinin ülkelerinde mahsur kalan vatandaşların bir kara sınır kapısından evlerine dönmelerine izin veren bir plan açıkladılar. Duque, Kolombiya'nın en

güneydeki Amazonas eyaletinde yaşanan vakaların artmasının ardından Mayıs ayı ortasında Brezilya ile güneydoğu sınırı boyunca askeri varlığını artırdı. Kolombiya vilayetinin Peru ile daha uzun bir sınırı var, ancak bu ülke sınırlarını tamamen kapattı (**Gonzales ve ark., 2020**).

**4.1.4. Okulların kapatılması ve kısıtlamalar:** Hükümet, 16 Mart'ta tüm yüz yüze dersleri askıya aldı. Devlet okulları ve üniversiteler, 30 Temmuz'a kadar sanal sınıflar düzenlemeye devam edecek. 11 Ağustos'ta Duque, hükümetinin derhal geçerli olmak üzere, devlet üniversitelerindeki yaklaşık 400.000 düşük gelirli öğrencinin öğrenim ücretinin "neredeyse yüzde 100'ünü" ve diğer 169.000 öğrencinin ücretlerinin yüzde 70'ini sübvansedeceğini duyurdu. Hükümetin bunu pandeminin öğrenmeye getirdiği engelleri azaltmanın bir yolu olarak yaptığını söyledi (**Gonzales ve ark., 2020**).

Temel bir strateji olan halk sağlığı laboratuvarları güçlendirilmeye çalışarak ulusal düzeyde 4 ayda toplam 119 laboratuvar test yapar hale getirildi. Ulusal Sağlık Enstitüsü (INS) aracılığıyla üniversiteler ile özel ve kamu sektörlerini içeren laboratuvarlar ağı oluşturulması hedeflendi. Test kapasitesi artırıldı. Eylül ayında 2 milyondan fazla test yapıldı (**Minsalud, 2 Eylül 2020**).

Yatak sayısı yetişkinler için 39,989'den 44,033 yatağa (4.044 ek yatak); yoğun bakım yatağı 5,346 yataktan 10,115 yoğun bakım yatağına (4,769 ek yatak) yükseltildi. Yoğun bakım yataklarındaki artış ventilatörleri, infüzyon pompalarını ve monitörlerini de içermektedir. Ek sağlanan ventilatör sayısı 4,773, monitör sayısı 3,884 monitör ve infüzyon pompası sayısı 3,886 idi (**Minsalud, 3 Eylül 2020**).

## 4.2. Salgının kontrolünde birinci basamak hizmet modeli

Kolombiya'da erken dönem salgın kontrolünde başarı ile ilgili temel sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirmek için yenilikçi bir hizmet sunma modeli uyguladığına dikkat çekiliyor. Kolombiya modeli, hastaları, sağlık emekçileri ve toplulukları olası bulaşmalardan korurken, hizmetlerin sürekliliğini garanti etmek ve en savunmasızları korumak için tele-tıp ve evde bakımdan kapsamlı bir şekilde yararlandığı vurgulanıyor (**Pulida, 2020**).

Kolombiya'da 28 Mart 2020'de Sağlık ve Sosyal Korumaya Bakanlığı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin önleyici izolasyon altındaki kişilere nasıl sunulması



gerektiğini belirten bir karar aldı. Karar kendi kendine bakım ve güvenlik rehberliği, eve ilaç siparişi etme, evde bakım hizmetlerinden yararlanmayı da içeren bir tele-tıp konsültasyonu ve uygun olduğunda hastane bakımına yönlendirmeyi içeriyordu. Evde bakıma sevk edilen hastalar, gerekli görülmesi halinde laboratuvar testleri yapabilen, ilaç temin edebilen veya hastaneye sevk eden bir sağlık emekçileri tarafından ziyaret edilecekti. Bu karar ile aile yaklaşımı öne çıkartılıyordu. Sağlık kurumlarının, doktorların ve hemşirelerin aile yaklaşımı benimsemesi ve tele-tıp kullanmak için eğitilmeleri sağlanması hedefleniyordu. Bu karar ile sigorta şirketlerinin, Sağlık Bakanlıklarının ve Ulusal Sağlık Bakanlığının desteğinin alındığı çok yönlü bir yaklaşım (teknolojilerin kullanımı, veri gizliliği yönleri ve tanımlanan standartlara göre hizmetin sunulması için teletıp araçlarının yeterli kullanımını içeren rehberlik ve kısa kurslar) izlendiği belirtiliyor. Bu kararın COVID-19'un tedavisi ve önlenmesi, hastalığa yakalananların dikkatini, ilgisini ve işbirliğini gerektirmesi nedeniyle kritik olduğuna dikkat çekiliyor. Yine bu modelin uygun beceri karışımına ve rol ve görev dağılımına sahip çok disiplinli ekiplerden (hekim, hemşire ve teknisyenler) yararlanarak sınırlı sağlık emekçilerinden en iyi şekilde yararlanmayı amaçladığını vurgulanıyor. Özellikle ulaşılması zor topluluklar için sağlık hizmetlerine erişimi artırmada aracı olan toplum sağlığı çalışanlarını içermesinin önemli olduğunun altı çiziliyor. Tele-tıp ve evde bakım hizmetinin aklı yetişkinler ve kronik rahatsızlığı veya bağışıklık sistemi baskılanması olan kişiler gibi COVID-19'dan en çok risk altında olan popülasyonlar için özellikle faydalığı olduğu belirtiliyor. Modelin aynı zamanda diyabet, hipertansiyon ve ruh sağlığını tedavi etmek için genel birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimi de destekleyebileceğine yer veriliyor (**Pulida, 2020**).

Kolombiya'da salgın sırasında birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirmek için yukarıda bahsedilen hizmet sunum modelinin uygulanması, devam eden ve heterojen bir süreçtir. Bu uygulama, ülkenin farklı bölgelerinde, özellikle mevcut sigorta modeli ve kamu ve özel sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından sunulan farklı erişim ve bakım modelleri ile ilgili çeşitli zorluklarla karşı karşıya kalmıştır. Bununla birlikte, sağlıkla ilgili acil durumlarda ve genel olarak güçlü temel sağlık bakım sistemlerinin teşvik edilmesinde hayati önem taşıdığına inanılan üç temel çıkarım belirlenmiştir. Birincisi, kriz zamanlarında temel ve rutin sağlık hizmetlerinin kapsamını ve devamlılığını koruyan sistemlerin mevcut olması gerekir. İkincisi, güçlü tele ve evde bakım

hizmetleri, özellikle pandemi sırasında güçlü bir birinci basamak sağlık hizmetleri sisteminin temel bileşenleridir. Tele bakım ve evde bakım ile, hizmetlere erişirken kişiden kişiye bulaşma olasılığını azaltırken, hastaların kilit sağlık hizmetlerine erişimini sürdürülmesi sağlanmıştır. Son olarak, en savunmasızların sağlığı en yüksek öncelik haline getirilmelidir. Hem birinci basamak sağlık hizmetlerinde geçici sunum süreçlerinin geliştirilmesi hem de hizmetlerin açık bir şekilde önceliklendirilmesi, sağlık sistemi direncini teşvik eden ve acil durumlarda en savunmasızları koruyan araçlardır. Temel sağlık hizmetlerini iyileştirmek (ve uyarlamak) sağlık eşitsizliklerini azaltmanın en akıllı yoludur (**Pulida, 2020**).

Kolombiya'da birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygulanmasına katkılarına ve pandemideki rollerini ele alan çalışmalarında PubMed, LILACS, MEDLINE ve Kolombiya, Dünya Sağlık Örgütü ve Pan Amerikan Sağlık Örgütü'nde yayınlanan resmi belgeler ve yönetmeliklerden 33 belgeye ulaşarak değerlendirmelerde bulunmuştur. Kolombiya'da alınan önlemlerin sosyal izolasyon, hastane sisteminin güçlendirilmesi ve uzaktan hizmet sunumuna odaklandığını tespit edilmiştir. Salgını kontrol etme ile ilgili stratejiye rağmen ülkenin sosyoekonomik ve sağlık eşitsizliğinin ağırlaştırdığı sağlık hizmetleri olanaklarının azalması, tecritten kaynaklanan ruh sağlığı sorunları ve ardından ekonomik zorluklar gibi yeni sorunlar ortaya çıkarttığı vurgulanmıştır. Yine bu yaklaşımın salgının birinci basamakta karşılanması deneyimiyle (Çin, Vietnam, Küba ve Kosta Rika'da aktif vaka araştırmasını içeren ve devlet kurumlarında kurumsal izolasyon, vaka takibi ve stratejik lokasyonda enfekte olan temaslıların özelliklerini ortaya koyan epidemiyolojik gözetimden oluşan BBSH tabanlı stratejileri) çalıştığı vurgulanmış ve Kolombiya'da birinci basamak sağlık hizmetleri, COVID-19 pandemisine ve bu durumdan kaynaklanan sorunlara ve ihtiyaçlara yanıt vermek için bir fırsatı da ortaya koyduğuna dikkat çekilmiştir (**Rincon ve ark.,2021**).

Ülkedeki pandemiye ilk müdahale izolasyon ve öz bakıma dayanıyordu. Üç ay sonra, izolasyon önlemleri daha esnek hale getirildi ve daha yüksek günlük vakalarda sürekli artışa rağmen ekonomik sonuçları önlemek için ulusal düzenlemelere 43 istisna getirildi ve bu da hastalık önleme önlemlerinin önemini nasıl küçümsendiğini gösterdi. Benzer şekilde Covid-19 vakalarının belirlenmesinde yalnızca semptomatik hastalar test edilirken asemptomatik popülasyon ve başvurmayanları görmezden gelindi (**Rincon ve ark.,2021**). Sermayenin çıkarlarına odaklanan strateji yerleştirilmiş oldu.

Kolombiya Temel Sağlık Hizmetleri (PHC) sisteminin bu performans değerlendirmesi' raporu mevcut BBSH'nin pandemiye yanıt verme kapasitesi ile ilgili de "Genel olarak, bu acil duruma müdahale, virüsü önlemek, hafifletmek ve kontrol etmek için BBSH önlemlerini açıkça içermemektedir. Kılavuzlar, savunmasız nüfuslara temel sağlık hizmetlerinin sağlanmasının sürekliliğini teşvik etmek için formüle edilmiştir, ancak önerilen müdahaleler, vatandaşların ve sosyal katılımın veya sağlık hizmeti sağlayıcıları ile hastalar arasında önleyici iletişimin çok az olmasını sağlamıştır. Ek olarak, şüpheli ve doğrulanmış SARS CoV-2 vakalarının surveyansının yanı sıra ilgili diğer hastalıkların eş zamanlı surveyansı için BBSH kullanımında değişkenlik olmuştur" denilmiştir. Kolombiya toplum tarafından algılanan mesafe ve maliyetle ilgili sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller 2010'dan bu yana istikrarlı bir şekilde azaldığı, bununla birlikte hizmetlerin algılanan kalitesiyle ilgili engeller nispeten sabit kaldığı belirtilmiştir. Yine BBSH'nden yararlanma konusunda eşitsizlikleri varlığını sürdürdüğüne yer verilmiştir. Vaupes, Amazonas, Chocó, Vichada, Guainía ve La Guajira eyaletleri, DTP3 ile aşılama, modern doğum kontrol yöntemlerinin kullanımı ve anneleri dörtten fazla doğum öncesi konsültasyon almış yenidoğanlar gibi göstergelere dayalı olarak daha düşük kapsama yüzdelere sahiptir. Raporda Kolombiya, halk sağlığı sorunlarını ele almak için çeşitli düzenlemeler (Kanunlar, Kararnameler, Kararlar) oluşturulduğu, bununla birlikte bunların BBSH'ne yönelik net bir yönelimi olmadığı ifade edilmiştir (**World Bank Group,2020**).

#### 4.3. Kolombiya'nın erken dönem salgın kontrolündeki başarısı

Kolombiya'daki Mart-25 Temmuz arası COVID-19 salgınının epidemiyolojik analizini yapan ve bu dönemle ilgili verileri paylaşan Hoz-Restrepoa ve ark. (2020) bu düşük insidans ile ilgili değerlendirmeler yapmıştır. Erken dönem başarıyı açıklayan faktörlerden önlemlerin erken başlatılması ve erken alınan oldukça sıkı tecrit (karantina) kararı olarak belirtilmektedir (**Hoz-Restrepoa ve ark., 2020**). Kolombiya erken tecrit uygulama kararı ile bölgedeki diğer ülkelerden farklılaşıyordu. Brezilya ve Meksika hükümetleri, potansiyel şiddetli akut solunum yolu sendromu koronavirüs 2 (SARS-CoV-2) tehdidini görmezden geldi ve sonuç olarak, bu ülkeler pandemiden ağır darbe aldılar. Bununla birlikte, tecrit uygulayan diğer ülkelerde (Şili ve Peru) Kolombiya'dan daha yüksek ölüm ve vaka oranlarına sahipti; bu, kapanmanın etkililiğindeki farklılık-

lar, testlerdeki farklılıklar ve bazıları sosyal ve iklim koşullarıyla açıklanmaya çalışıldı (**Hoz-Restrepoa ve ark., 2020**). Ülkenin başkenti Bogotá DC'de uygulanan tecritin başarısının kanıtı olarak Cundinamarca bölgesindeki az sayıdaki vaka gösterildi. Bogotá DC, yaklaşık üç milyon insanı barındıran sayısız Cundinamarca belediyesi ile çevrilidir ve Bogotá DC'ye gidip gelen insanların sürekli hareketliliği vardır. Kapanma bu hareketliliği durdurdu ve şimdiye kadar Cundinamarca, Bogota DC'den yaklaşık beş kat daha düşük bir insidans oranına sahip oldu (**Hoz-Restrepoa ve ark., 2020**).

Düşük insidans ve ölüm oranlarına yönelik birkaç faktör daha ileri sürülmüştür. Birincisi hava durumudur. Kolombiya'da solunum yolu hastalıkları çoğunlukla yağmurlu mevsimlerde pik yamasına karşın ülke, Ekim 2019'dan Haziran 2020'ye kadar süren alışılmadık derecede uzun bir kurak mevsim yaşamıştır. Yağmur ülkenin çoğu bölgesinde Haziran ayının sonlarında başlamış ve tecritin sona ermesiyle aynı zamana denk gelmiştir. Mayıs ayından sonra gözlenen vaka ve ölümlerdeki artışta her iki faktörün de potansiyel rolü henüz tam olarak belirlenmemiştir (**Hoz-Restrepoa ve ark., 2020**). İkincisi Kolombiya'nın SARS-CoV-2'nin mortalite üzerindeki etkisini hafifletmiş olabilecek nispeten genç bir nüfusa sahip olmasıdır (**Amariles ve ark., 2020**). Üçüncüsü, tanı için örnek (RT-PCR) alınma kriteri Mart'tan Haziran'a kadar ağırlıklı olarak seyahat veya gezginlerle temas öyküsü olan semptomatik vakalarla sınırlı olmasıdır. Oysa Nisan ayından itibaren impo- te bulaş, yerel bulaşa dönmüştü. Buna rağmen test kriteri değiştirilmedi. Ancak temmuz ayında test kriterleri, risk faktörleri olan veya olmayan semptomatik ve asemptomatik şüpheli vakaları içerecek şekilde genişletildi (**Hoz-Restrepoa ve ark., 2020**).

Dördüncüsü gözden kaçırılan vakalardır. Bazı surveyans göstergeleri, Kolombiya'nın önemli sayıda vakayı gözden kaçırmış olabileceğini gösteriyor. İlk olarak, örnekleme oranının bölümlere göre büyük farklılıklar gösterdiği bulunmuştur. Amazonas'taki örnekleme oranına diğer departmanlar tarafından ulaşılsaydı, vaka sayısının sekiz kat artacağını göstermektedir. Yine impo- te vaka başına COVID-19 pozitif temas oranı, bazı departmanların çoğu impo- te vakayı izleyemediğini göstermektedir. En yüksek insidans oranlarına sahip üç eyalet/ilçede, pozitif temasların impo- te vakalara oranı ulusal ortalamanın 4 ila 12 katı olmuştur (19'a 1). İmpo- te vakalara göre yüksek pozitif temas oranları, tüm

importe vakaları tespit etme ve izleme kapasitesinin eksikliğini göstermektedir (**Hoz-Restrepo ve ark., 2020**).

Beşincisi ilk vaka tespiti öncesi vakaların olabileceğine dair bulgulardır. İlk importe vaka 2 Mart'ta tespit edilmiş olsa da bulaşın Şubat ayında veya hatta Ocak ayı sonunda başlamış olması kuvvetle muhtemeldir. Mart ayında birkaç uzak bölgede importe vakalarla bilinen bağlantıları olmaksızın yerel vakalar eşzamanlı olarak tespit edilmiştir. Mart ve Nisan aylarında yapılan testlerdeki sınırlamalar göz önüne alındığında, Şubat ayında tespit edilmeyen bulaşmanın sonraki hastalık yayılma modelindeki rolünü belirlemek zordur (**Hoz-Restrepo ve ark., 2020**).

Kolombiya'nın COVID-19 krizine müdahalesini gözden geçiren Cardenas ve Martinez (Temmuz, 2020) erken dönem yanıtın (sıkı kapanma, temaslı izlenmesi ve yoğun bakım kapasitesinin artırılması) bulaşma hızını yavaşlattığına ve aşırı ölümleri önleyerek sağlık sistemini güçlendirmek ve yoğun bakım ünitesi kapasitesini artırmak için ek zaman sağladığına dikkat çekmektedir. Bununla birlikte test ve temaslı takip kapasitesi yetersizliği, yoğun bakım doluluk oranı kırmızı alarmda olması, virüsün yayılmasına rağmen insanları sokaklara geri çeken karantina yorgunluğu var, kabul edilen ekonomik önlemler, büyük bir durgunluktan ve yoksulluk ve eşitsizlikte önemli bir geri dönüşten kaçınmak için yetersiz kalması gibi zorlukların varlığına dikkat çekmiştir .

### 5. Salgının Kontrolünden Çıkışı

Kolombiya'da Covid-19 pandemisi Ağustos 2020 ve Aralık 2020 tarihlerinden vaka sayılarında ciddi artışlarla kendini gösterdi. Bu artışlar yeni önlemlerle ilgili kararların alınmasına yol açtı.

İki Ağustos tarihinde Sağlık ve Sosyal Koruma Bakanı Fernando Ruiz, Test, İzleme ve Sürdürülebilir Seçici İzolasyon Programını (PRASS) oluşturan Önleme ve Eylem içeren 1109 sayılı Kararı açıkladı. Adı üzerine bütünlüklü bir önlem yerine seçici önlemler tarzı yaşama geçirildi. PRASS, pozitif vakaları testten önce bile aileleriyle izole etmek , test yapma ve ekonomik destek sağlamayı içeriyor. PRASS ile ailelerin en katı şekilde tecrit edilmelerini sağlamak ve bulaşmayı önlemek amaçlandı. Örnekleme açısından, il ve ilçe sağlık kurumları bunu iki durumda yapacaklardır: Kalabalık bulaşlar ve ve sigortasız yoksul nüfus bulaşları. Bireysel bakım söz konusu olduğunda, numuneler EPS'ler, tazmin etmekle yükümlü kuruluşlar ve özel sistem yöneticileri tarafından alınmalıdır kararı verildi. İzolasyonun sürdürülebilirliği için pozitif vakaları olan hanelerin önleyici izolasyonunu desteklemek ekonomik katkıyı EPS'lerinden (veya bir meslek has-

talığı ise ARL'lerinden) alacakları açıklandı. Buna ek olarak, katkıda bulunan sisteme kayıtlı, Covid olan ancak engelli olmayan kişiler, uzaktan çalışmaya öncelik vermeleri kararlaştırıldı (**Minsalud, 11 Ağustos 2020**).

26 Ağustos 2020 tarihinde 1462 sayılı Karar ile Sağlık ve Sosyal Koruma Bakanlığı, Covid-19 nedeniyle sağlık acil durumunu 30 Kasım'a kadar uzattı. Bu uzatmanın, kendisine yol açan sebeplerin ortadan kalkması halinde belirtilen tarihten önce bitebileceğine veya devam etmesine veya artmasına bağlı olarak sürenin tekrar uzatılabileceğine de yer verildi. Covid-19'un yayılmasını önlemek ve kontrol etmek ve etkilerini azaltmak için, insanların kalabalıklaşmasını içeren kamuya açık veya özel etkinlikleri yasaklamak gibi önlemler alındı. "50'den fazla kişinin katılımını içeren kamusal veya özel nitelikteki etkinlikleri yasaklandı. 50 kişiye kadar kişinin katıldığı halka açık veya özel etkinlikler, kalabalık olmaması ve bunların Bakanlık tarafından yayınlanan biyogüvenlik protokollerine uyulmasını istendi. Kararda 70 yaş üstü kişilere önleyici olarak kendi kendine tecrit (gönüllü tecrit) ve halka sosyal etkinliklere katılmama tavsiyeleri de yer aldı (**Minsalud, 26 Ağustos 2020**).

Artan vakalar nedeniyle 6 Ocak 2021 tarihinde Sağlık ve Sosyal Koruma Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı, ülkenin tüm belediye başkanlarına ve valilerine hitaben ortak bir genelge yayınladı. Bu genelge yoğun bakım doluluk düzeyine göre (%70, %80 ve % 85'in üzeri) farklı tedbirleri gündeme gelmesini içeriyordu. Toplumsal hareket kısıtlılığı, araç hareketliliğinin kısıtlanması, ticari faaliyet için kimlik numarası kısıtlaması, genel ve özel toplantıların yasaklanması, bar ve restoranların ve alkollü içecek satışı ve tüketiminin sınırlandırılması, yoğun bakımda sürekli denetim yapılması, ameliyatların kısıtlanması vb. Yine Aralık ayında, Sağlık ve Sosyal Koruma Bakanlığı'na ülkeye gelen uluslararası uçuşlarda tüm yolcular için negatif bir PCR testi sonucu talep etmesi emrini veren bir koruma kararı verildi (**Minsalud, 6 Ocak 2021**). Bu önlemler daha çok toplumsal yaşamın sınırlanması, üretimin devam etmesi anlamını taşıdığı dikkate çekiyor. Kolombiya'da salgın kontrolünde ekonomi esaslı stratejiyi benimsediğini söyleyebiliriz. Güncel açıdan Kolombiya ve Ekvador Mu varyantının sıklığı ile de gündemdedir. Küresel Mu varyantının prevalansı %0.1'den düşük iken Kolombiya'da %39 ve Ekvador'da %13 gibi yüksek olup artmaya da devam etmektedir. DSÖ tarafından izlenen beşinci variant olan aşya direnç ile de Mu varyantı pandeminin seyrinde kritik önem taşıyor (**news.un.org., 2021**).

### 6. COVID-19 Aşılama Hizmetleri

Kolombiya hükümeti Pfizer ve AstraZeneca'dan 40

milyon doz sözü aldıktan sonra 18 Aralık 2020'de aşı programını açıkladı. Toplu aşılama Şubat 2021'de başladı. Uygulama DSÖ önerisi ile uyumlu beş aşamalı gerçekleşti. Programa göre ilk aşamada ön safalarda yer alan sağlık ve destek çalışanları ve 80 yaş üstü kişilere (17 Şubat 2021), ikinci aşamada kalan tüm sağlık ve destek çalışanları, 60-79 yaşları arasındaki kişiler ve kontrol birimi görevlilerine (15 Mart 2021), üçüncü aşamada 50-59 yaş arası kişiler, 16-49 yaş arası komorbiditesi olan kişiler ve tüm ilköğretim ve lise öğretmenlerine (21 Mayıs 2021), dördüncü aşamada riskli meslekler ve durumlara uğraşan kurumsal bakıcılar ve nüfus, komorbiditesi olmayan 40-49 yaş arası kişilere (15 Haziran 2021) ve beşinci aşamada 16-39 yaşları arasında komorbiditesi olmayan kişilere (14 Temmuz 2021) yer verildi (**Wikipedia Kolombiya, 2021**).

Kolombiya aşılama programında tek aşı ile sınırlı kalmadı. Beş aşı ile programı yürüttü: Pfizer-Biontech (15 milyon doz), Sinovac (11.5 milyon doz), Oxford-AstraZeneca (10 milyon doz), Janssen (11.5 milyon doz) ve Moderna (10 milyon doz). Şirketlerle anlaşmanın yanısıra COVAX programı 20 milyon doz aşı da programa dahil edildi (**Wikipedia Kolombiya, 2021**).

Toplumun aşı yapılma konusunda motivasyonu zaman içinde arttı. Aşı yaptırmak isteyenler 9 Kasım - 10 Aralık 2020 tarihleri arasında Kolombiyalıların sadece yarısını oluşturuyordu. Bogota'da 9-25 Şubat 2021'de yapılan bir ankette bu oran %58'e, Ocak ve Mart 2021 arasında 23 şehirde yapılan anketlerde ise erkeklerde %76'sının ve kadınlarda %70'e yükseldi (**Wikipedia Kolombiya, 2021**).

Ülkede yaşayan yabancıların ve yerli halkların aşılama farklı sorunlara yol açtı. Aralık 2020'de Başkan Duque, belgesiz Venezüellalı göçmenlerin aşılama sürecinin uygun olmayacağını söyledi. Ocak 2021'de Kolombiya'daki diplomatik veya konsolosluk görevlisi olan yabancıların aşı yapılacağına yer verildi. Brezilya varyantının gündeme gelmesi ile Kolombiya hükümeti Brezilya sınırındaki sınıra komşu yerli halkların bulunduğu bölgede 18 yaş ve üzeri tüm nüfusu aşılama kararı aldı, amaç Brezilya varyantının ülkeye girmesini sınırlamaktı (**Wikipedia Kolombiya, 2021**).

Aşı konusunda güncel bir gelişmede aşı olmayanlara evde kalma, para cezası ve hapis cezası verilmesi oldu. Çıkarılan kararnameye göre, aşısız kişiler yalnızca sağlık hizmetlerine erişmek veya aşı olmak için evden çıkabilecekleri belirtildi (**France24**).

11 Ekim 2021 tarihi itibarıyla ülke genelinde 42.9 milyon doz aşı yapılmış, 18.5 kişiye iki doz aşı yapılmıştır.

Tam aşı nüfus %36.4 olup DSÖ'nün %40 hedefinin bile altındadır (**Wikipedia Kolombiya, 2021**).

## 7. Salgında Sağlık Emekçileri

Erdem ve Lucey (2020) tarafından yapılan çalışmada 37 ülkede sağlık emekçileri enfekte olmaları ve ölümleri ele alınmıştır. Bu çalışmada Kolombiya'ya ait verilerde paylaşılmıştır. Mart-Ağustos arasında 3,655 sağlık emekçisinin enfekte olduğu ve bunların 31'inin hayatını kaybettiği saptanmıştır. Kolombiya'ya ait sağlık emekçilerinin mortalite hızı yüz binde 0.06 olarak hesaplanmıştır. Enfekte olan Kolombiyalı sağlık emekçilerinin 1,738'i hemşire, 1,315'i diğer sağlık ve 602'si hekim olarak belirtilmiştir. Covid-19 nedeniyle hayatını kaybedenlerde ise hekimler öne çıkmıştır (14 hekim, 10 diğer sağlık emekçileri ve 7 hemşire) (**Erdem ve Lucey, 2020**).

Resmi istatistiklere göre belirtilen covid-19'a bağlı sağlıkçı ölümlerinin çok daha fazla olduğu, sağlık örgütlerinin COVID-19'dan ölen en az 165 sağlık çalışanını anmak için 5 Kasım'da Bogota'da gerçekleştirdiği gece nöbeti eyleminde dile getirildi. Sağlık örgütleri (ANTHOC gibi sendikalar) bu tarihte resmi istatistiklerde 93 ölüm bildirdiğini, pandemiye bağlı sağlıkçı ölümlerinin gizlendiği ve sayının az gösterilmeye çalışıldığını dile getirdiler. Sendikalar, sağlık çalışanlarının daha ağır bir iş yükü ile daha uzun saatler çalıştıklarını ve aynı zamanda ücretlerinde düşüş yaşadıklarını **söylediler (Justice for Colombia, 2021)**.

Bu iddialara rağmen Sağlık Bakanı Ruiz 3 Aralık 2020 tarihinde yaptığı açıklamada pandemi sırasında 120 doktorun (98 pratisyen ve 22 uzman) hayatını kaybettiğini paylaştı. Uzman hekimlere ait branşlar da şu nlardı: Anesteziyoloji, iç hastalıkları, jinekoloji, ortopedi, pediatri, patoloji, meme ve damar cerrahisi, oftalmoloji, kulak burun boğaz ve üroloji alanlarında (**Minsalud, 3 Aralık 2020**).

Kolombiya'da, 19 Mayıs 2020 tarih ve 676 sayılı Kararname ile Covid 19'u sağlık sektöründeki tüm çalışanları etkileyen "doğrudan" meslek hastalıkları listesine dahil edildi. "Bu hastalığın önlenmesi, teşhisi ve bakımı ile ilgili farklı faaliyetlerde hizmet veren idari personel, temizlik hizmeti, güvenlik ve destek personeli" kapsama alındı. Böylelikle "Mesleki Risk Yönetimi kuruluşları (entidades administradoras de riesgos laborales, ARL), meslek hastalığının tanınması için olağan daha uzun prosedürden geçmek zorunda kalmadan Covid-19 teşhisi doğrulanır doğrulanmaz, virüs nedeniyle çalışmamanın getirdiği tüm yarım ve mali faydaları yararlanır hale gelmiş oldu (**Decree N.676, 19 Mayıs 2020**).

Uluslararası Kızılhaç Komitesi (ICRC) Kolombiya sağlık koordinatörü Jose Antonio Bastos, "Latin Amerika'da sağlık personeline yönelik tehdit ve saldırılardaki



artışı büyük bir endişeyle [izliyoruz]. Doğru verilerin yokluğunda bile, sosyal medya ve medya bilgilerinin birikmesi, sağlık çalışanlarına yönelik saldırı durumunun, covid-19'un gelişinden bu yana Latin Amerika'da hem sayı hem de nitelik olarak kötüleştiğini gösteriyor" diyerek pandemi ile birlikte sağlık emekçilerine yönelik şiddetin de artış gösterdiğine dikkat çekiyor. Doktorlara yönelik şiddeti araştıran bir sağlık danışmanı olan Ramón Abel Castaño, sağlık çalışanlarına yönelik agresif olayların Latin Amerika'da "bağlamsal farklılıklara" sahip olduğunu ve bu farklılıkların Kolombiya'da "özellikle endişe verici" olduğunu söylüyor. Castaño, Kolombiya'nın "acımasız bir şiddet geçmişine sahip olduğunu söylüyor. Sağlık hizmetlerinin, tıpkı günlük yaşam gibi, bundan etkilenmesi muhtemeldir (Taylor L, 2020).

Latin Amerika'daki şiddet tarihine ek olarak, "hükümetlere ve devlet kurumlarına güven kaybı oldu" diyor Castaño, bunun aynı zamanda doktorlarının neden daha az güvendiğini ve özellikle savunmasız olduğunu kısmen açıkladığına inanıyor. Sağlık çalışanları ve kurumlarına yönelik bölgesel güvensizliği şiddetlendiren şey, WhatsApp ve sosyal medyada dolaşan bir komplo teorileri dalgasıdır. Çoğunlukla çılgınca olsa da (bir teori, doktorların hastaların dizlerinden bir sıvı çıkardığını iddia eder), sonuçta tehlikelidirler. Mayıs ayında Kolombiyalı bir politikacı, doktorlardan oluşan bir "covid kartelinin" daha yüksek ödemeler alabilmek için gereksiz yere covid-19 hastalarını yoğun bakıma kabul ettiğini iddia etti. Başka bir teori sosyal medyada hızla yayıldı ve doktorları 13.000 sterlin (14 420 €; 16.975 \$ covid-19 teşhisi olan her ölü hasta için) nakit ödeme almakla suçladı. Bogotá'daki Javeriana Üniversitesi'nde sosyal medyadaki popüler yanlış bilgileri çürüten bir nörolog ve epidemiyolog olan Diego Rosselli, "Hükümet bir zamanlar hastaneleri covid-19 hastaları için yatakları artırmaya teşvik etmeyi düşündüklerini söylemişti" diyor. Rosselli bu kararın şiddeti tırmandığı düşünüyor. Rosselli, yanlış bilgilerin, hastaların vicdansız doktorlarla karşılaşmaktan korktukları için yardım istemekten kaçındıkları için ölümlere neden olduğu bildirildiğini paylaşıyor. Rosselli, yetkililere olan güven eksikliğini şiddetlendirerek tehditlere ve şiddete yol açtığına dikkat çekiyor (Taylor L, 2020).

Pandemi döneminde sağlık emekçilerine teşvik amaçlı ikramiyeler verildi. Bugüne kadar, Bogotá (50.000 sağlık çalışanı), Antioquia (25.000), Valle del Cauca (21.000), Atlántico (12.000) ve Santander (9.000) gibi bölgelerdeki 203.000 yararlanıcı arasında 308.3 milyar dolar transfer edildi. ASCOFAME ve bilimsel topluluklarla birlikte, pandemiyle daha iyi başa çıkabilmek için 13 binden fazla sağlık emekçisi Covid-19 ile ilgili her konuda eğitildi. Sağlık çalışanlarına 139 milyar dolarlık bir yatırımı temsil eden 69

milyon kişisel koruyucu malzeme sağlandı. KKD'nin yaklaşık % 66'sı Bogota, Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico ve Santander'de teslim edildi (Minsalud, 3 Aralık 2020).

## 8. Pandemi Günlerinde Sınıf Mücadelesi ve Sonuç

Kolombiya'da pandemi döneminde yaşanan direniş hem 2019 hem de geçtiğimiz sene sonunda Latin Amerika genelinde yaşanan protestoların bir uzantısı şeklinde ortaya çıktı. Özellikle Bogota'da eğitim, ekonomik sıkıntılar, eşitsizlik vb. taleplerle başlayan protestolar yaşanmıştı ve yerli kabilelerin de protestolara katıldığı bu dönemde 13 kişi hayatını yitirmişti. Olaylar Covid-19 pandemisinin başlamasıyla sona erdi ve sorunlar yine çözümsüz kaldı. Temmuz 2020 ile birlikte kontrolden çıkan, ölümlerde artışa yol açan pandemi, işsizliği artırdı ve mevcut yoksulluğu daha da derinleştirerek halkı perişan etti. Dahası Kolombiya hükümetinin yaşadığı krizi daha da derinleştirdi. Kolombiya'da 28 Nisan'da vergi ve sağlık reformlarına karşı başlayan protestoların etkisi genişleyerek ülkedeki köklü ekonomik ve sosyal sorunlarla ilgili farklı talepleri de içeren bir toplumsal harekete dönüştü. Protestolarda FARC ile imzalanan barış anlaşması tam olarak uygulanmaması da önemli rol oynadı (Baysal, 2021). Eylemciler Cali'de sokaklara döktü. Uribe-Duque rejimi Soğuk Savaş döneminin kontrgerilla tarzı isyan bastırma stratejisi ile karşılık verdi. Bölgede asayışı sağlama adına ordu sahaya sürüldü. Sokağa çıkma yasağı dahil sıkıyönetim uygulamalarına başlandı. Bu aynı zamanda ülkede orduyu daha etkin kılarak darbeye kapı aralamaya dönük bir ön çalışmaydı. Cali'de aynı günlerde 400'ün üzerinde insanın yasadışı bir gözaltı merkezinde tutulduğu ve işkence yapıldığı haberleri yerel basına yansıdı. Bir diğer yandan protestoculara karşı kendi eylemcilerini de sokağa sürdü. Meydanlar zaman zaman rejimi destekleyen gösterilere de sahne oldu. Ayrıca bu kişiler Cali'de sergilenen devlet teröründe de çeşitli provokasyonlara imza atarak belirleyici bir rol oynadılar. Öyle ki halka ateş edenler arasında rejimin destekçisi bu "beyaz tişörtlü siviller" in de olduğu belirtiliyor. (Sever, 2021b). Bu devlet terörü ulusal genel grev 53 kişinin ölümü ile sonuçlandı (Reagen, 2021). Koka-in kartelleri ve paramiliter örgütlerle içe içe geçerek ulusal genel greve müdahale ettiler. Devlet terörü sadece sokaktaki eylemcilere karşı değil eski FARC-EP üyesi silah bırakmış barış imzacıları ve sosyal liderlere, insan hakları savunucularına karşı da devam ediyor. Mayıs ayının ilk haftası içinde yerli lideri Arvey Garcés Casamachin'in öldürülmesi ile barış anlaşmasından bu yana katledilen eski FARC-EP savaşçısı sayısı 273'e ulaştı. İnsan hakları savunucusu Cecilia Valderrama'nın öldürülmesi sonucu ise barış anlaşmasından bu yana katledilen sosyal liderlerin sayısı 1,179 oldu (Sever, 2021a). Pandemiye fırsata çevirme

burada da karşımıza çıktı. Bir zamanlar "Barış yapılırsa Kolombiya Güney Amerika'nın yıldızı olacak" diye ortalığı velveleye veren uluslararası sermaye ise ormanları yok etmeye, bu yağma faaliyeti muhtemelen yeni maden/petrol kaynaklarına erişmeye, yeni koka ekim alanları açmaya devam etti (**Sever, 2021b**).

Büyük bir genel grev ortaya çıkarken, vergi reformu önerisi hızla geri çekildi ve bakanlar istifaya zorlandı. Yine de grev, herkes için sağlık hizmeti, dünya standartlarında bir maaş paketi, polis şiddetine son verilmesi ve yeni reform talepleriyle bastırarak devam etti.

En etkileyici olanıysa, genel grev koordinasyon birimi, Siyah, Yerli, köylü ve genç nüfusun katkılarıyla sendikalar, öğrenci grupları ve toplumsal hareket örgütlerinden oluşmasıydı. Kolombiya'da sokağa çıkan gençler faşizmin "ölüm"üne karşı "yaşam"ı ön plan çıkarttılar. Gösterilerdeki karnaval, eğlenme halinin yanı sıra K-pop öğelerini etkin-alaycı bir biçimde sosyal medyada kullanarak muhalefet kültürüne yeni zenginlikler kattılar. Yerliler Minga adını verdikleri (bizdeki imeceye benzer) direniş-dayanışma kültürünün bir parçası olarak kentlerde çekilen yiyecek sıkıntısına karşı halka kendi ürettikleri ürünleri taşıdılar. Yerli öz savunma grupları grevi desteklemek için öne çıktıklarında, ekolojik çöküşü ve yerli halklara yönelik devlet şiddetini durdurma hedeflerinin grevcilerle uyumlu olduğunu kabul ettiler. Yerli halklar karşı karşıya kaldıkları ırkçılık ve ayrımcılığın yanı sıra yerli liderlerin katledilmesi, artırılmaya çalışılan vergiler, sağlık alanındaki özelleştirmeler ve mevcut iktidarın koka ekimiyle mücadele için havadan püskürttüğü glifosatın doğayı ve kendilerini zehirlenmesi ve FAR-C-EP ile yapılan barış anlaşmasına devletin uyması talepleri ile de greve destek verdi (**Sever, 2021a**). Yerli kabilelerin taleplerinin önemli bir kısmı yüzyıllardan beri süregelen kolonyal dönemden beri yaşadıkları sorunlarla doğrudan ilgili. Protestolar boyunca özellikle bu insanlar tarafından İspanyol kolonyal liderlerinin heykellerinin yıkılması bu insanların sıkıntılarının çok eski tarihlere dayandığının açık bir göstergesi talepleri mevcut (**Baysal, 2021**). Yerli hareketleri, işçilerin vergi zamlarına karşı ve sağlık hakkı mücadeleleriyle kökten bir şekilde bağlantılıydı. Topraksız ve fakirlik içerisinde yaşayan köylülerin ana talepleri toprak reformuydu. "anti-Uribismo" olarak adlandırılan Uribe karşıtlığı da etkili oldu. Uribe'nin başkanlığı döneminde hem ülke eliti ve bürokrasisi ile bunları önceleyen bir sistem kurdu hem de özellikle sol silahlı gruplara yönelik çok sert bir politika izledi. Köy boşaltmaları ya da katliamlar vb. pek çok insan hakkı ihlaline de yol açtı. Özetle Ulusal Genel Greve destek verenlerin tümü devlete ve sermayeye karşı mücadelelerini bir araya getirdiler (**Sever, 2021a; Reagen, 2021**). Bu özellikleri ile pandemi günlerindeki Kolom-

biya Ulusal Genel Grevi (isyen dalgası) kesişimsel sınıf mücadelesinin en iyi çağdaş örneği olarak gösterildi (**Reagen, 2021**).

Direnişin içerisinde sağlık, eğitim ve barınma hakkı taleplerinin öne çıkmasıyla da dikkat çekicidir. Protestocuların talepleri arasında ücretsiz eğitim ve öğrenciler için uygun yurt imkanları olduğu dikkat çekmektedir. Kolombiya'da devlet üniversiteleri de dahil tüm yüksek öğrenim ücretli. Üniversite ücretleri ise toplumun büyük bir kesiminin karşılayabileceği seviyelerde de değil. Belli bir ekonomik imkana sahip olmayan gençler yüksek öğrenime devam edemezken, bu fırsat eşitsizliği insanları büyük ölçüde karamsarlığa sokmaktadır. Aynı şekilde Bogota ve diğer büyük şehirlerde kalacak yer imkanlarının da çok pahalı olduğu bilinmektedir. Özellikle gösterilere katılanların büyük bir çoğunluğunu oluşturan gençler ücretsiz eğitim ve yurt gibi imkanların artırılması konusunda taleplerini dile getirmektedir (**Baysal, 2021**).

Gündeme getirilen sağlık reformu özel şirketler tarafından yürütülen sağlık sigortasının daha da özelleşmesiyle ilgili. Reform özel kuruluşların haklarını artırırken hem normal insanları hem de sağlık çalışanlarını bu kuruluşlara karşı daha dezavantajlı bir konuma getirecek unsurları bünyesinde barındırmakta. Mevcut sistemde bile hastanelerden randevu alamadıkları için yakınan Kolombiyalılar, bu yeni düzenlemeler ile hali hazırda özel olan bu sağlık sigorta sisteminin oligarşik bir yapıya dönüşeceğini ve bunun da insanların sağlık hizmetlerinden yararlanmada çok daha kötü bir hale getireceğini söylemektedir. Örneğin, belli bir kronik hastalığa sahip insanların daha fazla sağlık sigorta ücreti ödemeleri gibi. Böylece sağlık hizmetinin bir hak olmaktan çıkıp tamamen ücretli bir servis haline gelme riski bulunmaktadır. Zaten, bu çerçevede protestolarda kullanılan pankartlarda sağlık imkanlarının bir hak olduğu yönündeki talepler de dikkat çekmektedir. Eylemler sayesinde protestocular bazı kazanımlar da elde etti. Daha protestoların başında vergi yasa tasarısı geri çekildi ve Hazine bakanı istifa etti. Başkan Ivan Duque alt gelir seviyesindeki öğrenciler için önümüzdeki dönemde devlet üniversitelerinin ücretsiz olacağını açıkladı. Bununla birlikte halkın taleplerinin önemli bir kısmı karşılıksız kaldı. Bu taleplerin bütünü düşünüldüğünde, ülkede genel bir sosyal ve ekonomik dönüşüm sağlanmadan bu taleplerin gerçekleştirilmesi zaten pek de mümkün değil... (**Baysal, 2021**).

Pandemi tüm dünyada olduğu gibi Kolombiya'ya da derinden etkiledi. Erken dönem sıkı kapanmanın olumlu etkisine karşın takip eden dönemde salgın kontrolden çıktı. Kolombiya örneği kriz, çatışma ortamı, neoliberal sağlık reformları ve pandemiye fırsata çevirme politikalarının iç içe geçtiği pandemi

kontrolündeki sorunları görünür kılmaktadır. Yine salgına rağmen neoliberal reformlara karşı direnç ve toplumun barış mücadelesini sürdürmesi açısından da örnek oluşturmaktadır.

### Kaynaklar

- Alvarez LS** (2020). Colombian Health System Reform. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia, <https://www.ghwatch.org/sites/www.ghwatch.org/files/columbia.pdf>, erişim tarihi: 5 Temmuz 2020.
- Amariles P, Granados J, Ceballos M, Montoya. CJ.** (2020) COVID-19 in Colombia endpoints. Are we different, like Europe? Research in Social and Administrative Pharmacy.
- Arellana J, M'arquez L, Cantillo V** (2020). COVID-19 Outbreak in Colombia: An Analysis of Its Impacts on Transport Systems. Hindawi Journal of Advanced Transportation Volume 2020, Article ID 8867316, 16 pages. <https://doi.org/10.1155/2020/8867316>.
- Baysal B**, "Kolombiya Protestolarının Analizi: Sorunun Kökleri, Şiddetin Sebepleri, Talepler ve Olası Sonuçlar" Panorama, Çevrimiçi Yayın, 27 Mayıs 2021, <https://www.uikpanorama.com/blog/2021/05/27/kolombiya-protestolarinin-analizi-sorunun-kokleri-siddetin-sebepleri-talepler-ve-olasi-sonuclar/>
- Cárdenas M, Martínez B. H.** (2020) COVID-19 in Colombia Impact and Policy Responses. Center for Global Development, CGD Note, Temmuz 2020.
- Cifuentes MP, Rodriguez-Villamizar LA, Rojas-Botero ML, Alveroz-Moreno CA, et al.** (2020). Socioeconomic inequalities associated with mortality for COVID-19 in Colombia: a cohort nationwide study. J Epidemiol Community Health Epub ahead of print: [please include Day Month Year]. doi:10.1136/jech-2020-216275
- Çınar S, Günlü R.** (2019) Kolombiya'da Barış Anlaşması ve Askerileşme. ÇOMÜ Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi 4 (2), 289-301, 2019
- Decree N. 676 of 19 May 2020 ANDI, Conjuntural report, IOE Country Tracker Colombia, 11 June 2020 Covid-19 is officially a "direct" occupational disease, El Tiempo, 20 May 2020 Guidelines on Covid-19 N.5, Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI), 2-29 April 2020 Labour News, ANDI Bulletin, 17 April 2020. <https://ioewec.newsletter.ioe-emp.org/industrial-relations-and-labour-law-july-2020/news/article/chile-colombia-uruguay-covid-19-as-an-occupational-disease>
- Erdem H, Lucey DR.** Healthcare worker infections and deaths due to COVID-19: A survey from 37 nations and a call for WHO to post national data on their website International Journal of Infectious Diseases 102 (2021) 239–241
- Escobar ML, Giedion U, Giuffrida A, Glassman AL** (2010) Colombia: After a Decade of Health System Reform, [https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/fromfewtomany\\_chapter.pdf](https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/fromfewtomany_chapter.pdf), erişim tarihi: 5 Temmuz 2020
- Gonzalez E, Hopkins K, Horwitz L, Nagovitch P, Sonneland HK, Zissis C.** (2020) The Coronavirus in Latin America. October 21, 2020, <https://www.as-coa.org/articles/coronavirus-lat-in-america>
- Hernández JS** (2020) "A crisis within a crisis" – Prison, Violence, and Social Protest in Times of the Pandemic in Colombia Sofia Forero Alba; Juan Sebastián Hernández, 13 Ağustos 2020.
- Hoz-Restrepoa FD, Alvis-Zakzuk NJ, Hoz-Gomez JFD, Hoz AD, Corral LGD, Alvis-Guzmán N.** (2020) Is Colombia an example of successful containment of the 2020 COVID-19 pandemic? A critical analysis of the epidemiological data, March to July 2020. International Journal of Infectious Diseases; 2020, 99: 522–529
- Lamprea E, García J** (2016). Closing the Gap Between Formal and Material Health Care Coverage in Colombia
- Morales LF, Bonilla-Mejía L, Pulido J, Flórez LA, Hermida D, Pulido-Mahecha KL, Lasso-Valderrama F** (2020). Effects of the Covid-19 Pandemic on the Colombian Labor Market: Disentangling the Effect of Sector-Specific Mobility Restrictions. Banco de la República de Colombia: No. 1129, 2020
- Moreno JHR, Martínez LJ** (2017). Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Colombia. Geneva: World

- Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Mosquera PA, Hernández J, Vega R, Labonte, Sanders D, Dahblom K, San Sebastián M** (2014). Challenges of implementing a primary health care strategy in a context of a market-oriented health care system: the experience of Bogota, Colombia. Int J Health Plann Mgmt 2014; 29: e347–e367.
- Poppe A.** (2020). Impact of the Healthcare System, Macro Indicator, General Mandatory Quarantine, and Mask Obligation on COVID-19 Cases and Death in Six Latin American Countries: An Interrupted Time Series Study. Front Public Health, 2020, 16;8:607832, doi: 10.3389/fpubh.2020.607832. eCollection 2020.
- Profile of the health services system of Colombia. (1st edition, June 1999, (2nd edition, May 2002. Program On Organization And Management Of Health Systems And Services Division Of Health Systems And Services Development Pan American Health Organization.
- Pulido LGB.** (2020) Adjusting Primary Health Care to respond to COVID-19: Lessons from Colombia. <https://improvingphc.org/blog/2020/11/17/adjusting-primary-health-care-respond-covid-19-lessons-colombia>
- Reagan MB** (2021) Keşişimsel sınıf mücadelesi: Paylaşılan baskıdan birleşik direniş. roarmag.org. Çeviri: Sena Çenköğlu. <https://sendika.org/2021/09/kesisimsel-sinif-mucadel-esi-paylasilan-baskidan-birlesik-direnise-michael-beyea-reagan-631590/>
- Rincon EHH, et al.** (2021) Description and analysis of primary care-based COVID-19 interventions in Colombia. Medwave. 2021 Apr 7;21 (3): e8147. doi:10.5867/medwave.2021.03.8147.
- Sever A** (2021a). Kolombiya - Bir insan neden değerinin kendi kendini yönetmesini istemez? <https://artigercek.com/yazarlar/aykan-sever/kolombiya-bir-insan-neden-digerinin-kendini-kendini-yonetmesini-istemez>, 16 Mayıs 2021
- Sever A** (2021b). Kolombiya: Ağır çekimde darbeye karşı direniş. <https://artigercek.com/yazarlar/aykan-sever/kolombiya-agir-cekimde-darbeye-karsi-direnis>, 6 Haziran 2021
- Taylor, L.** (2020). Covid-19 misinformation sparks threats and violence against doctors in Latin America. BMJ 2020;370:m3088 <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.m3088>
- Tutkal S.** (2020) Kolombiya'da Korona ve Paramilitarizm. [HTTP://WWW.ABSTRAKTDERGI.NET/KOLOMBIYA-DA-KORONA-VE-PARAMILITARIZM/](http://www.abstraktdergi.net/kolombiya-da-korona-ve-paramilitarizm/), erişim tarihi: 29 Ekim 2020
- Wikipedia** Kolombiya web sayfası, erişim tarihi, 11 Ekim 2021.
- Worldmeter.** (2021). Coronavirus Cases, erişim tarihi, 11 Ekim 2021.
- Zambrano-Barragán P, Hernandez SR, Freier LF, Luzes M, et al.** (2021) The impact of COVID-19 on Venezuelan migrants' access to health: A qualitative study in Colombian and Peruvian cities. Journal of Migration, 2021 (3): 100029 <https://www.france24.com/en/live-news/20210802-colombia-town-orders-vaccine-refusers-to-stay-home-or-face-fines-jail>, erişim tarihi: 24 Eylül 2021
- <https://justiceforcolombia.org/news/coronavirus-what-is-the-impact-in-colombia/>, erişim tarihi: Haziran 2021
- <https://www.minsalud.gov.co/English/Paginas/Colombia-Expanded-its-ICU-Capacity-89.aspx>, 3 Eylül 2020
- <https://www.minsalud.gov.co/English/Paginas/Colombia-Has-122,800-Doctors-Serving-the-General-Population.aspx>, 3 Aralık 2020
- <https://www.minsalud.gov.co/English/Paginas/Ministry-of-Health-Progress-in-Colombia%E2%80%99s-Strategy-Against-Covid-19.aspx>, 2 Eylül 2020
- <https://www.minsalud.gov.co/English/Paginas/Resolution-Extends-Health-Emergency-in-Colombia.aspx>, 26 Ağustos 2020
- <https://www.minsalud.gov.co/English/Paginas/This-Is-How-the-PRASS-Program-for-Covid-19-Was-Regulated.aspx>, 11 Ağustos 2020
- <https://news.un.org/en/story/2021/09/1098942>